

Position du GREAA et de la CRIAD

Adopté par leurs comités le 19 mars 2021

Madame, Monsieur

Les professionnel·e·s et les institutions des addictions saluent l'élaboration de la modification de la LAI dans le cadre du développement continu de l'AI. Ils se réjouissent du fait que le projet vise à améliorer le soutien offert aux enfants, aux jeunes et aux personnes atteintes dans leur santé psychique. Le développement continu de l'AI soumis à consultation ne propose pas de coupes budgétaires, mais un focus plus efficace sur certains groupes cibles. Il s'agit d'une inflexion bienvenue, à un moment où les besoins en prestations sociales sont grandissants. La flexibilité ajoutée aux mesures actives de l'AI sont une inflexion importante pour prendre en compte les spécificités des groupes cibles. Par exemple, nous soulignons le fait que le projet de développement continu propose plus de souplesse dans le cadre des mesures de réinsertion (Art. 4^{quater} al. 1 RAI) mais également les mesures qui permettent une intervention précoce pour les plus jeunes (Art. 1^{sexies} al. 2 RAI).

Les institutions et professionnel·e·s actif·ve·s dans le domaine des addictions soulignent le fait que les mesures spécifiques à ces groupes cibles sont néanmoins insuffisantes pour permettre systématiquement un accompagnement adéquat. Certaines sous-catégories des personnes atteintes dans leur santé psychique, en particulier celles des personnes connaissant des problématiques d'addiction, ne sont pas suffisamment mises en exergues.

La prise en compte explicite de la **Stratégie nationale Addictions de la Confédération** 2017-2024 doit permettre de remédier à ce défaut et d'adapter le projet de règlement. Cette dernière, compatible avec la CDPH, doit guider les adaptations du développement continu de l'AI si l'on veut atteindre l'ensemble des sous-groupes des personnes atteintes dans leurs santé psychiques, en particulier les personnes qui connaissent des problématiques d'addiction. Plusieurs pistes doivent notamment être explorées :

- Le modèle du cube qui guide la stratégie addiction doit être expliqué aux personnes en charge d'accompagner des personnes consommant des substances. Il s'agit notamment d'expliquer les différents types d'addictions, les

manifestations de l'addiction dans leur subtilité et de souligner l'aspect social des addictions.

- Il conviendrait d'inscrire explicitement le concept d'obligation de réduire le dommage s'inscrive dans la continuité du concept de réduction des dommages et des risques qui guide la stratégie nationale Addictions.
- La diversité des thérapies offertes par les spécialistes des addictions (thérapie cognitivocomportementale, traitement par agoniste opioïde, consommation contrôlée, accompagnement vers le rétablissement, etc.) doit être prise en compte afin d'offrir les prestations et le suivi le plus adapté aux personnes concernées. Cet accompagnement, caractérisé souvent par des phases distinctes et des objectifs coconstruits se base dans la grande majorité des cas sur le modèle du rétablissement et vise une intégration sociale des personnes accompagnées sans imposer nécessairement d'abstinence. Les mesures de réadaptations et leur contrôle doivent tenir compte de la situation des personnes dans leurs parcours de vie.
- La mise en avant de compétences en santé est également importante pour assurer l'égalité des chances des personnes en situation de vulnérabilité. Elles permettent notamment d'éviter de recourir de manière excessive ou insuffisante aux prestations. Favorisant un rétablissement et une intégration sociale, elles doivent être mises en avant notamment lors de l'accompagnement vers la réadaptation. Actuellement, elles font partie de certaines prestations liées à l'art. 74 LAI. Selon nous, elles doivent être étendue et mises en avant dès les premiers contacts avec l'AI, lors de l'ensemble des prestations et plus généralement dans la communication.
- Nous recommandons une collaboration intersectorielle étroite avec l'OFSP pour la mise en œuvre des Stratégies, mais également avec les responsables dans les cantons, ainsi que les spécialistes des addictions représentés par les associations professionnelles faitières.

D'une manière similaire, il convient de créer des liens entre les objectifs du développement continu de l'AI et le travail effectué par Promotion Santé Suisse dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention. Les objectifs de freiner l'augmentation des coûts de la santé ainsi que d'améliorer la qualité de vie des personnes concernées doivent gagner à être harmonisés avec les actions de l'AI. Cela peut se faire à travers une collaboration avec les spécialistes de Promotion Santé Suisse et une prise en compte cohérente des concepts développés dans le cadre du travail de la fondation.

Les personnes connaissant des problématiques d'addictions se trouvent souvent dans des situations fluctuantes : caractère chronique, mais cyclique de l'atteinte à la santé, problématique du lien, difficulté à accomplir de manière constante des tâches administratives, etc. Lors de leur accompagnement par l'AI ou dans le cadre d'éventuelles expertises, il est important que les personnes impliquées puissent faire

preuve des connaissances nécessaires à un accompagnement adéquat. Typiquement une expertise réalisée à un moment unique ne peut pas servir de base à une décision mesurée, il convient de prendre en compte le parcours de la personne. Certains éléments permettant un meilleur accompagnement de cette atteinte psychique se retrouvent dans le projet de modification du RAI.

- Plusieurs points de modifications du RAI doivent être formulés de manière plus souple. Par exemple, nous regrettons que la cessation soit fixée de manière trop stricte (Art. 4^{sexies} al. 3 let. a RAI).
- Les compétences nécessaires à l'accompagnement des groupes cibles doit également s'intégrer dans la gestion des cas évoquée par le rapport et prévue par voie de directives. Dans le cas des problématiques d'addiction, il convient de prendre en compte l'atteinte à la santé dans sa complexité, d'adapter les objectifs en conséquence et choisir les moments adéquats pour débiter un accompagnement plus structuré.

En outre, en ce qui concerne les remarques plus précises sur les différents éléments de la modification du RAI, les institutions et les professionnels des addictions s'unissent à la prise de position développée avec le soutien d'inclusion handicap, que vous trouvez ci-dessous.

En vous remerciant d'avance de l'attention que vous attribuerez à la présente, veuillez accepter nos sincères salutations,

Aux noms des comités du Groupement romand d'Étude des Addictions (GREA) et de la Coordination Romande des Institutions et organisations œuvrant dans le domaine des Addictions (CRIAD).

P.O. Romain Bach

Table de matières

A Remarques générales	5
1. Blocs thématiques 1, 2, 5, 7 et 10	5
2. Bloc thématique 8 Ordre de priorité de l'art. 74 LAI	6
3. Conclusion	7
B Remarques sur le plan matériel	8
1. Bloc thématique 1 : Amélioration de la réadaptation	8
1.1. Remarques générales.....	8
1.2. Art. 1 ^{sexies} al. 2 RAI – Mesures d'intervention précoce durant la scolarité obligatoire.....	8
1.3. Art. 4 ^{quater} al. 1 RAI – Mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle.....	8
1.4. Art. 4 ^{quinquies} RAI – Mesures de réadaptation socioprofessionnelle.....	9
1.5. Art. 4 ^{sexies} RAI – Durée des mesures de réinsertion.....	10
1.6. Art. 4a RAI – Orientation professionnelle.....	11
1.7. Art. 5 RAI – Formation professionnelle initiale.....	11
1.8. Art. 5 ^{bis} al. 5 RAI – Frais supplémentaires dus à l'invalidité.....	13
1.9. Autres revendications.....	13
2. Bloc thématique 2 : Mesures médicales	14
2.1. Remarques générales.....	14
2.2. Art. 2 RAI – Mesures médicales de réadaptation selon l'art. 12 LAI.....	15
2.4. Art. 3 al. 1 RAI – Infirmités congénitales.....	17
2.5. Art. 3 ^{bis} RAI – Liste des infirmités congénitales.....	18
2.6. Ordonnance du DFI concernant les infirmités congénitales (OIC-DFI).....	18
2.7. Art. 3 ^{quinquies} RAI – Prestations de soins médicaux en cas de traitement à domicile.....	19
2.8. Art. 3 ^{sexies} RAI – Liste des spécialités en matière d'infirmités congénitales..	19
3. Bloc thématique 5 : Système de rentes	19
3.1. Remarques générales.....	19
3.2. Art. 25 RAI – Principes relatifs à la comparaison des revenus.....	20
3.3. Art. 26 RAI – Détermination du revenu sans invalidité.....	22
3.4. Art. 26 ^{bis} RAI – Détermination du revenu avec invalidité.....	24
3.5. Art. 27 ^{bis} RAI – Calcul du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel.....	26
3.7. Revendication supplémentaire : art. 32 ^{ter} RAI – Prise en compte des cotisations versées à l'AVS/AI lors de l'augmentation de la rente AI.....	27

4. Bloc thématique 7 : Procédure et expertises	28
4.1. Remarques générales	28
4.2. Art. 41b RAI – Liste publique des experts mandatés.....	29
4.3. Art. 72bis RAI – Expertises médicales bi- et pluridisciplinaires	30
4.4. Art. 7j OPGA – Recherche de consensus	31
4.5. Art. 7k OPGA – Enregistrement sonore de l'entretien	33
4.6. Art. 7l OPGA — Exigences concernant les experts et centres d'expertises	35
4.7. Art. 7m OPGA – Commission fédérale d'assurance qualité des expertises médicales.....	37
4.8. Art. 7n al. 1 et 2 OPGA – Commission fédérale d'assurance qualité des expertises médicales: tâches	38
5. Bloc thématique 8: Ordre de priorité de l'art. 74 LAI.....	38
5.1. Remarques générales	38
5.2. Art. 108 al. 1 ^{er} RAI – Inclusion	39
5.3. Art. 108 ^{quater} IVV – Plafond des aides financières.....	40
5.4. Art. 108 ^{quinquies} RAI – Calcul des aides financières	42
5.5. Art. 108 ^{septies} RAI – Projets	45
5.6. Art. 110 RAI – Procédure	46
6. Bloc thématique 10 : Contribution d'assistance.....	47
6.1. Remarques générales	47
6.2. Art. 39e al. 5 RAI – Déduction des montants alloués pour la surveillance de longue durée.....	47
6.3. Art. 39f al. 1 à 3 RAI — Montant de la contribution d'assistance et augmentation du forfait de nuit.....	47
6.5. Art. 39j al. 2 RAI – Conseil	48
6.6. Dispositions transitoires let. D – Révision et montant de la contribution d'assistance pour le service de nuit	49
6.7. Revendication supplémentaire : art. 39f al. 2 RAI — Élargissement de la qualification B.....	49
C Revendications supplémentaires	50
Art. 9 OMAI — Services de tiers	50

A Remarques générales

1. Blocs thématiques 1, 2, 5, 7 et 10

Les professionnel·e·s et les institutions des addictions ont toujours soutenu et continue de soutenir les objectifs visés par le développement continu de l'AI qui consistent à mieux exploiter le potentiel de réadaptation des jeunes et des personnes atteintes dans leur santé psychique, et d'améliorer ainsi leur aptitude au placement. Le renforcement de la coordination entre tous les acteurs impliqués trouve lui aussi le soutien constant des professionnel·e·s et institutions des addictions. Ces objectifs concordent par ailleurs avec les engagements que la Suisse a pris en ratifiant la Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées (art. 26 CDPH)¹. En revanche, Les professionnel·e·s et les institutions des addictions continuent d'attirer l'attention sur le fait que malgré l'amélioration des instruments de réadaptation, ces objectifs ambitieux ne peuvent être réalisés que partiellement tant qu'une promotion globale de l'inclusion fait défaut et que le recrutement de personnes atteintes dans leur santé reste non contraignant aussi bien pour les employeurs privés que publics, et que ceux-ci ne se voient imposer aucune obligation à cet égard. Dans un contexte économique de plus en plus marqué par la compétition, tendance vouée à s'accroître encore davantage suite aux conséquences de la pandémie du Covid-19, bon nombre de personnes qui, pour des raisons de santé, ne sont pas ou que partiellement en mesure de satisfaire aux attentes de productivité, se verront à l'avenir d'autant plus exclues du monde du travail. Fort de ce constat, il est nécessaire que le réseau de sécurité sociale soit conservé intact pour les personnes qui ne peuvent pas, malgré tous leurs efforts, subvenir à leurs besoins matériels par leurs propres moyens, trouver une place de formation ou un emploi sur le marché primaire du travail. Il s'agit là aussi d'un engagement qui découle de la Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées (art. 27 et art 28 CDPH)².

L'évolution du marché du travail est observée avec inquiétude. La pandémie du Covid-19 aggrave la situation des personnes en recherche d'emploi. Le SECO annonce une hausse massive du chômage de longue durée. En raison des conséquences de la pandémie du Covid-19, le « marché du travail équilibré », qui déjà par le passé s'est avéré pratiquement inexistant pour les personnes atteintes dans leur santé, ne restera sans aucun doute pour de nombreuses années qu'une construction théorique.

C'est pourquoi les professionnel·e·s et les institutions des addictions estiment, comme déjà constaté à une autre occasion, que les mesures de réadaptation de l'AI, aussi bien celles introduites dans le cadre des révisions précédentes de l'AI que celles prévues par le développement continu de l'AI, doivent être soumises à un véritable contrôle d'efficacité et à une évaluation continue, pour être le cas échéant adaptées ou étendues. Les professionnel·e·s et les institutions des addictions entendent par un véritable contrôle d'efficacité un contrôle qui ne soit pas axé sur l'objectif d'économiser sur les rentes, mais sur la seule question de savoir si les réadaptations envisagées permettent effectivement de réinsérer durablement les personnes concernées dans le processus de la vie active.

¹ CPDH article 26 Adaptation et réadaptation.

² CDPH article 27 Travail et emploi; et article 28 Niveau de vie adéquat et protection sociale.

2. Bloc thématique 8 Ordre de priorité de l'art. 74 LAI

Par le biais du financement partiel des prestations fournies par l'aide privée aux personnes handicapées, la Confédération promeut la participation autodéterminée des personnes handicapées vivant en Suisse à la vie en société. Il transfère ainsi aux organisations de personnes handicapées une partie essentielle des tâches de l'assurance-invalidité, de la politique de la Confédération en faveur des personnes handicapées, de la loi sur l'égalité des personnes handicapées (LHand) ainsi que de la Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées (CDPH). Cela fait des années que lesdites organisations assument ces tâches avec grand engagement.

Or, aujourd'hui déjà, les aides financières ne suffisent pas à couvrir la totalité des besoins, raison pour laquelle les organisations assument elles-mêmes une grande partie des prestations selon l'art. 74 LAI et ne peuvent les financer que grâce à des apports privés. Le fait que la société civile soit amenée à combler des carences dans ce domaine qui relèvent de la responsabilité de l'État est critiqué depuis des années. Le règlement sur l'assurance-invalidité (RAI) proposé ne fait qu'aggraver encore davantage les choses à tel point que les organisations de personnes handicapées ne considèrent plus la situation comme gérable.

Dans ce qui suit, nous nous prononçons d'une seule voix et de façon résolue contre certains éléments essentiels du présent projet de RAI.

- **L'inclusion** ne peut pas être déléguée tel un mandat aux organisations de personnes handicapées, alors que, par exemple, le nouvel ordre de priorité ou l'octroi de projets par la Confédération ne laissent pas apparaître la moindre approche inclusive.
- Un plafond que le Conseil fédéral souhaite fixer aux aides financières pour une durée indéterminée revient à inscrire dans la durée les réductions injustifiées des dix dernières années. Le plafond proposé correspond à une réduction de plus de CHF 5 Mio. par année, sans que cela repose sur une décision dûment motivée du Conseil fédéral. **Une réduction ne peut être acceptée** étant donné que les besoins ont continuellement augmenté et que les exigences supplémentaires liées à l'inclusion sont insurmontables.
- Le projet n'inscrit aucun ordre de priorité à proprement parler. **Le seul mécanisme proposé par le Conseil fédéral porte sur une réduction linéaire de 3% de toutes les prestations**, hormis les prestations ayant été nouvellement élaborées. Une telle solution ignore complètement aussi bien les besoins des personnes en situation de handicap que les preuves de qualité des prestations existantes. Le pilotage est ainsi laissé à l'OFAS par le biais du choix des projets, alors que selon l'art. 75 LAI, cette responsabilité incombe au Conseil fédéral.

Proposition en vue d'une promotion cohérente et élargie de l'innovation

Nous approuvons un mode de financement de projets visant à développer de nouvelles prestations à condition que les moyens nécessaires à cette fin soient mis à disposition en plus du financement des prestations jusqu'ici accordé selon l'art. 74 LAI.

Dans le but de promouvoir le développement continu des prestations existantes selon l'art. 74 LAI et à condition que le financement des prestations jusqu'ici fournies ne soit pas réduit, nous faisons la proposition d'élargissement suivante brièvement esquissée ci-après :

Proposition d'élargissement

Afin que le développement de prestations par le biais du financement de projets proposé ne relève pas seulement de certaines organisations de l'aide privée aux personnes handicapées, il convient que **toutes les organisations s'engagent**, dans le cadre de leurs contrats, à utiliser **au minimum 3% des aides financières pour le développement des prestations existantes**.

Si le Conseil fédéral devait maintenir son projet, il ne ferait qu'aggraver la situation précaire des personnes handicapées en mettant en péril les objectifs visés par sa propre politique du handicap ainsi que ceux du développement continu de l'AI, et freinerait en outre la mise en œuvre de la CDPH. Ce malgré son affirmation dans son message relatif au développement continu de l'AI selon laquelle seule la pratique existante est inscrite dans la loi, sans influence sur les organisations de l'aide privée aux personnes handicapées.

3. Conclusion

Les professionnel·e·s et les institutions des addictions approuvent la majeure partie des propositions du Conseil fédéral concernant les dispositions d'exécution relatives à la modification de la LAI qui contiennent des modifications du RAI, du RAVS, de l'OPGA, de l'OAMal, de l'OLAA et de l'OACI. En revanche, les domaines thématiques Amélioration de la réadaptation (bloc thématique 1), Mesures médicales (bloc thématique 2), Système de rentes (bloc thématique 5), Procédure et expertises (bloc thématique 7), Ordre de priorité de l'art. 74 LAI (bloc thématique 8) et Contribution d'assistance (bloc thématique 10) **nécessitent à notre avis des correctifs en partie importants et contiennent des aspects problématiques**.

B Remarques sur le plan matériel

1. Bloc thématique 1 : Amélioration de la réadaptation

1.1. Remarques générales

Nous approuvons l'orientation de base donnée au développement continu de l'AI dans le domaine de la réadaptation professionnelle. Nous estimons que notamment le renforcement de l'orientation vers le marché primaire du travail, l'intensification des efforts de réadaptation et le prolongement des mesures vont dans la bonne direction et tiennent compte, du moins partiellement, des exigences de la Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées. En particulier l'intention d'abandonner l'impossibilité de renouveler les mesures de réinsertion au-delà de deux ans durant toute la vie de la personne assurée, une proposition qui repose sur un vaste retour d'expérience de terrain, doit être saluée. Aujourd'hui, les parcours professionnels ne se déroulent en règle générale plus de façon linéaire comme c'était encore souvent le cas par le passé. Il peut donc tout à fait arriver que des personnes assurées traversent à plusieurs reprises durant leur vie professionnelle des phases critiques qui nécessitent la mise en œuvre répétée de mesures à des fins de réadaptation et de réinsertion.

Nous approuvons en outre le renforcement de la collaboration entre les offices AI et les autorités scolaires lors du passage de l'école à la vie active, de même que l'extension des mesures d'intervention précoce à la scolarité obligatoire. Mais en même temps, nous attirons l'attention sur le fait que cette collaboration nécessite obligatoirement une bonne concertation et une répartition claire des rôles entre offices AI, autorités scolaires et instances cantonales, que toute inégalité de traitement au niveau régional doit être évitée et que l'accent est toujours à mettre sur l'avenir des jeunes en situation de handicap.

1.2. Art. 1^{sexies} al. 2 RAI – Mesures d'intervention précoce durant la scolarité obligatoire

L'art. 1^{sexies} al. 2 RAI prévoit que les mesures d'intervention précoce dans le domaine du placement et de l'orientation professionnelle puissent déjà être accordées durant la scolarité obligatoire. Nous approuvons cette possibilité.

→ **Nous approuvons les mesures d'intervention précoce pendant la scolarité obligatoire.**

1.3. Art. 4^{quater} al. 1 RAI – Mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle

Dans l'art. 4^{quater} al. 1 RAI, le Conseil fédéral propose comme exigence minimale à l'égard des assurés qu'ils soient capables de participer au moins huit heures par semaine aux mesures de réinsertion. Nous soutenons cette modification ; elle permet davantage de souplesse et remplace la limitation à un temps de présence quotidien

de deux heures durant quatre jours par semaine qui s'appliquait jusqu'à présent de façon stricte.

→ **Nous approuvons la modification de l'exigence minimale applicable en cas de mesures de réinsertion.**

1.4. Art. 4^{quinquies} RAI – Mesures de réadaptation socioprofessionnelle

1.4.1. Art. 4^{quinquies} al. 1 RAI – Développement de la capacité de travail

Dans l'art. 4^{quinquies} al. 1 RAI, le Conseil fédéral définit également des mesures visant à développer la capacité de travail comme mesures de réadaptation professionnelle. Nous tenons à préciser que le développement de la capacité de travail ne doit constituer qu'un des divers objectifs visés par les mesures de réinsertion. Il ne faut pas que l'adaptation de l'art. 4^{quinquies} al. 1 RAI conduise à une interruption des mesures de réinsertion après un certain temps au seul motif que la capacité de travail de la personne assurée n'a pas été ou n'a pas suffisamment pu être développée.

1.4.2. Art. 4^{quinquies} al. 3 RAI – Extension aux jeunes

Dans l'art. 4^{quinquies} al. 3 RAI, le Conseil fédéral précise les modalités d'extension des mesures de réinsertion aux jeunes. Nous approuvons ces modifications, mais demandons que le seuil pour admettre le risque d'invalidité ne puisse pas être placé trop haut notamment chez les jeunes. Les mesures de réadaptation, également celles destinées aux jeunes, sont liées à la condition qu'ils soient menacés d'une invalidité ou que celle-ci soit déjà avérée (cf. art. 8 LAI). L'expérience montre que les jeunes font souvent l'objet de clarifications médicales visant à déterminer si la condition d'une menace d'invalidité est remplie ou non qui durent trop longtemps, au lieu de mettre rapidement en œuvre des mesures de réadaptation. On perd ainsi un temps précieux. S'ajoute à cela que chez les jeunes, le développement de la personnalité n'est pas encore achevé et que leur historique médical est en général bref et inconstant à ce stade. De plus, il est toujours possible, s'agissant de jeunes, de faire valoir de nombreux facteurs étrangers à l'AI pour les exclure des mesures de réadaptation : consommation de cannabis, erreurs d'éducation, problèmes familiaux ou scolaires, manque d'intégration, etc.

C'est pourquoi nous tenons à souligner que de potentielles difficultés à distinguer entre les « *conséquences d'atteintes psychiques et les comportements liés à la puberté* » (cf. rapport explicatif, p. 23) ne doivent pas conduire à prétexter de « *comportements liés à la puberté* » pour refuser l'octroi de mesures de réinsertion. C'est pourquoi nous demandons, s'agissant de jeunes et de jeunes adultes, que le seul critère d'octroi déterminant réside dans le fait que ces mesures sont nécessaires pour des raisons de santé et aptes à atteindre l'objectif de réadaptation visé. Le critère de la nécessité garantit déjà à lui seul que les mesures de réinsertion ne soient pas accordées trop à la légère.

→ **Nous approuvons l'extension des mesures de réinsertion aux jeunes.**

→ **Nous demandons cependant qu'il soit précisé par voie de directive que le seuil à partir duquel une menace d'invalidité est admise chez les jeunes ne soit pas placé trop haut.**

1.4.3. Art. 4^{quinquies} al. 4 RAI – Accent mis sur le marché primaire du travail

Dans l'art. 4^{quinquies} al. 4 RAI, le Conseil fédéral précise que les mesures de réinsertion doivent si possible être effectuées en totalité ou en partie sur le marché primaire du travail. Si nous soutenons le choix d'une orientation sur le marché primaire du travail, nous approuvons aussi explicitement la formulation « *si possible en totalité ou en partie sur le marché primaire du travail* », car cela permet de poursuivre et de développer des offres déjà existantes ou innovantes dans un cadre protégé. L'existence d'un cadre protégé reste nécessaire notamment du fait que l'actuel marché du travail ne peut toujours pas être considéré comme inclusif et que de nombreuses personnes en situation de handicap n'y trouvent malheureusement toujours pas de place.

→ **Nous approuvons l'accent mis sur le marché primaire du travail.**

1.5. Art. 4^{sexies} RAI – Durée des mesures de réinsertion

1.5.1. Art. 4^{sexies} al. 3 let. a RAI – Cessation

Dans l'art. 4^{sexies} al. 3 let. a RAI, le Conseil fédéral propose un complément selon lequel les mesures de réinsertion doivent s'achever également si l'objectif convenu ne peut pas être atteint. Dans son rapport explicatif, il formule les précisions suivantes : « si l'objectif ne peut pas être atteint *malgré toutes les tentatives et adaptations*, la mesure de réinsertion s'achève de manière anticipée, sous réserve de la proportionnalité ». À ce sujet, il nous paraît important qu'il ne soit pas mis fin à une mesure de réinsertion à la légère. Aussi longtemps que des adaptations appropriées et proportionnelles sont possibles compte tenu de l'atteinte spécifique de la personne assurée, celles-ci doivent absolument être effectuées. Avant la cessation définitive, il faut à notre avis tout mettre en œuvre pour passer le cas échéant à une mesure de réinsertion alternative plus appropriée. Il est alors indispensable de consulter l'avis des spécialistes traitants.

→ **Nous demandons par conséquent :**

Avant la cessation anticipée d'une mesure de réinsertion, il faut envisager d'adapter l'objectif convenu. Les qualités et capacités de la personne assurée sont à prendre en compte. Il convient en outre de consulter les médecins et thérapeutes traitants avant la cessation anticipée d'une mesure de réinsertion.

1.5.2. Art. 4^{sexies} al. 6 RAI – Droit ultérieur

Dans l'art. 4^{sexies} al. 6 RAI, le Conseil fédéral propose une précision du droit à une nouvelle mesure de réinsertion. Il prévoit que le droit ultérieur à une mesure de réinsertion dépende du fait « *qu'il est prouvé* » que l'assuré a entretemps fourni des « *efforts sérieux* » en vue d'une réinsertion professionnelle ou qu'un changement déterminant de son état de santé a eu lieu. À notre avis, la notion indiquant « *qu'il est prouvé (...) efforts sérieux* », qui est trop imprécise, devrait être définie plus en détail par voie de directive. À défaut, on assistera au développement d'une pratique très inégale parmi les offices AI et des conflits sont ainsi d'emblée programmés.

→ **Nous demandons par conséquent :**

Les critères concernant l'octroi ultérieur de mesures de réinsertion sont à préciser par voie de directive.

1.6. Art. 4a RAI – Orientation professionnelle

Selon l'art. 4a al. 2 RAI, sont considérées comme mesures préparatoires à une formation au sens de l'art. 15 al. 1 LAI, les mesures proches du marché du travail se déroulant après l'école obligatoire, dans des entreprises du marché primaire du travail ou en institution et servant à déterminer les aptitudes et les envies de la personne assurée en matière de formations. Ces mesures sont limitées à douze mois.

L'art. 4a al. 3 RAI décrit les mesures 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. De tels examens peuvent être effectués dans des entreprises du marché primaire du travail ou dans des institutions de réadaptation professionnelle. Ces mesures sont limitées à trois mois.

Selon l'art. 4a al. 4 RAI, il s'applique à ces deux mesures d'orientation professionnelle les mêmes motifs de cessation qu'en cas de cessation anticipée des mesures de réinsertion (cf. à ce propos l'art. 4^{sexies} al. 3 let. a RAI).

À notre avis, il ne ressort pas clairement si, lors d'une reprise suite à la cessation anticipée d'une mesure d'orientation professionnelle selon l'art. 4 a al. 1 let. b et c RAI resp. l'art. 4 a al. 2 et 3 RAI, il s'applique à nouveau une limitation de 12 ou de 3 mois, ou si les périodes déjà effectuées sont prises en compte. Cet aspect doit être précisé ; il est en effet indispensable qu'en cas de reprise d'une telle mesure, la personne assurée ait à nouveau droit à une durée de douze resp. de trois mois au maximum. C'est à cette seule condition que les personnes assurées peuvent se voir offrir une nouvelle chance, malgré une interruption, de bénéficier d'un nouvel octroi de mesures d'orientation professionnelle. En ce qui concerne les motifs de cessation, nous renvoyons à nos propos sur les motifs d'une cessation anticipée des mesures de réinsertion au chiffre 1.5.1.

→ **Nous demandons par conséquent :**

La limitation de la durée des mesures d'orientation professionnelle en cas de reprise suite à la cessation anticipée doit être spécifiée par voie de directive. Il convient alors de préciser qu'en cas de reprise, la personne assurée a à nouveau droit à une durée de douze resp. de trois mois.

Avant la cessation anticipée d'une mesure d'orientation professionnelle, il faut envisager d'adapter l'objectif convenu. Les qualités et capacités de la personne assurée doivent être prises en compte. Avant la cessation anticipée d'une mesure d'orientation professionnelle, il s'agit en outre de consulter l'avis des médecins et thérapeutes traitants.

1.7. Art. 5 RAI – Formation professionnelle initiale

1.7.1. Art. 5 al. 3 let. b RAI – Formation professionnelle initiale plus avancée

L'art. 5 al. 3 let. b RAI prévoit que la poursuite de la formation professionnelle initiale au sens de l'art. 16 al. 3 let. c LAI (préparation à un travail auxiliaire ou une activité en atelier protégé) soit rendue possible pour autant que les capacités de la personne assurée lui permettent d'accomplir une formation relevant de la loi sur la formation professionnelle et que cette formation puisse se dérouler sur le marché primaire du travail.

Nous approuvons vivement la possibilité d'une formation professionnelle initiale plus avancée, car les aptitudes et capacités des jeunes assurés en situation de handicap n'apparaissent souvent qu'au cours de la formation initiale au sens de l'art. 16 al. 3 let. c LAI. En revanche, nous ne sommes qu'en partie d'accord avec la proposition de ne rendre la poursuite de la FPI possible que sur le marché primaire du travail. Cela restreint en effet trop les chances des jeunes ayant des handicaps plus lourds. Le passage au marché primaire du travail est tout à fait possible également après une formation plus avancée en atelier protégé. Il n'est pas rare qu'à l'issue d'une FPra selon INSOS, une formation avec attestation AFP ne puisse être accomplie qu'au sein d'une institution ; sur le marché primaire du travail, la personne assurée n'aurait en revanche aucune chance de pouvoir accomplir une formation plus avancée. Mais une fois l'attestation obtenue, les chances de trouver un engagement sur le marché primaire du travail sont nettement meilleures. Il ne faut pas mettre d'obstacles à des possibilités et parcours professionnels de ce type en décrétant qu'une formation initiale plus avancée doit obligatoirement s'effectuer sur le marché primaire du travail.

→ **Nous approuvons la possibilité d'accomplir une formation initiale plus avancée.**

→ **Nous proposons toutefois la formulation suivante :**

Art. 5 al. 3 let. b RAI

*« b. lorsqu'une mesure au sens de l'art. 16 al. 3 let. c LAI est achevée, si les aptitudes de l'assuré lui permettent de suivre une formation au sens de la LFPr **sur le marché primaire du travail.** »*

1.7.2. Art. 5 al. 4 et al. 5 RAI – Durée de la formation professionnelle initiale

Le Conseil fédéral précise dans l'art. 5 al. 4 et 5 RAI que la formation professionnelle initiale au sens de l'art. 16 al. 3 let. c LAI (préparation à un travail auxiliaire ou à une activité en atelier protégé) doit autant que possible s'inspirer, en ce qui concerne sa durée, de la loi fédérale sur la formation professionnelle et que l'octroi vaut pour toute la durée de la formation en question. Il confirme ainsi son avis exprimé à l'occasion des débats parlementaires au Conseil des États du 19.9.2019.³

Nous approuvons vivement que la préparation à un travail auxiliaire ou à une activité en atelier protégé doive autant que possible s'inspirer de la loi fédérale sur la formation professionnelle et si possible s'effectuer sur le marché primaire du travail. L'orientation sur le marché primaire du travail est judicieuse et importante ; or en même temps, les possibilités de suivre une formation dans un cadre protégé doivent être maintenues jusqu'à ce que le marché primaire du travail propose de telles formations dans leur intégralité. Nous saluons en outre vivement l'octroi d'une formation pratique pour la durée totale de la formation, car cela offre des perspectives claires et importantes aux personnes assurées.

→ **Nous approuvons vivement l'art. 5 al. 4 et 5 RAI.**

³ cf. <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/amtliches-bulletin/amtliches-bulletin-die-verhandlungen?SubjectId=47233#votum15>, date d'extraction, 10.02.2021.

1.8. Art. 5^{bis} al. 5 RAI – Frais supplémentaires dus à l'invalidité

Durant une formation professionnelle initiale ou un perfectionnement, les frais supplémentaires dus à l'invalidité sont pris en charge. Les règles précisant quelles dépenses sont à prendre en compte dans la détermination de ces frais supplémentaires restent toutefois différentes selon qu'il s'agit d'une formation professionnelle initiale ou d'un perfectionnement : lors d'une formation professionnelle initiale, il s'agit des dépenses liées à l'acquisition des connaissances et de l'habileté nécessaires (let. a), des frais d'acquisition d'outils personnels ou de vêtements professionnels (let. b) ainsi que des frais de transport (let. c). En cas de perfectionnement professionnel, il s'agit des frais supplémentaires dus à l'invalidité si la personne assurée doit loger et prendre ses repas hors de chez elle (art. 5^{ter} al. 3 RAI, aujourd'hui : art. 5^{bis} al. 3 RAI). À notre sens, ces différences de réglementation et l'inégalité de traitement qui en découle sont incompréhensibles. Les frais dus à l'invalidité liés aux repas et au logement hors du domicile devraient également être pris en compte dans le calcul comparatif en cas de formation professionnelle initiale.

→ **Nous demandons que cette disposition soit formulée comme suit :**
Art. 5^{bis} al. 5 let. d RAI
« d. les frais dus à l'invalidité pour les repas et le logement hors du domicile. »

1.9. Autres revendications

1.9.1. Art. 4^{novies} RAI – Formation initiale également en cas de nouvelle réadaptation

Dans le contexte de l'art. 8a LAI et de l'art. 4^{novies} RAI (nouvelle réadaptation des bénéficiaires de rentes), nous attirons l'attention sur la nécessité d'offrir aux bénéficiaires de rentes la possibilité, également dans le cadre d'une mesure de nouvelle réadaptation, d'accomplir ultérieurement une formation professionnelle initiale. Nous estimons cependant que cette possibilité ne doit pas être subordonnée à la question de savoir si, après l'achèvement d'une telle mesure, la rente peut être réduite ou supprimée. En raison de leur atteinte à la santé, les jeunes assurés (présentant p. ex. un syndrome de Down, un trouble du spectre autistique ou une atteinte à la santé psychique) ne sont, suivant les circonstances, pas encore prêts à l'âge de 18 ans, à entamer une formation initiale et touchent dans ce cas une rente entière de l'AI. Or il se peut, quelques années après, qu'ils aient acquis suffisamment de maturité dans leur développement pour être en mesure d'accomplir une formation professionnelle initiale, par ex. une FPra selon INSOS. Ces assurés doivent alors pouvoir bénéficier des mêmes possibilités d'acquérir une formation professionnelle initiale que ceux qui peuvent commencer une telle formation directement à l'issue de leur scolarité. Chez les bénéficiaires de rentes sans formation professionnelle initiale, il ne faut en conséquence pas se fonder, dans le cadre d'une nouvelle réadaptation, sur la seule question de savoir si leur rente AI pourra être réduite, voire même supprimée suite à une formation professionnelle initiale accomplie a posteriori. Cela relève de l'exigence découlant du principe de l'égalité de traitement et de l'égalité des chances. De plus, le « rattrapage » d'une formation professionnelle initiale – même s'il n'en découle pas dans tous les cas un droit à la rente – revêt l'effet positif de pouvoir générer un certain revenu, ce qui le plus souvent permet même par la suite d'alléger la charge financière des prestations complémentaires.

→ **Nous demandons par conséquent que l'art. 4^{novies} RAI soit complété comme suit :**

Art. 4^{novies} al. 2 RAI

«² L'amélioration de la capacité de gain au sens de l'art. 8a LAI ne doit pas obligatoirement influencer sur la rente. »

1.9.2. Art. 90 al. 4 RAI — Frais de voyage (viatique)

L'art. 90 al. 4 RAI fixe les montants destinés au viatique dans le cadre de la prise en charge des frais de voyage. Ces montants n'ont plus été adaptés depuis 1992. Bien qu'il soit nécessaire depuis longtemps de les adapter au renchérissement, le Conseil fédéral ne le propose malheureusement pas dans le cadre des présentes modifications.

→ **Nous demandons par conséquent :**

Les montants fixés dans l'art. 90 al. 4 RAI sont à adapter au renchérissement intervenu depuis 1992 conformément à l'Indice suisse des prix à la consommation, et ensuite à vérifier régulièrement (p. ex. tous les cinq ans) et le cas échéant à adapter.

2. Bloc thématique 2 : Mesures médicales

2.1. Remarques générales

Nous approuvons que le développement continu de l'AI prévoie d'actualiser la liste des infirmités congénitales et que l'assurance-invalidité prenne mieux en charge également les frais de traitements des pathologies rares. D'autre part, il nous semble judicieux que l'actuelle ordonnance concernant les infirmités congénitales (OIC) du Conseil fédéral soit remplacée par une ordonnance du département (OIC-DFI) afin d'en faciliter la mise à jour régulière. Il est par ailleurs compréhensible que des affections dont le traitement nécessite peu de moyens (p. ex. hernie inguinale) relèvent désormais de la compétence de l'assurance obligatoire des soins (AOS). La nouvelle liste des infirmités congénitales telle que proposée à l'annexe de l'OIC-DFI contient cependant encore d'importantes imprécisions. C'est pourquoi elle nécessite d'urgence d'être une nouvelle fois révisée en collaboration avec les sociétés de discipline médicale compétentes et les organisations de patientes et patients.

La création d'un centre de compétence au sein de l'OFSP pour la prise en charge des médicaments par l'AI ainsi que le remplacement de la liste actuelle des médicaments destinés au traitement des infirmités congénitales (LMIC) par la nouvelle liste des spécialités en matière d'infirmités congénitales (LS IC) permettent une meilleure harmonisation avec la liste des spécialités de l'assurance-maladie.

Les critiques que nous tenons à formuler concernent les modalités développées au sujet des mesures médicales selon les art. 12 et 13 LAI. À notre avis, la description des mesures au sens de l'art. 12 LAI telle que proposée dans l'art. 2 RAI crée des exigences supplémentaires, non voulues par le législateur, en termes de droit aux mesures et remet ainsi également en question la pratique actuelle concernant l'art. 12 LAI. Par ailleurs, nous n'approuvons qu'en partie la précision des critères introduite dans l'art. 13 al. 2 LAI, critères selon lesquels une infirmité congénitale est portée sur l'OIC-DFI.

2.2. Art. 2 RAI – Mesures médicales de réadaptation selon l'art. 12 LAI

2.2.1. Art. 2 al. 1 RAI – Moment de mise en œuvre

Selon l'art. 2 al. 1 RAI, il est prévu que les mesures médicales de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI ne débutent qu'une fois achevé le traitement de l'affection en tant que telle, dont le financement passe via l'AOS. Cette disposition est censée désigner le moment où l'état de santé s'est stabilisé. Cela signifie que le traitement doit être nécessairement terminé, qu'il n'est plus possible d'améliorer notablement l'état de santé et que les mesures médicales servent principalement à améliorer la capacité de réadaptation. Le fait que le traitement de l'affection en tant que telle ne relève pas de la compétence de l'assurance-invalidité dans le cadre de l'art. 12 LAI reste incontesté. Or dans la pratique, il arrive souvent qu'une mesure médicale serve avant tout à permettre une réadaptation ultérieure déjà à un stade où le traitement de l'affection en tant que telle n'est pas encore achevé. C'est pourquoi la jurisprudence n'exigeait jusqu'à présent qu'un état de santé relativement stabilisé, et non stabilisé. La pratique concernant l'art. 12 LAI suivie jusqu'à présent a fait ses preuves. À notre avis, il n'est donc pas compréhensible pourquoi les mesures médicales de réadaptation ne devraient être applicables qu'à partir du moment où le traitement de l'affection est achevé. Afin de réaliser l'objectif visant à améliorer la capacité de réadaptation par la mise en œuvre de mesures médicales selon l'art. 12, il ne faut à notre avis pas fixer comme condition que l'état de santé ne soit plus notablement améliorable. Par conséquent, il faut supprimer la 2^e phrase de l'art. 2 al. 1 RAI, d'autant plus que l'accent mis sur la réadaptation ressort déjà de l'art. 12 al. 3 LAI.

→ **Nous rejettons la condition d'octroi supplémentaire concernant la prise en charge des coûts, à savoir l'achèvement du traitement de l'affection.**

→ **Nous proposons la formulation suivante :**

Art. 2 al. 1 RAI

«¹Sont considérées comme mesures médicales (...) les traitements psychothérapeutiques. ~~Elles visent directement la réadaptation au sens de l'art. 12 al. 3 LAI une fois l'affection en tant que telle traitée et l'état de santé stabilisé.~~»

2.2.2. Art. 2 al. 3 RAI – Proposition

L'art. 2 al. 3 RAI prévoit qu'à l'avenir, la question de savoir s'il s'agit soit du traitement de l'affection en tant que telle à prendre en charge par l'AOS, soit d'une mesure médicale de réadaptation financée par l'assurance-invalidité, doit être clarifiée selon l'art. 12 LAI non pas à posteriori mais déjà avant le début du traitement. À ce sujet, le Conseil fédéral propose que les mesures au sens de l'art. 12 LAI doivent être demandées auprès de l'office AI compétent avant le début du traitement. En outre, un pronostic favorable du médecin concernant la réadaptation doit être joint à la demande. En cas de divergences concernant la prise en charge des coûts s'applique, comme auparavant, l'obligation de prise en charge provisoire de l'AOS. Il est vrai que la procédure de délimitation entre AOS et AI peut-être fastidieuse. Or, cette délimitation ne sera pas simplifiée par l'obligation de déposer la demande auprès de l'AI avant le début du traitement, car les critères de délimitation restent les mêmes. Dans la pratique, il n'est très souvent pas possible de déposer la demande de prise en charge des coûts avant le début du traitement parce que le traitement nécessite d'être mis en place sans tarder pour que la personne assurée devienne capable de se réadapter. C'est pourquoi l'AI doit, au même titre que l'AOS, prendre en charge les

mesures nécessaires à titre rétroactif également lorsque les conditions d'ouverture du droit sont remplies. La 1^{ère} phrase de l'art. 2 al. 3 RAI devrait donc être supprimée. Étant donné qu'un pronostic positif du médecin spécialisé traitant concernant la réadaptation est déjà exigé par l'art. 12 al. 3 LAI, la 2^e phrase de l'art. 2 al. 3 RAI est elle aussi inutile et peut être supprimée.

→ **Nous demandons la suppression de l'art. 2 al. 3 RAI.**

Dans ce contexte, nous souhaitons attirer l'attention sur le fait qu'il est difficile dans le cas d'espèce de faire des pronostics médicaux chez les enfants parce que leur développement est difficile à prévoir. C'est pourquoi il arrive régulièrement dans la pratique, surtout s'agissant d'enfants en bas âge, que les pronostics se révèlent faux. D'autre part, de tels pronostics sont établis sur la base de données et d'expériences rétrospectives et ne tiennent pas compte du développement des sciences médicales. Pour ces raisons, l'exigence d'un pronostic positif doit être traitée avec souplesse dans le cas d'espèce et se prononcer, lorsque le cas semble peu clair, en faveur de l'enfant.

2.2.3. Art. 2 al. 4 RAI – Durée

Dans l'art. 2 al. 4 RAI, le Conseil fédéral propose que la durée des mesures médicales de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI ne puisse pas dépasser deux ans. Or en même temps, il permet de les prolonger. Les 3^e et 4^e phrases de l'art. 2 al. 4 RAI nous semblent par trop contradictoires.

→ **Nous proposons la formulation suivante :**

Art. 2 al. 4 RAI

«⁴La nature, la durée et l'étendue (...) dans la décision d'octroi, de même que le prestataire. La mesure médicale de réadaptation est octroyée pour une durée de deux ans et peut être prolongée. »

2.3. Art. 2^{bis} al. 2 RAI – Poursuite de mesures médicales de réadaptation

Selon l'art. 12 al. 2 LAI, les mesures médicales de réadaptation peuvent être accordées au-delà de l'âge de 20 ans si la personne assurée participe à une mesure de réadaptation professionnelle. L'art. 2^{bis} al. 2 RAI prévoit qu'une mesure médicale de réadaptation peut être poursuivie également lorsqu'une mesure d'ordre professionnel est achevée ou interrompue, à condition qu'une mesure d'ordre professionnel soit prévue et que le potentiel de réadaptation de la personne assurée ne soit pas encore épuisé. Le Conseil fédéral propose que la durée de la poursuite entre les deux mesures d'ordre professionnel ne puisse pas dépasser six mois. Nous approuvons qu'une mesure soit poursuivie également en cas d'achèvement ou d'interruption d'une mesure d'ordre professionnel, mais sommes d'avis qu'une limitation à six mois au maximum peut nettement réduire les chances de réussite d'une réadaptation. Vu que dans la pratique, il n'est pas toujours garanti que l'intervalle entre deux mesures d'ordre professionnel n'excède pas six mois, il convient de renoncer à une limitation à six mois.

→ **Nous proposons la formulation suivante :**

Art. 2^{bis} al. 2 RAI

*«²Si une mesure d'ordre professionnel est achevée ou interrompue, les coûts des mesures médicales de réadaptation peuvent être remboursés **pendant encore six mois au plus.** »*

2.4. Art. 3 al. 1 RAI – Infirmités congénitales

Dans l'art. 3 al. 1 RAI, le Conseil fédéral précise les critères de définition énoncés dans l'art. 13 al. 2 LAI concernant les infirmités congénitales. Il se limite aux critères « atteinte à la santé », « traitement de longue durée ou traitement complexe » et « affections qui peuvent être traitées ». Du point de vue du Conseil fédéral, les critères « diagnostic posé par un médecin spécialiste » et « certain degré de gravité » ne nécessitent pas d'être précisés plus en détail.

Dans l'art. 3 al. 1 let. d RAI, le Conseil fédéral précise le critère de « l'atteinte à la santé » en mentionnant, outre les troubles fonctionnels physiques, également les troubles fonctionnels mentaux. Nous tenons à attirer l'attention sur le fait que la notion de trouble « mental » est surannée et qu'elle doit être remplacée par trouble « cognitif ». Il convient en outre de compléter les précisions par les troubles « psychiques ».

→ **Nous proposons la formulation suivante :**

Art. 3 al. 1 let. d RAI

*« d. affections qui engendrent une atteinte à la santé : affections entraînant des limitations ou des troubles fonctionnels physiques, **cognitifs ou psychiques** ; »*

Nous estimons qu'il faudrait également préciser, au niveau du règlement, le critère « certain degré de gravité ».

→ **Nous proposons la formulation suivante :**

Art. 3 al. 1 let. d^{bis} RAI

« d^{bis}. affections d'un certain degré de gravité : affections qui, sans traitement, entraînent une limitation des fonctions physiques, cognitives ou psychiques durables et ne pouvant plus être entièrement corrigées ultérieurement ; »

Dans l'art. 3 al. 1 let. e RAI, le Conseil fédéral prévoit que la notion de « traitement de longue durée » désigne uniquement un traitement qui dure plus d'une année. Une durée fixée à plus d'une année empêche la facturation à l'AI de mesures médicales qui durent certes moins longtemps (p. ex. opération d'une scoliose), mais dont l'effet sur une réadaptation ultérieure de la personne assurée est durable. Une intervention chirurgicale unique permet en outre d'éviter le cas échéant les coûts plus importants liés à un traitement de longue durée. C'est pourquoi il faut renoncer à une réglementation rigide qui prévoit une durée d'une année.

→ **Nous proposons la formulation suivante :**

Art. 3 al. 1 let. e RAI

*« e. traitement de longue durée : traitement durant **en règle générale** plus d'une année ; »*

Selon l'art. 3 al. 1 let. f RAI, on entend par « traitement complexe » un traitement nécessitant l'intervention commune d'au moins trois disciplines médicales. À noter dans ce contexte qu'il n'est pas clair ce que signifie exactement une « intervention commune d'au moins trois disciplines médicales ». Nous partons du principe qu'il s'agit là aussi bien de médecins que de thérapeutes. Au sein de la pratique médicale, on assiste en outre à une tendance croissante à l'autonomisation des sous-spécialités (p. ex. orthopédie et chirurgie de la colonne vertébrale), domaines qui sont également à considérer comme des disciplines individuelles. De plus, on peut être en présence d'un traitement complexe lorsqu'une seule personne hautement spécialisée est impliquée.

C'est pourquoi le critère de définition d'un « traitement complexe » doit être reformulé en collaboration avec le corps médical.

→ **Nous demandons qu'il soit procédé à la reformulation de l'art. 3 al. 1 let. f RAI en y associant le corps médical.**

2.5. Art. 3^{bis} RAI – Liste des infirmités congénitales

Compte tenu des développements dans le domaine de la médecine, il est prévu que la liste des infirmités congénitales ait désormais vocation à être plus fréquemment modifiée. Dans cette perspective, le Conseil fédéral propose dans l'art. 3^{bis} al. 1 RAI d'en transférer la compétence de légiférer en matière d'ordonnance au DFI. Nous approuvons ce transfert de la compétence de légiférer par voie d'ordonnance au DFI. En revanche, la décision d'inscrire une affection dans l'OIC-DFI nécessite à notre avis de consulter obligatoirement les sociétés scientifiques et les organisations de patientes et patients concernées. Le fait d'y associer dès le début ces organisations permet d'éviter des litiges judiciaires ultérieurs et les coûts importants que cela engendre. Nous demandons en outre que la liste des infirmités congénitales soit régulièrement – p. ex. tous les deux ans – vérifiée et adaptée en fonction de l'état actuel de la science médicale.

→ **Nous proposons le complément suivant :**

Art. 3^{bis} al. 1 RAI

*«¹ (...), le Département fédéral de l'intérieur (DFI) dresse la liste des infirmités congénitales donnant droit à des mesures médicales en vertu de l'art. 13 LAI. **Pour ce faire, le DFI consulte préalablement les sociétés scientifiques et les organisations de patients.** »*

→ **Nous proposons en outre le complément suivant :**

Art. 3^{bis} al. 2 RAI

*«² **La liste des infirmités congénitales est régulièrement adaptée en fonction de l'état actuel de la science médicale. Le DFI peut édicter des prescriptions détaillées concernant la liste.** »*

2.6. Ordonnance du DFI concernant les infirmités congénitales (OIC-DFI)

La nouvelle liste des infirmités congénitales dans l'annexe de l'OIC-DFI telle que proposée contient de considérables imprécisions. Par conséquent, elle nécessite d'urgence d'être une nouvelle fois révisée en collaboration avec les sociétés scientifiques concernées ainsi qu'avec les organisations de patientes et patients. La présente liste fut certes élaborée après consultation d'un groupe d'accompagnement ; or, celui-ci n'était manifestement pas composé de façon suffisamment diversifiée. Il aurait été plus pertinent de consulter, pour chaque système organique resp. chaque groupe de pathologie, un ou une spécialiste de la discipline médicale en question ainsi qu'une personne concernée ou un parent de la personne concernée. Cette carence doit être comblée d'urgence.

→ **Nous demandons par conséquent :**

La liste actualisée des infirmités congénitales est à réviser une nouvelle fois, avant son entrée en vigueur, en collaboration avec les sociétés scientifiques et les organisations de patientes et patients.

2.7. Art. 3^{quinquies} RAI – Prestations de soins médicaux en cas de traitement à domicile

Dans l'art. 3^{quinquies} RAI, il est prévu de transférer au RAI, sous les mesures d'« examen et de traitement », la surveillance de longue durée qui ne sera désormais plus réglée par le seul biais de la lettre circulaire n° 394 de l'AI. Nous approuvons l'inclusion de la surveillance de longue durée au règlement.

→ **Nous approuvons que la surveillance de longue durée soit incluse dans le RAI.**

2.8. Art. 3^{sexies} RAI – Liste des spécialités en matière d'infirmités congénitales

Sur la base de l'art. 14^{ter} al. 5 LAI, l'OFSP est chargé, en vertu de l'art. 3^{sexies} RAI, d'établir une liste des médicaments destinés au traitement des infirmités congénitales, ladite liste des spécialités en matière d'infirmités congénitales (LS IC). Lors de l'autorisation d'un médicament par Swissmedic, il convient de tenir compte du fait qu'il n'existe dans de nombreux cas pas d'études scientifiques concernant des pathologies pédiatriques. Cette problématique est à prendre en compte lors de l'examen des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (critères EAE) dans le cadre de l'art. 13 LAI (pathologies souvent rares à ultra rares), et ce aussi bien en ce qui concerne les traitements médicaux que les médicaments. Par ailleurs, les art. 71a à 71 d OAMal permettent pour la même raison et dans certaines circonstances un accès facilité aux médicaments (usage hors indication, dit Off Label Use).

S'agissant de l'inscription de médicaments sur la LS IC, le Conseil fédéral propose dans l'art. 3^{sexies} al. 4 RAI de renoncer à un délai analogue à l'art. 31b OPAS (60 jours). Or, il n'est pas acceptable en cas d'infirmités congénitales que des traitements possibles soient retardés et que cela réduise les chances de réadaptation professionnelle. C'est pourquoi la notion « dans un délai raisonnable » est à notre avis trop imprécise et que nous demandons un délai de 30 jours.

→ **Nous proposons la modification suivante :**

Art. 3^{sexies} al. 4 RAI

*«⁴Si les conditions (...), l'OFSP rend sa décision concernant la demande **dans un délai de 30 jours** une fois l'autorisation en question délivrée. »*

3. Bloc thématique 5 : Système de rentes

3.1. Remarques générales

Compte tenu de la linéarité du système de rentes et de la portée plus importante que revêt dans ce contexte le calcul en pourcentage exact du taux d'invalidité, on peut se féliciter, du point de vue de l'égalité de traitement et de la sécurité juridique, que les principes déterminants pour le calcul du taux d'invalidité soient définis au niveau réglementaire.

Il convient toutefois de prendre en considération que le « marché du travail équilibré » auquel se réfèrent les offices AI pour déterminer le taux d'invalidité s'est progressivement transformé, ces dernières années – cf. nos remarques sous A.1 –, en une construction abstraite et théorique largement déconnectée du marché du travail

tel qu'il existe réellement. Ce « marché du travail équilibré » part du principe que toute personne assurée peut trouver, en fonction de ses capacités résiduelles, un emploi correspondant à sa formation et qu'il existe par ailleurs des emplois de niche disponibles.

La détermination du taux d'invalidité, basée sur les revenus effectivement réalisés jusque-là et/ou sur les barèmes salariaux s'avère compliquée et incompréhensible pour les personnes n'ayant pas une pratique quotidienne de cette matière. Il est donc important que les préavis et décisions expliquent et communiquent aux personnes assurées de manière compréhensible sur quoi se base l'office AI lors de la comparaison des revenus et comment il en déduit le taux d'invalidité. Il s'agit d'expliquer les termes spécialisés et les abréviations, comme p. ex. ESS, et d'utiliser un langage simple, comme le demande la motion du conseiller national Beat Flach « Résumer les décisions de l'AI dans un langage simple pour qu'elles puissent être comprises par les personnes concernées »⁴, motion dont le Conseil fédéral a proposé l'acceptation et qui a été adoptée par le Conseil national.

3.2. Art. 25 RAI – Principes relatifs à la comparaison des revenus

Dans l'art. 25 al. 3 RAI, le Conseil fédéral propose, dans la mesure où l'on se réfère à des données statistiques, de baser la comparaison des revenus selon les valeurs médianes de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (OFS). Le Conseil fédéral ajoute que si le revenu en question ne figure pas dans l'ESS, d'autres valeurs statistiques peuvent être utilisées. Il s'agit de se baser sur des valeurs qui soient indépendantes de l'âge et qui tiennent compte du sexe.

Étant donné la haute importance que revêt le calcul du taux d'invalidité, il apparaît tout à fait sensé de se baser sur des barèmes salariaux standardisés. Or, les barèmes ESS de l'Office fédéral de la statistique n'ont pas été développés pour la comparaison des revenus dans l'assurance-invalidité, raison pour laquelle ils ne satisfont notamment pas aux exigences spécifiques concernant le revenu avec invalidité. À ce propos, le Tribunal fédéral a à plusieurs reprises attiré l'attention sur le fait que les barèmes ESS constituent une solution transitoire et que des enquêtes sur les salaires des personnes atteintes dans leur santé font jusqu'à ce jour défaut, ajoutant qu'il serait souhaitable que de telles études soient réalisées dans l'intérêt d'une détermination encore plus précise du revenu avec invalidité.⁵ Selon l'analyse du Bureau Bass « Nutzung Tabellenmedianlöhne LSE zur Bestimmung der Vergleichslöhne bei der IV-Rentenbemessung »⁶ du 8.1.2021, en allemand (ci-après analyse BASS), les barèmes ESS actuellement existants sont inadaptés à la comparaison des revenus notamment pour les trois raisons suivantes :

1. Les barèmes salariaux reflètent dans une large mesure le niveau de salaire des personnes sans atteintes à la santé. En comparaison, les salaires des personnes atteintes dans leur santé sont toutefois systématiquement très inférieurs.
2. D'importants facteurs ayant un impact sur le salaire tels que le niveau de formation, l'âge, la nationalité, le nombre d'années de service, la branche économique et la région élargie ne sont pas pris en considération.

⁴ Cf. Curia Vista [19.4320](#), date d'extraction 10.02.2021.

⁵ Cf. ATF 139 V 592 consid. 7.4/ATF 142 V 178, date d'extraction 10.02.2021.

⁶ Cf. https://www.wesym.ch/cvfs/5549133/web/wesym.ch/media/medienn/Gutachten_BASS.pdf, date d'extraction 10.02.2021.

3. Les niveaux de compétences ne font pas la distinction entre un travail physiquement contraignant et moins contraignant. Il existe en outre des éléments indiquant clairement que les activités physiquement contraignantes sont régulièrement mieux rémunérées au niveau de compétences le plus bas (p. ex. ESS 2018, TA1_tirage_skill_level⁷, niveau de compétences 1) que les activités physiquement non contraignantes.

Si l'intention est de cimenter l'utilisation des barèmes ESS en les inscrivant dans le RAI, cela nécessite clairement des améliorations et des spécifications. Il est donc indispensable de poursuivre le développement des principes applicables à la comparaison des revenus ; l'analyse BASS contient des approches de solutions possibles.

Il ressort également de l'expertise juridique « Grundprobleme der Invaliditätsbemessung in der Invalidenversicherung »⁸ du Prof. et Dr en droit Thomas Gächter et al., publiée le 22.1.2021, que les barèmes ESS concernant le niveau de compétences le plus bas ne reflètent pas suffisamment les profils d'endurance qui entrent encore en ligne de compte pour les personnes atteintes dans leur santé (activités de remplacement physiquement légères, activités de remplacement permettant d'alterner les charges). Vu qu'ils contiennent des données salariales concernant une multitude de profils de postes inappropriés et inexigibles pour les personnes atteintes dans leur santé, l'on en déduit régulièrement des revenus hypothétiques avec invalidité qui sont excessifs et des taux d'invalidité trop faibles. En outre, l'instrument de correction juridique le plus important existant dans ce contexte, le "taux d'abattement du salaire statistique", s'avère être démesuré et incohérent dans la pratique administrative et judiciaire de ces 20 dernières années.

Actuellement, un groupe de travail (composé de membres de tribunaux des assurances sociales, de divers services d'organes d'application, de représentantes et représentants d'assurances, de l'OFS et de l'OFAS) placé sous la direction du Prof. em. et Dr en droit Gabriela Riemer-Kafka (Université de Lucerne) est en train d'élaborer un concept sur le moyen de déterminer de façon plus réaliste le taux d'invalidité compte tenu des circonstances dues à l'invalidité, notamment aussi via la création d'un barème ESS supplémentaire calqué sur la détermination du revenu avec *invalidité*. Les résultats devraient être disponibles au printemps 2021. Ce barème spécifiquement développé à l'intention de l'AI reflétera avec davantage de précision les possibilités salariales des personnes en situation de handicap. Vu qu'il est impératif de déterminer les revenus de comparaison aussi précisément que possible pour calculer le taux d'invalidité, ce barème devrait nécessairement être utilisé pour procéder à la comparaison des revenus. Un barème spécifique est en outre également utile à la réadaptation, vu qu'il contient des indications concernant les domaines offrant de bonnes chances de réadaptation aux personnes en situation de handicap.

De notre point de vue, il est incompréhensible que les indications et incitations du Tribunal fédéral selon lesquelles l'application des barèmes ESS ne constitue qu'une solution transitoire et qu'il serait souhaitable que des enquêtes sur les salaires des personnes atteintes dans leur santé soient réalisées dans le but de pouvoir déterminer

⁷ Cf. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/travail-remuneration/salaires-revenus-cout-travail/niveau-salaires-suisse/secteurs.prive-public.assetdetail.12488207.html>, date d'extraction 10.02.2021.

⁸ Cf.

https://www.wesym.ch/cvfs/5549133/web/wesym.ch/media/medien/2021_Zusammenfassung_Rechtsgutachten_WESYM%2021.pdf, date d'extraction 10.02.2021.

plus précisément le revenu avec invalidité des personnes atteintes dans leur santé⁹ aient été ignorées et non prises en compte dans le cadre du présent projet de règlement. Il est donc urgent d'y apporter les correctifs nécessaires.

→ **Nous demandons l'ajout d'un article supplémentaire dans le règlement :**
Art. 25^{bis} RAI Poursuite du développement des principes relatifs à la comparaison des revenus :

« L'Office fédéral des assurances sociales veille, en collaboration avec l'Office fédéral de la statistique, à la poursuite du développement des barèmes ESS utilisés pour la comparaison des revenus. »

La formulation de la 2^e phrase de l'art. 25 al. 3 RAI manque de clarté, car le revenu en question ne peut de toute manière guère être représenté dans l'ESS. C'est pourquoi il faut préciser dans quels cas il s'agit de déroger de l'ESS et de se baser sur d'autres valeurs statistiques.

→ **Nous proposons la formulation suivante :**

Art. 25 al. 3, 2^e phrase RAI

« Si (...) font foi. D'autres valeurs statistiques sont à utiliser lorsque cela correspond mieux au cas d'espèce. »

3.3. Art. 26 RAI – Détermination du revenu sans invalidité

3.3.1. Art. 26 al. 4 RAI — Revenu sans invalidité des personnes ayant un handicap précoce ou de naissance

Le Conseil fédéral propose dans l'art. 26 al. 4 RAI, modifiant ainsi l'art. 26 al. 1 RAI en vigueur, de ne plus baser le revenu sans invalidité des personnes ayant un handicap précoce ou de naissance sur la valeur médiane des secteurs privé et public, à savoir les barèmes ESS T1_b resp. T18 (revenu annuel de 83 500 francs, état 2021), mais désormais également sur les valeurs médianes du barème ESS TA1_tirage_skill_level et donc uniquement du secteur privé. Il propose en outre de supprimer les classes d'âge appliquées jusqu'à présent.

Bien que nous considérons les classes d'âge jusqu'ici appliquées comme tout à fait judicieuses — vu qu'elles correspondent au développement professionnel des personnes n'ayant pas d'atteinte à la santé —, nous pouvons nous déclarer d'accord avec la suppression des classes d'âge ; l'adaptation par niveaux du taux d'invalidité sans modification de l'état de santé s'en trouve supprimée, ce que les offices AI tendent régulièrement à oublier. En revanche, nous n'approuvons pas qu'il soit prévu, selon le rapport explicatif, d'appliquer dorénavant le tableau ESS TA1_tirage_skill_level. Vu que l'on ignore chez les personnes ayant un handicap précoce ou de naissance quel parcours de formation elles auraient choisi, il convient les concernant de prendre en compte un revenu sans invalidité qui reflète aussi bien le secteur privé que public. Nous demandons par conséquent que le calcul continue

⁹ Cf. [ATF 139 V 592 E. 7.4/ATF 142 V 178](#), date d'extraction 10.02.2021.

de se baser sur la valeur médiane du secteur privé et public et donc sur les barèmes ESS T1_b¹⁰ resp. T18¹¹ (revenu annuel de 83 500 francs, état 2021).

Le Conseil fédéral propose en outre dans l'art. 26 al. 4 RAI que cette disposition ne prenne en considération plus que les personnes qui, en raison de leur invalidité, n'ont pu commencer aucune formation professionnelle. Il semble ainsi vouloir exclure de l'application de l'art. 26 al. 4 RAI les personnes qui certes commencent, voire éventuellement achèvent, une formation professionnelle, mais qui ne peuvent pas obtenir, en raison de leur handicap, les mêmes revenus qu'une personne non handicapée disposant de la même formation. Selon la pratique actuelle du Tribunal fédéral¹² et de l'administration, précisément ces personnes-là sont clairement couvertes par l'art. 26 al. 1 RAI en vigueur. La circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI) de l'OFAS précise à ce sujet dans le chiffre marg. 3035 et suiv.¹³ concernant l'art. 26 al. 1 RAI en vigueur : « *Les invalides de naissance ou précoces sont des assurés qui présentent une atteinte à la santé depuis leur naissance ou leur enfance et n'ont pu, de ce fait, acquérir des connaissances professionnelles suffisantes (RCC 1973 p. 538, 1969 p. 239). Entrent dans cette catégorie toutes les personnes qui, en raison de leur invalidité, n'ont pu terminer aucune formation professionnelle, ainsi que les assurés qui ont commencé, voire achevé, une formation professionnelle, mais qui étaient déjà invalides au début de cette formation et qui, de ce fait, ne peuvent prétendre aux mêmes possibilités de salaire qu'une personne non handicapée ayant la même formation (voir l'exemple donné au ch. 3024).* »

La nouvelle réglementation de l'art. 26 al. 4 RAI ne doit en aucun cas conduire à une dérogation de la pratique actuelle. Il est donc à notre sens absolument central que le revenu sans invalidité des personnes qui, bien qu'ayant une invalidité, achèvent certes une formation selon la loi sur la formation professionnelle (LFPr), mais ne peuvent en tirer pleinement profit dans l'économie libre, soit basé sur l'art. 26 al. 4 RAI. Autrement il s'agirait d'une péjoration massive par rapport à aujourd'hui et cela découragerait d'emblée les personnes ayant un handicap précoce ou de naissance de commencer une formation. Un tel effet serait en effet diamétralement opposé à la perspective de réadaptation poursuivie par l'AI.

D'autre part, les mêmes principes doivent s'appliquer dans le cas où une personne a certes pu achever, du fait de son atteinte à la santé, une formation selon la LFPr, p. ex. AFP ou CFC, mais qu'il s'agissait déjà d'un parcours de formation adapté à son atteinte à la santé. Il n'est en effet guère possible dans de tels cas d'évaluer quelle formation professionnelle cette personne aurait choisie si elle n'était pas atteinte dans sa santé et quel aurait été son choix, après quelques années de pratique professionnelle, d'un perfectionnement ayant une incidence sur le salaire. Le fait de baser dans de tels cas le calcul du revenu sans invalidité sur la profession choisie en fonction d'une atteinte à la santé conduirait, en comparaison avec des personnes

¹⁰ Cf. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/travail-remuneration/salaires-revenus-cout-travail/niveau-salaires-suisse.assetdetail.12488252.html>, date d'extraction 10.02.2021.

¹¹ Cf. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/tableaux.assetdetail.12488293.html>, date d'extraction 10.02.2021.

¹² Cf. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/tableaux.assetdetail.12488293.html>

¹² Cf. Arrêt du Tribunal fédéral du 11.4.2019, [9C_233/2018](#), date d'extraction 10.02.2021.

¹³ Cf. Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), <https://sozialversicherungen.admin.ch/de/d/6415>, date d'extraction 10.02.2021.

n'ayant pas pu achever de formation professionnelle selon la LFPr en raison de leur handicap, à des inégalités de traitement injustifiées.

→ **Nous proposons la formulation suivante :**

Art. 26 al. 4 RAI

«⁴ Si l'assuré ne peut pas commencer une formation professionnelle en raison de son invalidité ni, en raison de son invalidité, mettre à profit sur le marché primaire du travail une formation professionnelle achevée en fonction du titre de formation obtenu, ou n'achever qu'une formation adaptée à son atteinte à la santé, le revenu sans invalidité est déterminé sur la base de la valeur médiane, annuellement actualisée, de l'enquête sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique. (...)»

3.3.2. Art. 26 al. 5 RAI – Parallélisation

Dans l'art. 26 al. 5 RAI, le Conseil fédéral propose que si le revenu effectivement réalisé est inférieur d'au moins 5 % au salaire usuel dans la branche, il convient de procéder automatiquement à un parallélisme des revenus. Nous approuvons une parallélisation automatique parce qu'elle permet d'amortir ainsi systématiquement les inconvénients liés aux salaires inférieurs à la moyenne. Nous tenons toutefois à signaler que la parallélisation ne peut remplacer la déduction du salaire statistique s'agissant du revenu avec invalidité, vu que la parallélisation se fonde sur le revenu de l'activité lucrative inférieur à la moyenne réalisé avant la survenance de l'invalidité.

→ **Nous approuvons la parallélisation systématique.**

3.3.3. Art. 26 al. 6 RAI – Revenu sans invalidité des personnes exerçant une activité lucrative indépendante

Nous approuvons qu'il soit prévu de mieux prendre en compte, dans la détermination du revenu sans invalidité, les particularités des personnes exerçant une activité lucrative indépendante. Nous soutenons notamment les précisions dans le rapport explicatif concernant l'art. 26 al. 6 let c RAI, selon lesquelles les revenus notamment des jeunes entreprises réalisées durant les premières années, et qui ne sont donc souvent pas représentatifs, ne sont pas considérés comme seuls déterminants.

À noter dans ce contexte que le Conseil fédéral a probablement fait une erreur typographique dans l'art. 26 al. 6 let. b RAI ; la let. b selon le rapport explicatif devrait en effet renvoyer à l'art. 26^{bis} al. 1 RAI et non pas à l'art. 26^{bis} al. 2 RAI.

3.4. Art. 26^{bis} RAI – Détermination du revenu avec invalidité

Dans l'art. 26^{bis} al. 1 RAI, le Conseil fédéral définit les conditions selon lesquelles le revenu avec invalidité repose sur le salaire concret réalisé par la personne assurée atteinte dans sa santé. Il part alors du principe que la personne concernée *tire tout le parti possible* de sa capacité fonctionnelle résiduelle.

On attend des personnes en situation de handicap qu'elles exploitent leur capacité fonctionnelle de performance. Or, si et comment elles y parviennent dépend en premier lieu du marché du travail et de la disponibilité des employeurs à engager des personnes handicapées. L'étude BASS déjà citée met en évidence les difficultés rencontrées par les personnes atteintes dans leur santé sur le marché du travail, qui sont bien plus souvent au chômage ou sous-employées que les personnes en bonne

santé. C'est pourquoi les personnes en situation de handicap doivent pouvoir disposer de conditions leur permettant de tirer profit de leur capacité fonctionnelle de performance et de s'adapter aux réalités du marché du travail. Afin de rester dans le processus de travail, elles doivent le cas échéant accepter un emploi moins bien rémunéré. L'art. 26^{bis} al. 1 RAI doit tenir compte de cette circonstance.

→ **Nous proposons la formulation suivante :**

Art. 26^{bis} al. 1 RAI

«¹ (...), le revenu avec invalidité correspond à ce revenu à condition que l'assuré exploite la totalité de sa capacité fonctionnelle résiduelle sur le marché du travail concret qui lui est accessible. »

Taux d'abattement du salaire statistique

Le Conseil fédéral propose en outre de supprimer le taux d'abattement en raison d'une atteinte à la santé, facteur jusqu'à présent pris en compte par la jurisprudence à hauteur de 25 % au maximum. En contrepartie, il prévoit dans l'art. 26^{bis} al. 3 RAI, d'une part, une déduction systématique de 10 % si la personne ne peut travailler plus qu'à 50 % ou moins en raison de son atteinte à la santé. D'autre part, le Service médical régional (SMR) est tenu, au sens de l'art. 49 al. 1^{bis} RAI, d'évaluer la capacité fonctionnelle de performance en prenant systématiquement en compte les restrictions dues à l'atteinte à la santé. Pour ce faire, le SMR doit le cas échéant contacter les médecins traitants afin d'être en mesure d'établir une évaluation cohérente et globale de la capacité fonctionnelle résiduelle compte tenu de tous les facteurs médicaux qui l'impactent.

Nous rejetons résolument la suppression du taux d'abattement en raison d'une atteinte à la santé sous la forme proposée. Tant que les barèmes ESS de l'Office fédéral de la statistique sont utilisés et qu'il n'est ainsi pas tenu compte des exigences spécifiques concernant le revenu avec invalidité¹⁴, l'on ne peut se passer d'un instrument de correction tel que le taux d'abattement en raison d'une atteinte à la santé.

Nous ne pourrions approuver la suppression du taux d'abattement en raison d'une atteinte à la santé qu'à la condition

- que l'on prenne comme base un barème ESS qui reste à créer et qui soit adapté à la détermination du revenu avec *invalidité* et
- que la capacité fonctionnelle des performances et son exploitabilité réelle sur le marché du travail soient évaluées dans la pratique de façon rigoureuse, systématique et surtout exhaustive, c.-à-d. en y associant tous les acteurs concernés.

Tant que ces conditions ne sont pas remplies, il faut impérativement maintenir le taux d'abattement en raison d'une atteinte à la santé appliquée au salaire statistique.

Font partie des acteurs concernés, outre le SMR, notamment les médecins traitants et les spécialistes de la réadaptation professionnelle¹⁵ ainsi que les responsables des centres de réadaptation et les employeurs. Les appréciations et les expériences en matière de réadaptation professionnelle sont indispensables à l'appréciation de la capacité fonctionnelle des performances ainsi qu'à son exploitabilité concrète.

Nous approuvons qu'il soit prévu de tenir compte, comme pratiqué jusqu'à présent et surtout désormais de manière systématique, du facteur du travail à temps partiel et de

¹⁴ cf. nos propos sous le chiffre 3.2.,

¹⁵ cf. également l'ATF [9C_534/2018](#), date d'extraction 10.02.2021

la réduction de salaire qui en découle. En revanche, la personne assurée ne doit pas s'attendre à une réduction de salaire seulement en cas de taux de travail de 50 % ou moins. Si un rendement de 50 % voire moins nécessite même un temps de présence total (100 %), elle doit d'autant plus s'attendre à une réduction de salaire. Car dans un tel cas, les frais d'infrastructure plus élevés pour un temps de présence de 100 %, mais une performance de 50 %, voire moins, donneront sans aucun doute lieu, comparés à un taux de travail de 50 % « classique » où il y a concordance entre temps de présence et performance, à un salaire plus bas.

→ **Nous rejettons résolument la suppression du taux d'abattement en raison d'une atteinte à la santé. Tant que les exigences spécifiques concernant le revenu avec invalidité ne sont pas prises en compte par le recours à des barèmes salariaux spécifiques, le taux d'abattement en raison d'une atteinte à la santé est à maintenir impérativement.**

→ **Nous proposons en outre la formulation suivante :**

Art, 26^{bis} al. 3, 2^e phrase RAI

«³ (...). Si l'assuré ne peut travailler qu'à un taux d'occupation de 50 % au plus après la survenance de l'invalidité, une déduction de 10 % pour le travail à temps partiel est opérée sur la valeur statistique. Cette déduction est appliquée également si l'assuré travaille certes à un taux d'occupation de 50 % au plus, mais qu'il ne peut fournir qu'une performance de 50 % au plus. »

3.5. Art. 27^{bis} RAI – Calcul du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel

Le Conseil fédéral propose d'exclure par voie d'ordonnance le cas particulier des personnes travaillant à temps partiel sans travaux habituels, un cas particulier qui avait été nouvellement créé dans quelques arrêts par le Tribunal fédéral depuis la nouvelle réglementation de la méthode mixte le 1.1.2018. Pour ce faire, il précise dans l'art. 24^{septies} al. 3 let. c RAI en liaison avec l'art. 27^{bis} RAI que l'activité lucrative et les travaux habituels non rémunérés sont complémentaires et que les deux domaines représentent ensemble toujours une valeur de 100 %. Une personne en bonne santé qui exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation inférieur à 100 % est par conséquent qualifiée de personne travaillant à temps partiel et son taux d'invalidité se détermine selon l'art. 27^{bis} RAI.

Nous approuvons le fait que l'activité lucrative et les travaux habituels non rémunérés soient à l'avenir considérés comme complémentaires et que les deux domaines réunis représentent par conséquent toujours une valeur de 100 %. Cette inégalité à l'égard des personnes travaillant à temps partiel qui n'accomplissent pas de travaux habituels est ainsi éliminée pour les futurs bénéficiaires de prestations.

Chez bon nombre de personnes travaillant à temps partiel, le taux d'invalidité a toutefois été déterminé depuis le 1.1.2018 (entrée en vigueur de la nouvelle méthode mixte de calcul) sans tenir compte du domaine complémentaire des travaux habituels. De ce fait, leur droit à la rente a le cas échéant été refusé ou elles se sont vu octroyer une rente AI trop faible. C'est pourquoi nous demandons que le droit à la rente de ces personnes travaillant à temps partiel — dont le droit à la rente a été évalué entre le 1.1.2018 et l'entrée en vigueur prévue au 1.1.2022 — soit adapté au nouveau système via des révisions d'office. Il convient par conséquent de prévoir une réglementation

dans les dispositions transitoires qui correspondre à celle introduite le 1.1.2018 concernant la nouvelle méthode de calcul mixte.¹⁶

→ **Nous approuvons la réglementation de l'art. 27^{bis} RAI, mais demande une disposition transitoire selon laquelle le droit à la rente des personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel, évalué entre le 1.1.2018 et l'entrée en vigueur prévue le 1.1.2022, est adaptée au nouveau système via une révision d'office.**

3.6. , Art. 49 al. 1^{bis} RAI – Tâches (des Services médicaux régionaux)

Dans l'art. 49 al. 1^{bis} RAI, le Conseil fédéral propose d'accorder davantage de poids à la détermination des capacités fonctionnelles en prévoyant que celle-ci tienne désormais également compte des limitations résultant de l'atteinte à la santé. Dans le rapport explicatif, il est à juste titre constaté que l'établissement d'une évaluation globale et compréhensible de la capacité fonctionnelle résiduelle nécessite de demander des renseignements auprès du médecin traitant. L'« Évaluation des expertises médicales dans l'assurance-invalidité »¹⁷, INTERFACE Politikstudien und Universität Bern, du 10 août 2020 préconise de renforcer le dialogue entre les SMR et les médecins traitants ainsi que d'associer les médecins du travail et les spécialistes de la réadaptation professionnelle au processus d'instruction au sein de l'assurance. La tâche consistant à examiner l'impact des troubles fonctionnels sur le poste de travail ne relève effectivement pas des seuls médecins. Des connaissances spécifiques concernant les postes de travail et le marché du travail sont nécessaires pour être en mesure d'évaluer l'influence des restrictions fonctionnelles dues à la maladie sur certaines activités et certains postes de travail, et pour pouvoir estimer l'exploitabilité de la capacité de travail. Il est en outre important de mettre à profit les résultats des mesures de réadaptation déjà effectuées pour évaluer la capacité fonctionnelle des performances et leur exploitabilité effective sur le marché du travail, afin de garantir un passage aussi réussi que possible entre réadaptation et activité lucrative. La collaboration, qui est donc indispensable pour l'évaluation de la capacité fonctionnelle des performances, devrait par conséquent être explicitement précisée dans l'art. 49 al. 1^{bis} RAI.

→ **Nous proposons la formulation suivante :**

Art. 49 al. 1^{bis} RAI

« 1^{bis} Lors de la détermination (...), les services médicaux régionaux tiennent compte de toutes les limitations qui résultent de l'atteinte à la santé (...) et justifient de manière compréhensible les capacités fonctionnelles retenues. Ils travaillent en étroite collaboration avec les médecins traitants, les spécialistes de la médecine du travail et de la réadaptation ainsi qu'avec les employeurs. »

3.7. Revendication supplémentaire : art. 32^{ter} RAI – Prise en compte des cotisations versées à l'AVS/AI lors de l'augmentation de la rente AI

Lorsqu'une personne se voit accorder une rente d'invalidité partielle et qu'elle continue de travailler à temps partiel, elle reste tenue de verser des cotisations à l'AVS/AI. Or comme l'a confirmé récemment le Tribunal fédéral dans son arrêt du 16.11.2020¹⁸, ces

¹⁶ cf. [disposition transitoire relative à la modification du 1^{er} décembre 2017](#), date d'extraction 10.02.2021.

¹⁷ cf. <https://www.news.admin.ch/news/message/attachments/63204.pdf>, date d'extraction 10.02.2021.

¹⁸ cf. ATF [9C 179/2020](#), date d'extraction 10.02.2021.

cotisations qui continuent d'être versées n'ont pas d'incidence sur la rente AI en cas d'aggravation ultérieure de l'état de santé et d'augmentation de la rente AI. Dans un tel cas, le calcul de la rente AI se base comme auparavant sur le seul revenu moyen déterminant lors de la survenance de l'invalidité partielle. En revanche, dans le domaine du deuxième pilier, les cotisations continuent d'être prises en compte après la survenance de l'invalidité partielle par une répartition de l'avoir en une partie passive et une partie active, cf. art. 14 et 15 OPP2. D'autre part, il est prévu également dans le cadre de la réforme de l'AVS en cours (AVS 21) que les cotisations versées à partir de l'âge de référence aient un impact sur la rente et puissent conduire à une majoration du montant de la rente. Pour que le versement des cotisations à l'AVS/AI influe sur la rente également en cas d'augmentation de la rente AI, le législateur est chargé, comme le précise le Tribunal fédéral dans son arrêt, du 16.11.2020¹⁹, d'introduire une disposition d'ordonnance en ce sens dans l'art. 32^{bis} RAI jusqu'à présent en vigueur (Bases de calcul en cas de renaissance de l'invalidité).

→ **Nous demandons l'introduction d'un article de l'ordonnance supplémentaire :**

Art. 32^{ter} RAI

« En cas d'augmentation du taux d'invalidité et par conséquent du droit à la rente de l'assuré, les bases de calcul de la rente versée jusqu'à présent restent déterminantes si elles sont plus avantageuses pour l'assuré. »

4. Bloc thématique 7 : Procédure et expertises

4.1. Remarques générales

Dans l'art. 44 LPGA et l'art. 57 al. 1 let. n LAI, le Parlement a procédé à des améliorations urgentes dans le domaine des expertises médicales. D'autres améliorations ont en outre été recommandées dans l'« Évaluation des expertises médicales dans l'assurance-invalidité », INTERFACE Politikstudien und Universität Bern, du 10 août 2020²⁰, en allemand (ci-après rapport d'experts). On peut se féliciter que l'OFAS ait d'ores et déjà pris de premières mesures via sa circulaire de l'AI n° 404, mesures qui sont à mettre en œuvre depuis le 1.1.2021. Par ailleurs, le Conseil fédéral a promis les 7.12.2020 et 14.12.2020, dans le cadre de ses réponses aux questions du conseiller national Benjamin Roduit « La recommandation sur la procédure de conciliation sera-t-elle adoptée telle quelle ? »²¹ et de la conseillère nationale Lilian Studer « Rapport du DFI sur les expertises AI. Optimisation de l'attribution aléatoire pour les expertises pluridisciplinaires »²², de prendre en compte les recommandations formulées dans le rapport d'experts.

Les organisations de personnes handicapées et en particulier les personnes en situation de handicap placent de grands espoirs dans la nouvelle réglementation des expertises médicales. Mais malheureusement, ces espoirs se voient d'emblée tempérés par le projet de RAI désormais disponible ; notamment le mode d'attribution

¹⁹ Cf. ATF [9C_179/2020](#), date d'extraction 10.02.2021.

²⁰ Cf. [«Evaluation der medizinischen Begutachtung in der Invalidenversicherung»](#). INTERFACE Politikstudien und Universität Bern, 10. August 2020, date d'extraction 10.02.2021.

²¹ Cf. Curia Vista [20.5932](#), date d'extraction 10.02.2021.

²² Cf. Curia Vista [20.6077](#), date d'extraction 10.02.2021.

des expertises monodisciplinaires de l'AI n'apporte en effet aucune amélioration comparé au mode d'attribution actuel qui laisse souvent supposer que les attributions sont orientées sur un résultat voulu. Mais après que le Parlement ait affirmé vouloir envisager, en particulier aussi dans ce domaine-là, de rendre la procédure d'instruction plus transparente et équitable, il est urgent de mettre en œuvre les correctifs nécessaires.

D'autre part, les organisations de personnes handicapées déplorent que la problématique mentionnée dans le rapport d'experts concernant les « moutons noirs » parmi les experts et les centres d'expertise, qui sont connues aussi bien du public que de l'OFAS, n'ait pas enfin été abordée. De notre point de vue, ces expertes et experts doivent être systématiquement contrôlés et le cas échéant privés de tout mandat d'expertise pour le compte de l'AI. D'ailleurs, divers offices AI ont probablement déjà contacté l'OFAS à ce sujet afin de souligner les importantes différences de qualité qu'ils ont constatées. Il est en effet totalement incompréhensible pour les organisations de personnes handicapées et les personnes en situation de handicap pourquoi il n'est toujours pas prévu de contrôler et de sanctionner rigoureusement ces « moutons noirs ».

4.2. Art. 41b RAI – Liste publique des experts mandatés

Selon l'art. 57 al. 1 let. n LAI, il incombe aux offices AI de gérer et de publier une liste des expertes et experts mandatés. L'art. 57 al. 2 LAI stipule que le Conseil fédéral peut définir des exigences et prévoir d'autres indications à porter sur la liste. Le Conseil fédéral propose à ce sujet l'art. 41b RAI.

Selon l'art. 41b al. 1 let. c ch. 3 RAI, il est prévu que la liste indique entre autres le nombre d'expertises ayant fait l'objet d'une décision entrée en force d'un tribunal. Nous estimons cependant que la liste ne devrait pas seulement indiquer l'issue d'une procédure judiciaire ; nous demandons en outre qu'elle recense également le nombre d'expertises sur lesquelles un office AI s'est basé dans le cadre des instructions resp. à la suite d'un grief, car les expertises ne donnent en grande partie lieu à aucune vérification par le tribunal.

→ **Nous approuvons la tenue d'une liste publique.**

→ **Nous proposons cependant le complément suivant :**

Art. 41b al. 1 let. c chiffre 3^{bis} RAI

« 3^{bis} nombre d'expertises prises en compte par les offices AI dans une décision entrée en force et non vérifiée par une instance judiciaire, classées selon qu'ils se sont basés pleinement, partiellement ou pas du tout sur l'expertise. »

L'art. 41b al. 2 RAI prévoit de répertorier les données selon l'année civile. Cela nous semble approprié, mais nous demandons une actualisation trimestrielle de la liste, telle que prévue également par la lettre circulaire de l'AI n° 404. Il s'agit d'une nécessité pour permettre que des irrégularités et carences soient détectées en temps utile. Dans l'art. 41b al. 2 RAI, il convient en outre de fixer le moment déterminant pour l'indication des dates (p. ex. date de l'expertise). La situation reste par exemple peu claire en cas de vérification par un tribunal : la date de l'expertise est-elle alors déterminante, ou plutôt la date de l'arrêt ?

→ **Nous demandons par conséquent :**

Dans l'art. 41b al. 2 RAI, la date à laquelle les données sont recensées est à préciser.

4.3. Art. 72bis RAI – Expertises médicales bi- et pluridisciplinaires

En se basant sur l'art. 44 al. 7 let. a LPGA, le Conseil fédéral propose dans l'art. 72^{bis} RAI que les expertises bidisciplinaires de l'AI soient désormais attribuées de manière aléatoire, comme c'est déjà le cas pour les expertises pluridisciplinaires de l'AI. D'autre part, il est prévu que les expertises bidisciplinaires de l'AI ne puissent être établies que par un centre d'expertises ayant signé une convention avec l'OFAS.

4.3.1. Expertises bidisciplinaires de l'AI

Nous approuvons l'introduction du principe aléatoire également pour l'établissement d'expertises bidisciplinaires de l'AI. Le Conseil fédéral tient ainsi compte des craintes que les assureurs attribuent les mandats d'expertises bidisciplinaires de manière volontairement orientée sur le résultat. Le mode d'attribution aléatoire peut empêcher les assureurs de mandater majoritairement ou exclusivement les expertes et experts qui leur fournissent des expertises et appréciations de la capacité de travail conformes à leurs attentes.

Nous critiquons cependant qu'il soit prévu de n'attribuer les mandats plus qu'aux centres d'expertises ayant signé une convention avec l'OFAS. Compte tenu du fait que bon nombre des centres d'expertises actuels sont organisés en SA ou en Sarl (ayant donc par définition une visée lucrative), il faudrait éviter leur domination trop importante. La nécessité d'être engagés par un centre d'expertises rendrait moins attrayante l'activité des expertes et experts travaillant jusqu'à présent de manière indépendante, si bien que certains d'entre eux pourraient y renoncer. Si les médecins indépendants ne pouvaient ainsi effectuer plus que des expertises monodisciplinaires, les efforts investis pour suivre les formations continues nécessaires à cette activité pourraient le cas échéant ne plus valoir la peine à leurs yeux. Or déjà aujourd'hui, les disponibilités des expertes et experts compétents travaillant de manière indépendante sont limitées. Les restrictions envisagées ne feraient même qu'aggraver ces problèmes de disponibilité. Afin de disposer d'expertes et d'experts suffisamment qualifiés, il faudrait en outre veiller à ce que cette activité soit suffisamment rémunérée. C'est pourquoi nous demandons que les expertises bidisciplinaires puissent également être attribuées à des « tandems d'experts » et non plus uniquement aux quelque 30 sociétés d'expertise comme c'est le cas actuellement.

Il nous est cependant incompréhensible que l'attribution aléatoire d'expertises bi- et pluridisciplinaires soit réglée exclusivement dans l'art. 72^{bis} RAI et qu'elle ne s'applique donc qu'au domaine de l'AI. Le principe aléatoire devrait bien davantage s'appliquer également aux autres assurances sociales (en particulier l'assurance-accidents) et la disposition de l'art. 72^{bis} RAI devrait par conséquent être reprise dans l'OPGA.

→ **Nous approuvons l'attribution des expertises bidisciplinaires selon le principe aléatoire.**

→ **Nous demandons par conséquent :**

Lors de l'attribution aléatoire d'expertises bidisciplinaires, il convient de ne pas seulement prendre en compte les centres d'expertises existants, mais aussi des tandems d'experts. L'attribution aléatoire d'expertises bi- et pluridisciplinaires doit être étendue à l'ensemble des domaines d'assurances sociales et ne pas se limiter aux seules expertises pour le compte de l'AI.

4.3.2. Expertises pluridisciplinaires

S'agissant des expertises pluridisciplinaires, nous déplorons le manque de mesures concrètes en réponse aux recommandations E5 du rapport d'experts; les carences du système actuel incitent en effet des experts et centres d'expertises à travailler pour plusieurs centres ou à créer des groupements de ces centres afin d'augmenter leurs chances d'obtenir des mandats. Cela permet de contourner systématiquement le principe d'attribution aléatoire, un moyen que certains centres d'expertises n'hésitent pas parfois à exploiter. Malheureusement, ni la circulaire AI n° 404 ni le présent projet de RAI ne tiennent compte des recommandations formulées dans le rapport d'experts, qui préconise de restreindre résolument la possibilité de multiplier les collaborations avec plusieurs centres d'expertises et de ne pas admettre de regroupements de ces centres. Le rapport d'experts propose ainsi de contrer les associations opaques entre centres d'expertises en faisant mention de façon transparente (p. ex. par la cosignature de l'expertise) de la personne qui coordonne l'expertise. Nous ignorons si l'OFAS a depuis lors fait parvenir ces recommandations aux centres d'expertises sous forme de directive, comme le Conseil fédéral l'a fait entrevoir dans sa réponse à la question de la conseillère nationale Lilian Studer « Rapport du DFI sur les expertises AI. Optimisation de l'attribution aléatoire pour les expertises pluridisciplinaires »²³ ().

Nous demandons résolument que les recommandations E5 du rapport d'experts soient rigoureusement mises en œuvre et que tout soit fait pour empêcher les collaborations multiples. À notre avis, il conviendrait aussi de vérifier l'indépendance organisationnelle et économique des centres d'expertises. Ainsi une personne ne devrait pas pouvoir être sociétaire de plusieurs centres d'expertises ou membre de la direction. En outre, personne ne devrait pouvoir dominer économiquement plusieurs centres d'expertises. Ce risque existe en particulier chez les sociétés anonymes, vu que leur actionnariat n'est le plus souvent pas connu.

→ **Nous demandons par conséquent :**

Il convient d'empêcher les collaborations multiples de même que la création d'associations entre centres d'expertises, et d'appliquer strictement les recommandations E5 formulées dans le rapport d'expertise. Les liens opaques entre centres d'expertises sont à contrer par des indications transparentes sur la personne qui coordonne l'expertise (p. ex. cosignature de l'expertise) et l'indépendance aussi bien organisationnelle qu'économique des centres d'expertises est à contrôler.

4.4. Art. 7j OPGA – Recherche de consensus

En se basant sur l'art. 44 al. 7 let. a LPGA, le Conseil fédéral propose dans l'art. 7j OPGA une recherche de consensus pour les expertises monodisciplinaires de l'AI ainsi que pour l'ensemble des expertises d'autres domaines des assurances sociales. Or, cette recherche de consensus ne doit s'appliquer que si l'assureur a préalablement admis d'éventuels motifs de récusation invoqués par la personne assurée contre l'expert désigné.

Notons tout d'abord que la proposition concernant l'examen des motifs de récusation au sens de l'art. 36 al. 1 LPGA n'est aucunement nouvelle ; en effet, la possibilité de faire valoir des motifs de récusation et de faire des contre-propositions ne date pas seulement de l'art. 44 al. 2 LPGA nouvellement introduit dans le cadre du

²³ cf. Curia Vista [20.6077](#), date d'extraction 10.02.2021.

développement continu de l'AI, mais déjà de l'art. 44 LPGA en vigueur. La disposition de l'art. 7j OPGA proposée à présent par le Conseil fédéral reprend cette « ancienne » réglementation et n'apporte par conséquent aucune plus-value en matière de procédure de conciliation.

Bien que le Conseil fédéral affirme dans son rapport explicatif qu'il règle l'attribution des expertises conformément aux recommandations du rapport d'experts sur les expertises médicales dans l'AI, il en déroge diamétralement notamment en ce qui concerne la réglementation de la recherche de consensus dans l'art. 7j OPGA. Ce malgré le fait qu'il ait indiqué, dans sa réponse du 7.12.2020 à la question posée par le conseiller national Benjamin Roudit « La recommandation sur la procédure de conciliation sera-t-elle adoptée telle quelle ? »²⁴ que les recommandations formulées dans le rapport d'experts concernant les structures d'une procédure de conciliation ont été incluses intégralement dans le projet. À ce propos, nous prenons le Conseil fédéral au mot.

Le rapport d'experts propose une procédure de conciliation préalable et préconise, si aucun accord ne devait être trouvé, d'utiliser le modèle d'une expertise commune. L'assureur et la personne assurée doivent alors dans un premier temps s'accorder sur le choix d'un ou de plusieurs experts indépendants. Pour ce faire, soit l'assureur remet à la personne assurée une liste des expertes ou experts entrant en ligne de compte et c'est à elle de choisir, soit l'assureur propose une experte ou un expert et la personne assurée peut faire une contre-proposition à partir d'une liste d'experts. Si aucun accord n'est trouvé, l'expertise doit être réalisée en commun par deux experts. Il incombe alors à l'assureur et à la personne assurée de désigner une experte ou un expert par discipline et c'est à eux deux d'établir l'expertise en commun et à faire des propositions visant à éliminer d'éventuelles divergences.

Nous considérons comme inacceptable que l'art. 7j OPGA tel que proposé ne prévoie une recherche de consensus que s'il existe un motif de récusation, vu que dans la pratique, les motifs de récusation (p. ex. parenté, intérêt personnel de l'experte ou de l'expert) ne sont pour ainsi dire jamais admis²⁵. Nous demandons par conséquent que la procédure de conciliation telle que recommandée dans le rapport d'experts soit reprise, car celle-ci est entièrement conçue de sorte à viser l'obtention d'un accord et elle renforce effectivement les droits des personnes assurées dans la procédure de conciliation. En effet, seul un véritable accord peut conduire à une meilleure acceptation des résultats et réduire la probabilité de litiges judiciaires pouvant durer des années. Si l'on maintient de fait l'actuel système qui prévoit déjà la possibilité de faire valoir des motifs de récusation, cela ne change strictement rien au statu quo.

Les expériences faites sur le terrain montrent clairement que la mise en œuvre d'une véritable procédure de conciliation permet en règle générale tout à fait de parvenir à un accord. Il ne sera donc pratiquement jamais nécessaire de procéder à une expertise commune telle que proposée dans le rapport d'experts. Or quant à la recherche de consensus proposée par le Conseil fédéral, on ne saurait parler d'une véritable procédure de consensus. Bien au contraire, la proposition dans l'art. 7j OPGA constitue même une régression, non seulement parce qu'elle cimenter la pratique jusqu'ici poursuivie, mais notamment aussi parce qu'elle a en plus pour effet d'empirer

²⁴ cf. Curia Vista [20.5932](#), date d'extraction 10.02.2021.

²⁵ cf. arrêt du Tribunal fédéral du 17.7.2020, [9C_232/2020](#), date d'extraction 10.02.2021.

la situation actuelle ; il se trouve que certains offices AI visent déjà aujourd'hui, dès le début, à obtenir un consensus qu'ils ne rendent pas dépendant de l'existence de motifs de récusation au sens de l'art. 36 al. 1 LPGA.

Il convient en outre de garantir que la personne assurée se voie communiquer par l'assureur, en même temps que la possibilité de choix, où elle peut se faire conseiller quant au choix (p. ex. auprès du médecin traitant, de services de conseil juridique, d'organisations de patients et d'organisations de personnes handicapées).

→ **Nous rejettons résolument l'art. 7j OPGA et demande ce qui suit :**

La procédure de recherche de consensus proposée par le rapport d'experts sur les expertises médicales dans l'AI est à reprendre dans son intégralité. Si elle devait ne pas être reprise, nous serions favorables à ce que le principe aléatoire s'applique également à l'attribution des expertises monodisciplinaires.

Il faut garantir par voie de directive que la personne assurée soit informée par l'assureur dans le cadre de la procédure de recherche de consensus sur les offres de conseils existantes.

→ **Nous proposons la formulation suivante :**

Art. 7j al. 1 OPGA

«¹ L'assureur et la personne assurée doivent trouver un accord sur le choix de l'experte ou de l'expert. S'ils ne parviennent à aucun accord, l'assureur et la personne assurée désignent chacun une experte ou un expert. Les experts désignés établissent l'expertise en commun. »

4.5. Art. 7k OPGA – Enregistrement sonore de l'entretien

4.5.1. Art. 7k al. 2 OPGA – Renonciation à un enregistrement sonore

Sur la base de l'art. 44 al. 6 LPGA, le Conseil fédéral propose dans l'art. 7 k al. 2 OPGA que la personne assurée ait la possibilité de renoncer à l'enregistrement sonore soit avant le début de l'expertise en avisant l'assureur de sa décision, soit immédiatement avant ou après l'entretien avec l'experte ou l'expert.

La possibilité offerte à la personne assurée de renoncer à l'enregistrement sonore fait partie de son droit à l'auto-détermination. Or il se peut, selon les circonstances, que la personne assurée ne soit plus en mesure d'exercer cette auto-détermination lorsqu'elle se trouve face à l'experte ou l'expert immédiatement avant ou après l'entretien. En effet, une personne qui, dans une situation très sensible telle qu'une expertise, se voit confrontée à la question de la nécessité d'un enregistrement sonore, se trouve soumise à une pression dont l'experte ou l'expert peut consciemment ou inconsciemment profiter. D'autre part, le rapport de confiance ne devrait pas être troublé avant l'entretien par l'évocation d'une renonciation. C'est pourquoi il faut absolument éviter d'évoquer aussi bien la possibilité d'une renonciation à l'enregistrement sonore immédiatement avant le début de l'entretien que celle d'un effacement de l'enregistrement juste après l'entretien. Mais dans tous les cas, une renonciation annoncée immédiatement après l'entretien ne pourrait être validée et l'enregistrement sonore effacé qu'une fois cette renonciation confirmée à l'égard de l'assureur, par exemple dans un délai de 10 jours.

Par ailleurs, il peut tout à fait arriver qu'une personne assurée dise renoncer dans un premier temps, avant l'expertise et en le signalant à l'assureur, à un enregistrement

sonore, mais qu'elle souhaite quand même, juste avant l'entretien, que celui-ci soit enregistré. Il est par conséquent nécessaire que l'art. 7k al. 2 OPGA règle également la révocation de la renonciation immédiatement avant le début de l'entretien.

Il convient par ailleurs de garantir que la personne assurée soit informée, quant à la question d'une renonciation à l'enregistrement sonore, des conséquences d'une renonciation (p. ex. quant à l'absence de preuves des propos tenus durant l'entretien). L'enregistrement sonore peut revêtir une haute importance rétroactivement, en particulier en cas de recours aux services de traductrices et traducteurs pour lesquels il n'existe à ce jour toujours pas de règles d'agrément homogènes applicables au niveau national ; d'après des cas rapportés par les médias, il n'est en effet pas rare que les interprètes fassent de graves fautes de traduction même devant les tribunaux²⁶ (). Dans ce contexte, il faut attirer l'attention sur la nécessité d'effectuer, pour les entretiens traduits par des interprètes en langue de signes, un enregistrement vidéo au lieu d'un enregistrement sonore.

Il s'agit en outre de garantir que l'enregistrement sonore soit effectué à l'aide d'un dispositif discret afin de ne pas troubler le déroulement de l'entretien.

→ **Nous approuvons l'enregistrement sonore de l'entretien. Nous sommes également favorable – si certaines conditions sont remplies – à la possibilité offerte à la personne assurée de renoncer à l'enregistrement sonore.**

→ **Nous proposons cependant les formulations et compléments suivants :**

Art. 7k al. 1 OPGA

«¹ Lorsqu'il annonce une expertise, l'assureur doit informer la personne assurée de l'enregistrement sonore, de son but et de son utilisation. Il signale à la personne assurée qu'elle peut renoncer à l'enregistrement sonore au sens de l'art. 44 al. 6 LPGA. »

Art. 7k al. 1^{bis} OPGA

«^{1bis} Lors d'entretiens en présence d'un-e interprète en langue des signes, l'enregistrement sonore doit être remplacé par un enregistrement vidéo. »

Art. 7k al. 2 OPGA

«² (...) suite. La renonciation annoncée à l'assureur peut être révoquée également juste avant le début de l'entretien auprès de l'experte ou de l'expert. Dans ce cas, ce dernier transmet à l'assureur une confirmation écrite de la révocation de la renonciation. »

Art. 7k al. 2^{bis} ATSV

«^{2bis} La renonciation à l'enregistrement sonore peut également être annoncée à l'experte ou l'expert juste après l'entretien. Dans ce cas, l'enregistrement sonore ne doit pas être effacé ou transmis à l'assureur avant que la personne assurée ait fait parvenir à l'assureur une confirmation écrite de sa renonciation. Une renonciation à l'enregistrement sonore juste avant le début de l'examen n'est pas autorisée. »

4.5.2. Art. 7k al. 6 OPGA — Droit d'écoute accordé à la personne assurée

Dans l'art. 7k al. 6 OPGA, le Conseil fédéral décrit l'enregistrement sonore comme faisant partie intégrante de l'expertise. D'autre part, il propose que l'enregistrement sonore ne puisse être écouté que dans le cadre de la procédure d'opposition, de la révision et de la reconsidération ainsi qu'en cas de contentieux et durant la procédure de préavis de l'AI. Dans son rapport explicatif, le Conseil fédéral précise que cela

²⁶ Cf. l'émission 10vor10 du 18.1.2021, [Falsche Übersetzungen an Schweizer Gerichten](#), date d'extraction 10.02.2021.

permet ainsi de garantir que l'enregistrement sonore ne puisse être entendu qu'en cas de contentieux. Le Conseil fédéral veut éviter par là, probablement pour des raisons de protection de la personnalité de la personne assurée, que d'autres assureurs puissent écouter à volonté les enregistrements sonores dans le cadre de leur droit à la consultation du dossier. Il n'y a rien à objecter à cela.

À souligner, en revanche, que cela doit se limiter exclusivement à la protection de la personnalité et de la sphère privée de la personne assurée. Les expertes et experts en particulier n'y ont pas d'intérêt digne de protection vu que leur activité d'expertise constitue une fonction d'ordre public. Il convient donc de garantir que la personne assurée puisse écouter et utiliser l'enregistrement sonore à tout moment dans le cadre de son droit de consulter le dossier, et pas seulement en cas de contentieux. C'est le seul moyen dont disposent p. ex. la personne assurée elle-même ou sa conseillère resp. son conseiller juridique ou sa représentante resp. son représentant juridique, de vérifier si les entretiens et examens mentionnés dans l'expertise ont effectivement eu lieu comme tels, et c'est le seul moyen permettant le cas échéant d'éviter justement un tel contentieux. D'autre part, la personne assurée doit pouvoir disposer librement de l'enregistrement sonore une fois en sa possession.

→ **Nous proposons la formulation suivante :**

Art. 7k al. 6 OPGA

«⁶ L'enregistrement sonore fait partie intégrante de l'expertise. Il doit être remis à la personne assurée en tout temps à sa demande et elle peut en disposer librement. L'enregistrement sonore ne peut en outre être écouté que dans le cadre de la procédure d'opposition (art. 52 LPGA), de la révision (...). »

4.6. Art. 71 OPGA — Exigences concernant les experts et centres d'expertises

Se basant sur l'art. 44 al. 7 let. b LPGA, le Conseil fédéral détermine dans l'art. 71 OPGA les exigences professionnelles que doivent posséder les experts médicaux. Étant donné qu'il n'existe pas de critères d'admission uniformes dans le système actuel et qu'il règne un manque total de transparence dans ce domaine, nous approuvons la définition des critères d'admission. L'existence de critères clairs et la gestion transparente d'une liste d'expertes et d'experts peuvent contribuer à rétablir la confiance à l'égard des expertises médicales.

→ **Nous approuvons la définition de critères d'admission.**

4.6.1. Art. 71 al. 1 let. d OPGA — Expérience clinique

Selon l'art. 71 al. 1 OPGA, les experts médicaux doivent disposer d'un titre fédéral de médecin spécialiste resp. d'un diplôme de médecine étranger équivalent reconnu selon la commission des professions médicales de l'OFSP (MEBEKO) (let. a), ils doivent être inscrits dans le registre des professions médicales (let. b) et disposer d'une autorisation cantonale de pratiquer (let. c). Les expertes et experts doivent en outre disposer d'une expérience clinique d'au moins cinq ans dans un cabinet médical ou dans une fonction dirigeante au sein d'un hôpital (let. d).

Nous approuvons les exigences professionnelles telles que prévues dans l'art. 71 al. 1 let. a-c OPGA. En revanche, nous ne sommes qu'en partie d'accord avec la proposition dans l'art. 71 al. 1 let. d OPGA. Nous demandons en effet que les experts médicaux soient tenus d'attester d'une expérience clinique non seulement acquise par le passé,

mais qu'ils poursuivent, durant leur activité d'experts, l'exercice d'une activité clinique dans une mesure significative. C'est le seul moyen de garantir qu'ils ne perdent pas le lien avec la pratique pendant leur activité d'experts. Il s'agit par ailleurs de la seule façon possible d'empêcher qu'ils ne tirent leurs revenus exclusivement de l'activité d'experts et se retrouvent ainsi économiquement dépendants des assureurs. La dépendance économique comporte en effet le risque qu'ils fournissent aux assureurs qui les mandatent des appréciations complaisantes, et non indépendantes, de l'état de santé de la personne assurée. Le fait de limiter le nombre annuel d'expertises établies par une experte ou un expert permettrait sans aucun doute également d'empêcher une dépendance économique.

→ **Nous demandons par conséquent :**

Le nombre annuel d'expertises pouvant être établies par les experts doit être limité.

→ **Nous proposons en outre la formulation suivante :**

Art. 71 al. 1 let. d OPGA

« d. disposent (...) et poursuivent une activité clinique dans une mesure significative. »

4.6.2. Art. 71 al. 2 OPGA — Certificat attestant d'une formation médicale postgraduée et continue

Dans l'art. 71 al. 2 OPGA, le Conseil fédéral propose que les spécialistes en médecine interne générale, en psychiatrie, en neurologie, en rhumatologie, en orthopédie ou en chirurgie orthopédique doivent être titulaires d'une certification de Swiss Insurance Medicine (SIM).

Nous approuvons cette exigence supplémentaire d'une formation postgraduée et continue en médecine des assurances. Or, nous considérons comme problématique, aussi bien du point de vue de la politique de la réglementation que de celui du droit de la concurrence, de vouloir cimenter une position de monopole de la SIM par voie réglementaire. C'est pourquoi nous demandons que la formation postgraduée et continue accomplie en médecine des assurances puisse également faire l'objet de certifications équivalentes (p. ex. Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM)).

→ **Nous proposons la formulation suivante :**

Art. 71 al. 2 OPGA

« ² (...) d'une certification de Swiss Insurance Medicine (SIM) ou d'une certification équivalente. »

4.6.3. Art. 71 al. 4 OPGA — Compétence pour vérifier les exigences professionnelles

Se basant sur l'art. 44 al. 7 let. b OPGA, le Conseil fédéral détermine dans l'art. 71 OPGA les exigences professionnelles à remplir par les experts médicaux. En revanche, la question de savoir qui vérifie si les exigences professionnelles et les directives en matière de qualité sont remplies au sens de l'art. 71 al. 1 à 3 OPGA n'a pas été réglée de façon satisfaisante. Dans l'art. 71 al. 4 OPGA, le Conseil fédéral prévoit que les expertes et les experts ainsi que les centres d'expertises doivent fournir sur demande aux assureurs et aux organes d'exécution les documents nécessaires à la vérification de leurs qualifications professionnelles et du respect des exigences qualitatives. Cette disposition ne précise toutefois pas si le Conseil fédéral considère

les différents assureurs et organes d'exécution comme compétents en matière de vérification ou s'il prévoit que cette compétence incombe à la Commission fédérale d'assurance qualité des expertises médicales.

Déjà rien qu'en raison des 26 offices AI cantonaux, il nous ne paraît pas efficace que chaque assureur et chaque organe d'exécution se charge de cette vérification, d'autant que les petits offices AI ne disposent guère des ressources leur permettant de procéder à des vérifications approfondies. De plus, si plusieurs assureurs sont chargés d'effectuer les mêmes vérifications, cela conduit à d'importants chevauchements. On ne peut en outre pas raisonnablement exiger des experts et centres d'expertises de traiter les demandes de 26 offices AI, en plus de celles émanant d'autres assureurs. Enfin, l'obligation de rechercher les informations essentielles auprès de douzaines d'instances rendrait la consolidation des données bien plus difficile. C'est pourquoi nous demandons la désignation d'une autorité d'admission compétente au niveau national chargée de tenir une liste des expertes et experts admis qui soit accessible au public. Il s'agit du seul moyen qui permette de satisfaire suffisamment à l'exigence de transparence.

→ **Nous demandons par conséquent :**

La compétence en matière de vérification des exigences professionnelles et qualitatives au sens de l'art. 71 OPGA doit être clairement réglée et confiée à une instance centrale chargée de recenser et de vérifier les informations et documents pour toute la Suisse, p. ex. l'OFSP ou l'OFAS. À cette instance doit également incomber la tâche de consolider les documents et informations et de les transmettre à la Commission fédérale d'assurance qualité des expertises médicales sous une forme qui permette à cette dernière d'en faciliter la vérification. Il convient alors de garantir que les expertes et experts admis soient mentionnés dans une liste accessible au public et valable pour toute la Suisse.

4.7. Art. 7m OPGA – Commission fédérale d'assurance qualité des expertises médicales

Se basant sur l'art. 44 al. 7 let. c LPGA, le Conseil fédéral propose dans l'art. 7m OPGA que la Commission fédérale d'assurance des expertises se compose de 13 membres. Il est frappant de constater que le Conseil fédéral propose, dans la lettre h, une seule personne destinée à représenter les organisations de patients et de personnes en situation de handicap. En revanche, selon la lettre s, il prévoit que les assurances sociales soient représentées par deux personnes.

Dans la proposition du Conseil fédéral, les organisations de patients et les organisations de personnes handicapées sont clairement sous-représentées, ce que nous considérons comme incompréhensible et inacceptable. Notamment les deux « parties adverses » impliquées dans les procédures relevant du droit des assurances sociales, soit les personnes assurées et les assureurs, doivent à notre sens obligatoirement être prises en compte de façon égale. Il va de soi que nous sommes volontiers disposés à soumettre au Conseil fédéral des propositions concernant des représentantes et représentants des organisations de patients et de personnes en situation de handicap.

→ **Nous approuvons l'institution d'une Commission fédérale d'assurance qualité des expertises médicales.**

→ **Nous proposons toutefois la composition suivante:**

Art. 7m let. h OPGA

«h. deux représentants des organisations de patients et de personnes en situation de handicap.»

4.8. Art. 7n al. 1 et 2 OPGA – Commission fédérale d'assurance qualité des expertises médicales: tâches

Dans les art. 7n al. 1 et 2 OPGA, le Conseil fédéral détermine les tâches de la Commission fédérale d'assurance qualité des expertises médicales. À notre avis, il ne ressort toutefois pas de façon claire et évidente des deux alinéas comment la Commission est censée exercer la surveillance de l'admission, de la procédure et des résultats des expertises médicales tels que le prévoit l'art. 44 al. 7 let. c LPGA. L'énoncé de l'art. 44 al. 7 let. c LPGA manque à notre avis de clarté et doit être reformulé. Il s'agit de garantir que la Commission fédérale puisse assurer notamment sa tâche qui consiste à surveiller les résultats des expertises médicales, et donc sa tâche consistant à en vérifier le contenu en cas d'anomalies et de problèmes structurels; et ce en particulier également en consultant les dossiers concernés (y c. le cas échéant les enregistrements sonores).

→ **Nous demandons par conséquent:**

Les tâches à assumer par la Commission fédérale d'assurance qualité des expertises médicales au sens de l'art. 44 al. 7 let. c LPGA, et en particulier celle de la surveillance de l'admission, de la procédure et des résultats des expertises médicales, sont à définir de façon plus claire et évidente.

5. Bloc thématique 8: Ordre de priorité de l'art. 74 LAI

5.1. Remarques générales

Le développement continu de l'assurance-invalidité, qui fut amorcé par la révision de la LAI, poursuit des objectifs justes et essentiels. La création d'un ordre de priorité, la position claire en faveur de l'inclusion ainsi que la volonté de promouvoir l'innovation, que les organisations de l'aide privée aux personnes handicapées ont d'ailleurs fait avancer sans relâche entre 2001 et 2020 sans financement supplémentaire de la Confédération, constituent les piliers centraux d'une intégration réussie et durable des personnes en situation de handicap aussi bien sur le plan professionnel que social ; ces piliers contribuent par ailleurs de façon déterminante à la mise en œuvre de la CDPH et de la politique menée par la Confédération et les cantons en faveur des personnes handicapées. Le Conseil fédéral reconnaît par là que l'inclusion pose des exigences aux offres de prestations et aux organisations, et que les besoins de soutien de toutes les personnes en situation de handicap ont augmenté, en particulier ceux des jeunes et des personnes atteintes dans leur santé psychique.

→ **Nous soutenons ces objectifs et reste disponible pour y apporter sa contribution. En revanche, nous rejetons les modalités de mise en œuvre de ces objectifs telles que proposées dans le projet de règlement sur l'assurance-invalidité (RAI) pour les raisons suivantes :**

Il convient de souligner avec force que ces objectifs ne pourront pas être réalisés si l'on propose en même temps de réduire les offres de soutien destinées aux personnes en situation de handicap. Les prestations fournies par l'aide privée aux personnes handicapées ne sont en effet aucunement substituables. Le présent projet de RAI ne tient compte ni des besoins réels des personnes handicapées ni du bénéfice des prestations existantes notamment car

le présent ordre de priorité prévoit une sélection basée uniquement sur le seul critère de savoir si des prestations sont nouvellement élaborées ou non,

définit désormais un plafond des aides financières qui prévoit une réduction des moyens jusqu'à présent disponibles et qui exclut toute adaptation future sur la base de l'évolution attestée des besoins et

le développement de nouvelles prestations est financé par des réductions qui remettent en cause la couverture des besoins existants.

Le présent projet de RAI risque de réduire également les mesures en faveur de l'inclusion à un rôle d'alibi. Or, l'inclusion est un changement de paradigme et ne peut pas être déléguée exclusivement aux organisations de l'aide privée aux personnes handicapées. Outre le fait de se contenter de mentionner l'inclusion, le texte du règlement incite peu à penser que le Conseil fédéral et les autorités assument à leur tour l'obligation qui leur incombe dans ce processus impliquant la société toute entière, et qu'ils mènent dès lors une réflexion sur leur propre action, leurs structures, leurs offres et processus.

5.2. Art. 108 al. 1^{er} RAI – Inclusion

Avec l'art. 108 al. 1^{er} RAI, le Conseil fédéral veut renforcer la CDPH et, concrètement, l'objectif de l'inclusion dans le domaine des aides financières destinées à l'aide privée aux personnes handicapées. Cette intention doit être saluée également à la lumière du développement de la politique en faveur des personnes handicapées de la Confédération et des cantons. Nous soutenons sans réserve l'encouragement de l'inclusion aussi bien comme objectif que comme condition d'octroi d'aides financières destinées aux organisations. Or, nous sommes également conscients qu'il s'agit là d'un processus à long terme qui concerne la société dans son ensemble et que sa mise en œuvre effective nécessite d'être traitée de façon nuancée pour chaque prestation et chaque groupe cible. La notion d'inclusion est conçue de façon clairement trop étroite lorsque le rapport explicatif concernant le RAI affirme qu'il s'agit de « responsabiliser les institutions subventionnées et d'orienter plus largement leurs prestations ainsi qu'elles-mêmes en tant qu'entreprises vers les objectifs de la CDPH » (p. 63). Il n'incombe pas aux seules organisations de personnes handicapées, qui poursuivent et encouragent d'ores et déjà ces objectifs de promouvoir l'inclusion et la mise en œuvre de la CDPH. Comme le Conseil fédéral le précise dans son rapport sur la politique du handicap²⁷, la « **politique en faveur des personnes handicapées n'est donc plus (exclusivement) une politique sociale, c'est aussi une tâche transversale interdisciplinaire qui nous concerne tous.** » Le Conseil fédéral et les

²⁷ Cf. Politique en faveur des personnes handicapées de la Confédération et des cantons, rapport du Conseil fédéral du 9.5.2018, chapitre 3.1.1, page 15

autorités sont eux aussi appelés à mettre en œuvre le concept de l'inclusion dans une approche interdépartementale, au lieu d'en rester à la formulation d'une exigence à l'égard des organisations de l'aide privée aux personnes handicapées. Le fait qu'il est nécessaire d'en souligner l'importance ressort notamment des premiers aperçus que l'on peut avoir de la mise en œuvre²⁸ des projets proposés selon l'art. 108^{septies} RAI : le processus que l'inclusion est censée faire avancer manque jusqu'à ce jour de toute prise en compte des personnes handicapées et de leurs organisations, et ce bien que la Suisse s'y soit engagée en ratifiant la CDPH.²⁹

→ **Nous approuvons que le Conseil fédéral se positionne clairement en faveur du principe d'inclusion. Il convient toutefois d'être conscient du fait que ce processus ne doit pas s'effectuer aux dépens des besoins existants, des prestations requises et des personnes en situation de handicap. Le changement de paradigme vers l'inclusion à tous les échelons de la société doit être abordé sous un angle qui dépasse celui des aides financières destinées aux organisations de l'aide privée aux personnes handicapées. Ce processus exige en effet impérativement des moyens supplémentaires et ne peut pas se réaliser via la réduction des moyens actuellement disponibles. Une réduction met en péril la couverture des besoins existants.**

5.3. Art. 108^{quater} IVV – Plafond des aides financières

Compte tenu du fait que le Conseil fédéral reconnaît l'objectif de l'inclusion et les exigences qui en résultent, on ne comprend pas la raison pour laquelle il prévoit, d'une part, d'inscrire un plafond dans le RAI, et d'autre part, de réduire les moyens aux dépens des personnes handicapées.

Selon le projet de RAI, le plafond des aides financières pour la période contractuelle 2024-27 s'élève à 156 Mio par année³⁰. Le rapport explicatif mentionne à ce sujet une valeur de départ pour la période contractuelle 2020-2023 qui correspond à ce montant. Or, on omet de signaler que l'OFAS avait toujours mis en perspective, dans le cadre des séances du groupe d'accompagnement, un montant de 158.8 Mio pour la période contractuelle 2020-2023³¹.

²⁸ Projet OFAS Wegleitung für die Gesuchseingabe Projekte art. 74 LAI, base de la séance du groupe d'accompagnement du 22.10.2020

²⁹ Cf. CDPH article 4 alinéa 3 «Dans l'élaboration et la mise en œuvre des lois et des politiques adoptées aux fins de l'application de la présente Convention, ainsi que dans l'adoption de toute décision sur des questions relatives aux personnes handicapées, les États Parties consultent étroitement et font activement participer ces personnes, y compris les enfants handicapés, par l'intermédiaire des organisations qui les représentent.»

³⁰ Montant global de 544 Mio pour 4 ans selon l'art. 108^{quater} projet règlement RAI, se chiffrant à 136 Mio par an en plus du volume de prestations de 20 Mio pour des prestations selon l'article 101^{bis} LAVS

³¹ Groupe d'accompagnement art. 74 LAI: présentations OFAS, Groupe de travail 1 sur le thème de l'ordre de priorité du 12.09.2018 et du 09.10.2018

D'autre part, on occulte ainsi le fait que le volume contractuel a été réduit durant les 10 années passées :

Contribution annuelle aux prestations selon l'art. 74 LAI et l'art. 101^{bis} LAVS:

- Période contractuelle 2011-2014 161.5 Mio.³²
- Période contractuelle 2015-2019 157.4 Mio.³³
- Période contractuelle 2020-2023 154.4 Mio.³⁴

Cette réduction de plus de 7 Mio n'est nullement liée à la réduction des prestations fournies par les organisations de personnes handicapées. Au contraire, elles sont nombreuses à avoir considérablement élargi leur volume de prestations durant ce laps de temps. Ces besoins supplémentaires ont été attestés dans le cadre du reporting annuel entre autres sous forme d'un surplus de prestations³⁵, mais n'ont pas fait l'objet d'un financement supplémentaire en raison de l'article 108^{quater} al. 1 RAI en vigueur selon lequel la contribution versée à une organisation faîtière ne peut excéder le montant pour la période contractuelle précédente. Au lieu d'utiliser ce plafond pour les prestations, l'OFAS a procédé à une réduction continue des aides financières effectives et rendu cette situation de plus en plus difficile. Certaines organisations faîtières ont connu des réductions suite à une baisse des prestations ou suite au calcul du « substrat de capital », ce qui a entraîné globalement une réduction du volume contractuel.

Dans son message relatif au développement continu de l'assurance-invalidité³⁶, le Conseil fédéral a précisé concernant les aides financières selon l'article 74 LAI que « **seule la pratique existante est toutefois inscrite dans la loi, sans influence sur les organisations de l'aide privée aux invalides.** »

Si le Conseil fédéral maintient son intention d'inscrire un plafond dans le RAI, il faut alors que le volume contractuel pour la période 2024-27 soit fixé à au moins le montant initial prévu pour la période contractuelle 2011-2014 de 161.5 Mio.

Nous rejetons dans le principe un plafonnement arbitraire par l'inscription d'un montant maximal dans le RAI. L'énoncé du RAI en vigueur permet le versement de subventions pour des prestations nouvelles ou élargies dont le besoin est prouvé durant une période contractuelle, et il prévoit un supplément pour les périodes contractuelles suivantes si l'offre ne couvre pas le besoin. Avec la nouvelle réglementation, le Conseil fédéral fixerait un plafond rigide qui ignore aussi bien l'évolution démographique que la sous-couverture des besoins actuelle et démontrée par la recherche³⁷ et que la pandémie du Covid-19 a encore davantage aggravée. **La CDPH exige explicitement des États parties de veiller à ce que les personnes**

³² Cf. Übersicht BSV über die IV-AHV-Beiträge der Organisationen der privaten Behindertenhilfe für die Periode 2011-2014, datiert vom 17.10.2012/aeg

³³ Cf. Übersicht BSV über die vereinbarten maximalen/IV-AHV-Beiträge der Organisationen der privaten Behindertenhilfe, datiert vom 17.10.2015/aeg

³⁴ Cf. Übersicht BSV über die IV-Beiträge 2020-23, datiert 10.2.20/voa

³⁵ De nombreuses organisations de l'aide privée aux personnes handicapées ont attesté, dans le cadre du reporting annuel à l'att. de l'OFAS, d'un surplus de prestations, c.-à-d. que les organisations ont fourni, vu les besoins, des prestations (heures) supplémentaires selon l'art. 74 LAI, sans bénéficier d'aides financières.

³⁶ Cf. Message relatif à la modification de la loi sur l'assurance-invalidité (développement continu de l'AI) du 15.02.2017, p. 2539.

³⁷ Bedarfs- und Angebotsanalyse der Dienstleistungen nach Art. 74 IVG vom 14.07.2016, Rapport de Recherche N° 15/16, Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, Seiten IX, X, XI, Kapitel 4 Bedarf an Unterstützung (Seiten 45 bis 69), Kapitel 5.1 Analysen zur allokativen Effizienz / ungedeckter Bedarf im Vergleich zum Gesamtbedarf (Seiten 73 bis 75), Kapitel 8.1.3 Fazit und Gesamtbeurteilung zur allokativen Effizienz (Seite 142 bis 143).

handicapées aient accès à une *gamme de services à domicile*³⁸ pour leur permettre de vivre dans la société en toute autonomie. En outre, « les États Parties prennent les mesures appropriées pour donner aux personnes handicapées accès à l'accompagnement dont elles peuvent avoir besoin pour exercer leur capacité juridique. »³⁹

La proposition dans le projet de RAI est d'autant plus irritante que le Conseil fédéral fixe en même temps, pour le versement d'aides financières visant à promouvoir l'aide aux personnes âgées selon l'art. 224^{bis} RAVS, le montant maximum annuel sur la base d'une analyse des besoins, sans prévoir de plafond. Au même titre qu'il est prévu de responsabiliser les organisations de personnes handicapées, selon l'art. 108^{ter} al. 3 RAI, pour qu'elles adaptent leurs prestations périodiquement aux besoins, il faut que le Conseil fédéral soit lui aussi tenu, en sa qualité d'organe de pilotage, de déterminer systématiquement les besoins.

On peut vivement se féliciter que le montant maximum soit adapté au renchérissement. Jusqu'à présent, l'art. 108^{quater} RAI permettait certes à l'OFAS d'adapter le montant au renchérissement ; or, la dernière compensation du renchérissement date de 2003.

→ **Nous demandons par conséquent :**

Un montant maximum fixé pour les prestations doit prendre en considération le besoin effectif et son évolution, et doit en conséquence être déterminé et fixé périodiquement. Il doit être possible pendant une période contractuelle de réagir à des développements nouveaux et imprévus.

→ **Nous proposons la formulation suivante :**

Art. 108^{quater} al. 1 et 2 RAI (selon modèle de l'art. 224^{bis} al. 1 et 2 RAVS) :
«¹Tous les quatre ans, le Conseil fédéral fixe le montant maximal des aides financières versées aux organisations de l'aide privée aux personnes handicapées en tenant compte du renchérissement.

² L'OFAS élabore les bases permettant de fixer ce montant maximal. Il évalue l'adéquation, l'économicité et l'efficacité des aides financières allouées et détermine les besoins existants. Les personnes en situation de handicap et leurs organisations y sont associées. »

5.4. Art. 108^{quinquies} RAI – Calcul des aides financières

Il faut dans le principe saluer la tentative du Conseil fédéral d'apporter, en raison du manque de transparence latent et de l'incertitude des dernières périodes contractuelles, de la clarté dans le domaine de l'attribution des moyens. Ce manque de transparence concernait toutefois en particulier l'octroi effectif des moyens par l'OFAS resp. l'octroi incomplet de ces moyens et leur report non déclaré dans le Fonds de compensation de l'AI, malgré les besoins non couverts des bénéficiaires de prestations en Suisse. Dans la présente modification du RAI, cette problématique n'est abordée qu'en apparence dans l'art. 108^{quinquies} al. 3 et 4 qui prévoit désormais que le report des moyens non utilisés soit du moins déclaré. Dans le contexte de la couverture actuellement insuffisante des besoins, des défis à venir et de la situation exacerbée par la pandémie du Covid-19, il faut impérativement se focaliser sur la question de

³⁸ Cf. CDPH article 19 Autonomie de vie et inclusion dans la société, let. b

³⁹ Cf. CDPH article 12 Reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité, alinéa 3

savoir comment ces moyens peuvent être utilisés, au lieu d'introduire en catimini des mesures d'économie injustifiées et contre-productives. De plus, cela conduit à légitimer après coup une procédure qui, malgré l'engagement contraire réitéré par l'OFAS selon lequel les moyens destinés aux prestations selon l'art. 74 LAI seront maintenus, a entraîné ces dernières années des économies qui s'élèvent d'ores et déjà à 57,4 Mio au total :

2015-2017

Diminution des versements

Base : présentation séance Groupe d'accompagnement du 18.09.2018 17.5 Mio.

2018-2019

Estimation

Calcul 17,5 Mio. (trois ans, cf. ci-dessus) sur deux ans 11.5 Mio.

2020-2023

Différence :

Aide financière disponible 161.5 Mio.

Aide financière versée 154.4 Mio.Différence annuelle 7.1 Mio. 28.4 Mio.Total des économies 2015-2023 57.4 Mio.

Il est inacceptable dans ce contexte de créer un système qui entraînera des réductions supplémentaires. Les moyens prévus doivent être réinvestis conformément à leur but.

Par la nouvelle réglementation dans l'art. 108^{quinquies} al. 1 et 4 RAI, le Conseil fédéral tente de favoriser le développement de l'aide privée aux personnes handicapées. Cette exigence doit être saluée et l'innovation comme objectif est voulue et soutenue par l'ensemble des organisations de personnes handicapées notamment dans la perspective de l'inclusion. Or, la réglementation proposée implique une réduction de 3 % du financement des prestations existantes, bien que qu'une étude mandatée par de l'OFAS en 2016 ait empiriquement démontré **que les besoins sont plus importants que l'offre et que la qualité des prestations existantes est considérée comme élevée selon une enquête de satisfaction réalisée auprès des bénéficiaires**⁴⁰.

L'orientation sur les besoins, de même que la qualité et le développement continu des **prestations existantes** sont déjà clairement réglés et exigés dans l'art. 108^{bis} al. 1^{bis} RAI ainsi que l'art. 108^{ter} al. 3 RAI. Le fait de vouloir en plus poursuivre le développement de prestations par le biais d'un mécanisme d'attribution de projets crée des chevauchements inutiles et un surcroît de travail administratif pour toutes les instances impliquées.

En ce qui concerne le **développement de nouvelles prestations**, l'intention d'en prévoir le financement doit être saluée. Néanmoins il est inacceptable, au vu des baisses de moyens démontrées ci-dessus, de prévoir que cela s'effectue au détriment des prestations existantes. Par ailleurs, l'innovation telle que souhaitée ne peut pas se réaliser dans un système rigide et hostile à la nouveauté tel que le prévoit le présent projet de directive de l'OFAS. Un processus d'innovation nécessite de la souplesse et

⁴⁰ Cf. Bedarfs- und Angebotsanalyse der Dienstleistungen nach Art. 74 IVG vom 14.07.2016, Forschungsbericht Nr. 15/16, Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, Kapitel 5.4 Zufriedenheit der Nutzenden, Nutzen der Dienstleistungen (Seiten 88 bis 96)

de l'adaptabilité aux situations ; il ne peut se réaliser, enfermé dans un carcan rigide tel que le prévoit l'OFAS, par le biais de contrats de prestations établis seulement tous les 4 ans et portant sur les prestations existantes. Dans ce contexte de base, on peut se permettre le reproche que le véritable objectif de cette réglementation n'est pas d'amorcer un développement innovant des prestations fournies par l'aide privée aux personnes handicapées, mais une nouvelle fois de réaliser des économies.

Un véritable **ordre de priorité** de l'art 74 LAI n'apparaît pas dans cette réglementation tel que supposé par le rapport explicatif (p. 11). L'art. 108^{quinquies} al. 2 RAI entraîne des réductions linéaires de toutes les prestations, hormis de celles ayant été élaborées en tant que nouveaux projets lorsque les requêtes concernant des aides financières dépassent le plafond. Le seul critère dans cet ordre de priorité porte donc sur la question de savoir si une prestation nouvelle a été mise en place. Cette solution ignore qu'il existe des prestations fournies par l'aide privée aux personnes handicapées dont il est prouvé qu'elles couvrent les besoins fondamentaux ; il ne faut en aucun cas les réduire au motif que d'autres prestations sont nouvellement élaborées. Le présent ordre de priorité est dénué de tout travail de fond préalable nécessaire à l'élaboration de son contenu, ainsi que d'une évaluation des besoins et d'une gestion auxquelles on pourrait s'attendre de la part du Conseil fédéral dans le contexte de cette thématique.

- **Nous approuvons l'intention de financer de nouveaux projets en faveur de l'inclusion et d'une évolution des besoins. Or, ce financement ne doit pas s'effectuer par le biais d'une réduction des prestations existantes, mais, comme le Conseil fédéral l'exige des prestations fournies par l'aide privée aux personnes handicapées, il doit être adéquat, économique, moderne et ciblé ; sans moyens supplémentaires ni structures souples, il n'est pas possible de promouvoir l'innovation.**
- **Il ne faut pas légitimer la pratique actuelle qui consiste, malgré des besoins non couverts, à ne pas utiliser tous les moyens à disposition et de les reporter dans le Fonds AI. Les moyens inexploités sont à utiliser pour la couverture des besoins effectifs ou pour le financement de prestations et projets selon l'art. 74 LAI.**
- **Nous demandons par conséquent la reformulation de l'art. 108^{quinquies} RAI :
Art. 108^{quinquies} RAI
«¹ **Le montant selon l'article 108^{quater} est utilisé dans sa totalité pour des prestations selon l'article 108^{bis} al. 1 et leur développement. Chaque organisation est tenue d'attester à l'égard de l'OFAS avoir utilisé au moins 3 % de ces moyens pour le développement de ces prestations.**
² **Si les requêtes soumises dépassent le plafond fixé dans le (nouvel) article 108^{quater} alinéa 1, les aides financières demandées sont octroyées selon l'ordre de priorité fixé par le Conseil fédéral. L'ordre de priorité définit les critères d'octroi en fonction des besoins déterminés ainsi que de l'adéquation, de l'économicité et de l'efficacité des aides financières.**
Al. 3 : supprimer
³ **Si le montant fixé à l'al. 1 n'est pas entièrement utilisé, le solde est annulé.**
⁴ **Si le montant n'a pas été entièrement utilisé à la fin d'une période contractuelle, les moyens inexploités sont utilisés pour le financement de projets visant à développer de nouvelles prestations au sens de l'article 108^{septies}. »****
- **Nous signalons que l'art. 108^{sexies} RAI devient par conséquent caduc et doit être supprimé.**

Les principaux avantages de cette proposition d'élargissement (reformulation) sont les suivants :

- Pas de réduction des prestations actuelles aux dépens des personnes en situation de handicap. La crise du Covid-19 frappe les personnes handicapées de manière particulièrement dure et entraîne une régression significative du point de vue de l'inclusion.
- Au lieu que seules quelques organisations développent (ou puissent développer) leurs prestations par le biais d'un financement de projet, toutes les organisations de l'aide privée aux personnes handicapées s'engagent à faire avancer le développement de leurs prestations.
- Le développement des prestations existantes est encouragé en tant que mesure intégrée sans surcroît de travail administratif. Le financement de projet proposé par le Conseil fédéral entraîne un important surcroît de travail pour l'OFAS et les organisations (demandes de projet/évaluations de projets/contrats/rapports, etc.).
- Les organisations sont soutenues dans leurs efforts visant à promouvoir l'inclusion, au lieu de l'affaiblir suite à des réductions linéaires.

5.5. Art. 108^{septies} RAI – Projets

Avec l'art. 75 LAI, le législateur a conféré au Conseil fédéral la compétence de déterminer un ordre de priorité. L'art. 108^{septies} RAI délègue cette compétence à un office fédéral (OFAS), ce qui n'est pas recevable. Il convient en outre de déterminer un ordre de priorité en y associant les personnes handicapées et leurs organisations.

L'objectif des projets tel que décrit dans le rapport explicatif concernant le RAI, qui vise à pouvoir réagir de manière plus flexible aux besoins des groupes cibles (p. 66), ne peut toutefois pas être atteint par une règle de pourcentage rigide et une unique soumission de projets tous les quatre ans : en effet, le projet de directive relative à la soumission de projets que les organisations de personnes handicapées représentées au sein du groupe d'accompagnement ont reçu de la part de l'OFAS prévoit une unique délai pour la soumission de projets par période contractuelle.

En ce qui concerne le point central sur lequel le RAI entend orienter l'exigence d'inclusion, nous constatons — en contradiction totale avec ce qui est annoncé — que ni le RAI ni la directive reçue ne prévoient d'associer les personnes handicapées ou leurs organisations à l'évaluation des projets.

L'ordre de priorité doit avoir une portée globale. Il n'est pas possible que l'octroi de projets visant à promouvoir de nouvelles prestations en constitue le seul élément.

→ Nous demandons par conséquent :

Il doit incomber au Conseil fédéral (et non à l'OFAS) de déterminer l'ordre de priorité en y associant les personnes en situation de handicap et leurs organisations ; l'ordre de priorité doit s'appliquer aux aides financières dans leur globalité, au lieu de se limiter au seul octroi de projets (cf. chiffre 5.4).

Si les projets ont aussi vocation à faire avancer l'inclusion, l'OFAS doit d'autant plus concevoir le processus d'octroi et d'évaluation des projets de manière inclusive.

Si l'innovation est encouragée également par le biais de fonds de projets, le financement et la gestion de projets ne doivent pas être enfermés dans le carcan rigide des contrats de prestations et des périodes contractuelles.

Les fonds encore inutilisés (cf. chiffre 5.4) sont à affecter aux projets.

→ **Nous proposons la formulation suivante :**

Art. 108^{septies} al. 2 RAI :

«²**Le Conseil fédéral fixe un ordre de priorité en y associant les personnes handicapées et leurs organisations et règle :**

a. (...)

b. (...). »

5.6. Art. 110 RAI – Procédure

Pour bon nombre d'organisations faïtières, la réduction du délai de reporting à quatre mois prévue par l'art. 110 al. 2 let. b RAI est une mesure qui, compte tenu des procédures nécessaires, ne peut être mise en œuvre pour des raisons administratives, est inutile et ne fera que compromettre massivement la qualité des données transmises. Il n'apparaît en outre pas clairement quel bénéfice l'OFAS espère tirer d'une remise des données dans un délai raccourci de deux mois. Actuellement, les organisations faïtières attendent généralement, après la remise des données de reporting à l'OFAS, au moins un an ou davantage avant de recevoir le rapport de situation.

Les organisations faïtières travaillant avec plusieurs sous-traitants ont particulièrement besoin du délai de 6 mois pour établir leur reporting. Avant le début du reporting, les quelque 500 sous-traitants doivent établir leurs comptes annuels, les faire vérifier par un organe de révision et adopter par leur Assemblée générale. Le plus souvent, les comptes annuels révisés et adoptés ne sont disponibles qu'entre avril et juin. Les organisations faïtières assument, conformément à la CSOAPH, une importante fonction de contrôle et de pilotage de leurs sous-traitants. Elles doivent vérifier si les comptes annuels, la quantité des unités de prestations et le calcul des coûts des sous-traitants sont complets et corrects, et ensuite les consolider et les plausibiliser. Ce n'est qu'en procédant ainsi qu'elles peuvent assurer le maintien du haut niveau qualitatif des données de reporting. Un délai raccourci les oblige inévitablement à transmettre des données invérifiées à l'OFAS. En outre, depuis la nouvelle période contractuelle 2020-23, les données concernant tous les sous-traitants doivent être attestées en détail ; auparavant seules des données consolidées étaient nécessaires. Cela signifie d'ores et déjà un surcroît de travail administratif non financé par l'OFAS qui s'ajoute à la charge de travail administrative déjà importante liée au reporting à l'OFAS.

Les organisations d'entraide qui travaillent avec des volontaires et des bénévoles sont particulièrement impactées par la réduction du délai de reporting. Si la réduction du délai devait être maintenue, cela rendrait nécessaire de recourir davantage à des professionnels ; des organisations d'entraide disparaîtraient et se verraient remplacées par des professionnels plus onéreux, ce qui augmenterait les coûts sans améliorer la quantité ou la qualité des prestations fournies. Une telle évolution ne saurait correspondre à la volonté politique.

→ **Nous considérons comme inacceptable de réduire le délai de reporting à 4 mois.**

→ **Nous proposons par conséquent la formulation suivante :**

Art. 110 al. 2 let. b RAI :

« b. les documents qui doivent lui être remis pendant la période contractuelle au plus tard dans les six mois à compter de la fin de l'exercice annuel. »

6. Bloc thématique 10 : Contribution d'assistance

6.1. Remarques générales

Il est réjouissant que le Conseil fédéral profite des modifications du RAI dans le cadre du développement continu de l'AI pour mettre en œuvre les enseignements tirés de l'évaluation de la contribution d'assistance en ce qui concerne le montant du forfait de nuit et les besoins en prestations de conseil. En outre, le fait d'associer les organisations de personnes handicapées aux discussions et travaux suite à l'évaluation de la contribution d'assistance s'est avéré constructif et fructueux ; cela nous permet d'approuver les améliorations proposées dans le présent projet. Il se produira en revanche toujours des cas où les prescriptions du modèle CTT pour l'économie domestique ne pourront pas être respectées malgré les nouveaux forfaits de nuit.

6.2. Art. 39e al. 5 RAI – Déduction des montants alloués pour la surveillance de longue durée

L'art. 39 al. 5 RAI prévoit que les heures prises en compte par l'AI dans le cadre des prestations de soins médicaux pour la surveillance de longue durée en cas de traitements à domicile sont déduites proportionnellement du besoin d'aide dans le cadre de la contribution d'assistance. Il s'agit d'empêcher que la surveillance soit indemnisée à double. Nous approuvons la volonté d'empêcher les indemnités à double. Les parents d'enfants handicapés doivent toutefois se voir offrir la possibilité d'être déchargés dans la mesure où le besoin d'assistance de leur enfant dépasse celui d'un enfant non handicapé du même âge. Il est important que la déduction telle que proposée par le Conseil fédéral s'effectue proportionnellement et non en chiffres absolus.

→ **Nous soutenons la volonté d'empêcher les indemnités à double.**

→ **Nous considérons toutefois comme important de procéder à une déduction proportionnelle.**

6.3. Art. 39f al. 1 à 3 RAI — Montant de la contribution d'assistance et augmentation du forfait de nuit

L'art. 39f RAI prévoit d'adapter le montant de la contribution d'assistance à l'évolution actuelle des prix et des salaires. Dans l'al. 3, le montant maximum du forfait de nuit est ensuite adapté en fonction du modèle CTT du SECO et augmenté à 160,50 CHF par nuit. Nous approuvons expressément l'adaptation du forfait de nuit tel que proposée. Une hausse substantielle à tous niveaux s'impose en effet. On part du principe que l'échelonnement sera précisé par voie de directive en les orientant selon la proposition du GT-Assistance de l'OFAS (cf. rapport explicatif p. 13).

Nous saluons en outre expressément l'appui pris sur le modèle CTT. Nous regrettons en revanche que l'on renonce au supplément de 25 % prévu par le modèle CTT pour les heures de nuit actives. Il continuera donc d'y avoir des cas où les bénéficiaires d'assistance ne pourront respecter les dispositions CTT déclarées comme un droit impératif dans leurs cantons, ou devront en garantir le financement par d'autres sources. Cela concerne notamment les personnes nécessitant d'importants soins et ayant besoin d'une aide active de plus de trois heures par nuit. Il demeure ainsi difficile de payer, moyennant la contribution d'assistance, des salaires équitables et concurrentiels qui respectent les exigences du modèle CTT. Les raisons pour lesquelles le Conseil fédéral dit y renoncer sont de nature purement technique et il serait sans aucun doute possible de trouver des solutions.

Les montants maximaux de la contribution d'assistance doivent être augmentés de façon générale au plus tard lors de l'entrée en vigueur de la réforme de la prévoyance professionnelle (LPP 21) et de la hausse prévue des cotisations aux assurances sociales suite à la réduction de la déduction de coordination LPP.

- **Nous approuvons l'adaptation des forfaits de nuit et l'orientation au modèle CTT.**
- **Nous demandons que le supplément de 25 % prévu par le modèle CTT soit repris pour les heures actives de nuit.**
- **Nous signalons la nécessité d'augmenter les montants maximaux de la contribution d'assistance au moment de l'entrée en vigueur de la réforme de la prévoyance professionnelle (LPP 21).**

6.4. Art. 39i al. 2^{ter} RAI – Facturation

Selon l'art. 39i al. 2^{ter} RAI, les forfaits de nuit non facturés peuvent également être utilisés et facturés pendant la journée. Nous approuvons expressément la proposition d'une possibilité plus souple d'utiliser les forfaits de nuit non facturés également pendant la journée. En effet, les cas sont nombreux où l'assistance et les soins de nuit sont fournis par des membres de la famille dont l'indemnisation n'est toujours pas possible via la contribution d'assistance.

- **Nous approuvons la possibilité d'utiliser les forfaits de nuit non facturés également pendant la journée.**

6.5. Art. 39j al. 2 RAI – Conseil

Dans l'art. 39j al. 2 RAI, le Conseil fédéral propose que les bénéficiaires d'assistance puissent recourir tous les trois ans à des prestations de conseil à hauteur de 1 500 francs au maximum. Nous approuvons expressément l'élargissement des possibilités de recours aux prestations de conseil. Elle tient compte du fait qu'au fil du temps, les bénéficiaires peuvent avoir régulièrement de nouvelles questions à poser concernant l'assistance et la contribution d'assistance, questions qui au début ne se posaient pas encore sous cette forme. Le rôle d'employeuse ou d'employeur est en effet complexe et exigeant. Il convient de veiller à ce que l'obligation faite à la personne concernée de « *motiver de façon crédible son nouveau besoin de conseil* » (cf. rapport explicatif, p. 49) n'ait pas pour effet de lui rendre l'accès à cette prestation de facto impossible ou difficile et/ou que celle-ci soit accordée selon des modalités très différentes selon les cantons.

- **Nous approuvons l'élargissement des prestations de conseil.**
- **Nous demandons que les exigences posées à la motivation crédible du besoin de conseil ne soient pas trop élevées.**

6.6. Dispositions transitoires let. D – Révision et montant de la contribution d'assistance pour le service de nuit

La let. d des dispositions transitoires prévoit une augmentation de la contribution d'assistance pour le service de nuit à compter de l'entrée en vigueur de la modification, et donc vraisemblablement au 1.1.2022. Nous approuvons l'adaptation des droits en cours à compter de l'entrée en vigueur de la modification et partons du principe que les offices AI procéderont par eux-mêmes à la vérification des cas en cours.

- **Nous approuvons l'adaptation du forfait de nuit à compter de l'entrée en vigueur des modifications.**

6.7. Revendication supplémentaire : art. 39f al. 2 RAI — Élargissement de la qualification B

Selon l'art. 39f al. 2 RAI, la contribution d'assistance s'élève à Fr. 50.20 par heure si l'assistante ou l'assistant doit disposer de qualifications particulières pour fournir les prestations d'aide requises. Cette qualification dite B n'est toutefois prévue que pour les prestations d'aide fournies dans le cadre d'une activité d'intérêt public ou bénévole, d'une formation initiale ou continue ainsi que de l'exercice d'une activité lucrative sur le marché ordinaire de l'emploi (cf. art. 39c let. e à g RAI).

Dans la pratique, il s'avère que la contribution d'assistance joue un rôle extraordinairement important pour les enfants et adolescents gravement atteints dans leur santé. En même temps, les exigences posées aux assistantes et assistants sont élevées. Ils doivent par exemple être en mesure de procéder à une réanimation ou de prodiguer des soins d'urgence. Le recours à la qualification B doit par conséquent être possible notamment pour les actes de la vie quotidienne, de la participation sociale et des activités de loisirs. L'ouverture des cas d'application qui admettent une qualification B permet en outre de réduire les coûts des soins prodigués par un service de soins à domicile pour enfants, qui est bien plus onéreux. On peut partir du principe que cela permettrait de réduire les coûts globaux.

- **Nous demandons l'ajout du complément suivant :**

Art. 39f al. 2 RAI

«²Si l'assistant doit disposer de qualifications particulières pour fournir les prestations requises dans les domaines prévus à l'art. 39 a à g, le montant de la contribution d'assistance s'élève à Fr. 50.20 par heure. »

C Revendications supplémentaires

Art. 9 OMAI — Services de tiers

Selon l'art. 9 al. 1 OMAI, les assurés ont droit au remboursement des frais liés à l'invalidité, qui sont dûment établis et causés par les services spéciaux de tiers dont ils ont besoin, en lieu et place d'un moyen auxiliaire, pour aller à leur travail (let. a), exercer une activité lucrative (let. b) ou acquérir des aptitudes particulières permettant de maintenir des contacts avec l'entourage (let. c). L'art. 9 al. 2 OMAI prévoit un remboursement mensuel de 1 793 francs au maximum (état 2021).

Pour parvenir à atteindre les objectifs du développement continu de l'AI visant le renforcement du potentiel de réadaptation et de l'aptitude au placement, il est nécessaire que l'intervention des services de tiers ne soit pas limitée aux seuls domaines mentionnés par l'art. 9 al. 1 OMAI. Le recours aux services de tiers doit bien davantage être possible également en cas de mesures de réinsertion au sens de l'art. 14a LAI et en cas de mesures d'orientation professionnelle au sens de l'art. 15 LAI, car notamment les personnes sourdes ont besoin des services d'interprètes en langue des signes pour pouvoir participer à ces mesures.

→ **Nous proposons la formulation suivante :**

Art. 9 al. 1 let. d OMAI

« d. participer à des mesures de réinsertion au sens de l'art. 14a LAI et à des mesures d'orientation professionnelle au sens de l'art. 15 LAI. »

L'art. 9 al. 2 OMAI prévoit que le remboursement mensuel des services de tiers s'élève à 1 793 francs au maximum. Les personnes qui dépendent de services de tiers dans l'exercice de leur activité lucrative (p. ex. les personnes sourdes et aveugles) et dont on attend qu'elles exercent une activité lucrative d'une ampleur importante, ne peuvent souvent pas couvrir leurs dépenses effectives au moyen du montant mensuel maximal de 1 793 francs. Les phases de travail durant lesquelles les besoins de services fournis par des tiers sont plus importants (p. ex. en cas de séances ou de réunions en ligne plus fréquentes) et les phases où ces besoins sont moins importants (p. ex. en vacances) s'alternent. C'est pourquoi il est nécessaire de pouvoir faire intervenir les services de tiers de façon plus souple, par exemple en mettant à disposition des personnes concernées un montant annuel de 12 mois à 1 793 francs au maximum et donc de 21 516 francs par année. Cela pourrait par ailleurs permettre de réduire l'importante charge administrative des personnes assurées et des offices AI. À cet égard, il convient en outre de souligner que le montant actuel de 1 793 francs au maximum par mois pourrait vraisemblablement, notamment dans certaines situations professionnelles, s'avérer insuffisant pour couvrir les frais effectifs liés aux services de tiers. Exemple service d'interprétariat en langue des signes : tarif 170 francs par heure, en précisant qu'après 2,5 heures, la présence simultanée de 2 interprètes est nécessaire et doit être indemnisée.

→ **Nous proposons la formulation suivante :**

Art. 9 al. 2 OMAI

«²Le remboursement annuel ne doit dépasser ni le revenu annuel de l'activité lucrative de l'assuré ni une fois et demie le montant minimal annuel de la rente ordinaire de vieillesse. »

Nous vous remercions de nous avoir offert l'occasion de prendre position et vous prions de bien vouloir prendre en compte nos revendications.

Veillez agréer nos salutations les meilleures.

Aux noms des comités du GREA et de la CRIAD

P.O. Romain Bach