



# Règlement sur l'assurance-invalidité (RAI)

## Modification du 3 novembre 2021

---

*Le Conseil fédéral suisse  
arrête:*

I

Le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité<sup>1</sup> est modifié comme suit:

### *Remplacement d'expressions*

<sup>1</sup> Dans tout l'acte, «office fédéral» est remplacé par «OFAS».

<sup>2</sup> Dans tout l'acte, sauf à l'art. 14, al. 1, «Département fédéral de l'intérieur» et «département» sont remplacés par «DFI».

<sup>3</sup> À l'art. 14, al. 1, «du Département fédéral de l'intérieur (département)» est remplacé par «du DFI».

<sup>4</sup> Dans tout l'acte, «marché ordinaire de l'emploi» est remplacé par «marché primaire du travail».

### *Art. 1<sup>ter</sup>, al. 1*

<sup>1</sup> Le cas d'un assuré visé à l'art. 3a<sup>bis</sup>, al. 2, LAI peut être communiqué à l'office AI compétent en vertu de l'art. 40 en vue d'une détection précoce.

### *Art. 1quinquies*

#### *Abrogé*

### *Art. 1sexies, al. 2*

<sup>2</sup> Pendant la scolarité obligatoire, les mesures prévues à l'art. 7d, al. 2, let. c et d, LAI peuvent être octroyées aux assurés si elles leur facilitent l'accès à une formation professionnelle initiale ou l'entrée sur le marché du travail.

<sup>1</sup> RS 831.201

*Art. 2* Mesures médicales de réadaptation

<sup>1</sup> Sont considérées comme mesures médicales au sens de l'art. 12 LAI notamment les traitements chirurgicaux, physiothérapeutiques et 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.

<sup>2</sup> Les mesures médicales de réadaptation qui ne répondent pas aux principes de l'art. 14, al. 2, LAI peuvent aussi être prises en charge par l'assurance-invalidité:

- a. s'il s'agit d'un cas présentant un potentiel de réadaptation particulièrement élevé, et
- b. si les mesures de réadaptation permettent de réaliser des économies supérieures aux coûts des mesures médicales de réadaptation.

<sup>3</sup> Une mesure médicale de réadaptation doit être demandée auprès de l'office AI compétent avant le début du traitement au sens de l'art. 12 LAI. L'art. 48 LAI demeure réservé. Un pronostic favorable concernant la réadaptation, établi avant le début du traitement par le médecin traitant spécialisé, doit être joint à la demande.

<sup>4</sup> La nature, la durée et l'étendue d'une mesure médicale de réadaptation sont fixées dans la décision d'octroi, de même que le fournisseur de prestations. La durée ne peut pas dépasser deux ans. La mesure médicale de réadaptation peut être prolongée.

*Art. 2<sup>bis</sup>* Poursuite de mesures médicales de réadaptation après l'âge de 20 ans

<sup>1</sup> Les mesures d'ordre professionnel visées aux art. 15 à 18c LAI sont considérées comme pas encore terminées au sens de l'art. 12, al. 2, LAI:

- a. lorsqu'une nouvelle mesure d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18c LAI a été octroyée avant la fin de la précédente, ou
- b. lorsqu'une autre mesure d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18c LAI est prévisible et que le potentiel de réadaptation de l'assuré n'est pas encore épuisé.

<sup>2</sup> Si aucune mesure d'ordre professionnel au sens de l'al. 1, let. b, n'est octroyée dans les six mois suivant l'achèvement ou l'interruption de la dernière mesure d'ordre professionnel, les coûts des mesures médicales de réadaptation peuvent être pris en charge pendant six mois au plus après l'achèvement ou l'interruption de la dernière mesure d'ordre professionnel.

*Art. 2<sup>ter</sup>* Précision de notions au sens de l'art. 12 LAI

Les notions suivantes au sens de l'art. 12 LAI sont précisées comme suit:

- a. *formation professionnelle initiale*: toute formation professionnelle initiale, qu'elle soit ou non financée par l'assurance-invalidité;
- b. *capacité à fréquenter l'école*: capacité à fréquenter une école ordinaire, une école spéciale ou une école privée;

- c. *capacité à exercer une activité lucrative*: capacité à exercer un emploi sur les marchés primaire ou secondaire du travail.

### Art. 3 Infirmités congénitales

<sup>1</sup> Les notions suivantes au sens de l'art. 13, al. 2, LAI sont précisées comme suit:

- a. *malformation congénitale*: malformation d'organes ou de membres présente à la naissance;
- b. *maladie génétique*: affection due à une modification du patrimoine génétique, soit une mutation ou une anomalie génétique;
- c. *affection prénatale et périnatale*: affection qui existait déjà au moment de la naissance ou qui est apparue au plus tard sept jours après;
- d. *affection qui engendre une atteinte à la santé*: affection entraînant des limitations ou des troubles fonctionnels physiques ou mentaux;
- e. *affection qui présente un certain degré de gravité*: affection qui, sans traitement, entraîne des limitations fonctionnelles durables ne pouvant plus être complètement corrigées;
- f. *traitement de longue durée*: traitement durant plus d'une année;
- g. *traitement complexe*: traitement nécessitant l'intervention commune d'au moins deux disciplines médicales;
- h. *affection qui peuvent être traitées*: affection dont l'évolution peut être influencée favorablement par les mesures médicales visées à l'art. 14 LAI pour le traitement de l'infirmité congénitale.

<sup>2</sup> La simple prédisposition à une maladie n'est pas réputée infirmité congénitale.

<sup>3</sup> Le moment où une infirmité congénitale est reconnue comme telle n'est pas déterminant.

<sup>4</sup> La nature, la durée et l'étendue d'une mesure médicale au sens de l'art. 13 LAI sont fixées dans la décision d'octroi, de même que le fournisseur de prestations.

### Art. 3<sup>bis</sup> Liste des infirmités congénitales

<sup>1</sup> En vertu de l'art. 14<sup>ter</sup>, al. 1, let. b, LAI, 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.

<sup>2</sup> Il peut édicter des prescriptions détaillées concernant la liste.

### Art. 3<sup>ter</sup> Début et durée des mesures médicales pour le traitement des infirmités congénitales

<sup>1</sup> Le droit au traitement d'une infirmité congénitale s'ouvre avec la mise en œuvre de mesures médicales, mais au plus tôt après la naissance accomplie de l'enfant.

<sup>2</sup> Il s'éteint à la fin du mois au cours duquel l'assuré atteint l'âge de 20 ans.

*Art. 3<sup>quater</sup>**Abrogé**Art. 3<sup>quinquies</sup>* Prestations de soins fournies sous forme ambulatoire

<sup>1</sup> Sont considérées comme prestations de soins fournies sous forme ambulatoire au sens de l'art. 14, al. 1, let. b, LAI les mesures prises par du personnel soignant à des fins d'évaluation, de conseil et de coordination ainsi que d'examen et de traitement de l'assuré.

<sup>2</sup> Les traitements effectués dans un hôpital ou un établissement médico-social (EMS) ne sont pas considérés comme des prestations de soins fournies sous forme ambulatoire au sens de l'art. 14, al. 1, let. b, LAI.

<sup>3</sup> Si l'état de santé de l'assuré nécessite une surveillance de longue durée dans le cadre de la mise en œuvre d'une mesure d'examen et de traitement, l'assurance-invalidité rembourse les prestations fournies par du personnel soignant jusqu'à 16 heures par jour. L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) règle les cas dans lesquels un remboursement supplémentaire est indiqué.

<sup>4</sup> Le DFI édicte des dispositions d'exécution réglant le contenu et l'étendue des prestations de soins fournies sous forme ambulatoire.

*Art. 3<sup>sexies</sup>* Liste des spécialités en matière d'infirmités congénitales

<sup>1</sup> En vertu de l'art. 14<sup>ter</sup>, al. 5, LAI, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) établit, après consultation de la Commission fédérale des médicaments au sens de l'art. 37<sup>e</sup> de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal)<sup>2</sup>, la liste des médicaments destinés au traitement des infirmités congénitales (liste des spécialités en matière d'infirmités congénitales).

<sup>2</sup> Un médicament est ajouté à la liste des spécialités en matière d'infirmités congénitales:

- a. lorsqu'il est exclusivement indiqué pour le traitement des infirmités congénitales visées à l'art. 3<sup>bis</sup>, al. 1, et
- b. lorsqu'il commence à être utilisé avant l'âge de 20 ans dans la plupart des cas.

<sup>3</sup> Les dispositions d'exécution de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)<sup>3</sup> concernant la liste des spécialités sont applicables par analogie, à moins que le présent règlement n'en dispose autrement.

<sup>4</sup> Si les conditions de l'entrée en matière sur une demande au sens de l'art. 69, al. 4, OAMal sont remplies avant que l'Institut suisse des produits thérapeutiques ne délivre l'autorisation définitive, l'OFSP rend sa décision concernant la demande dans un délai raisonnable une fois l'autorisation en question délivrée.

<sup>2</sup> RS 832.102

<sup>3</sup> RS 832.10

*Art. 3septies* Remboursement des recettes supplémentaires

<sup>1</sup> Si le prix de fabrique d'un médicament, sur la base duquel le prix maximum est fixé au moment de son ajout dans la liste des spécialités en matière d'infirmi-tés congé-nitales, dépasse de plus de 3 % le prix de fabrique calculé lors de l'examen du caractère économique, et si les recettes supplémentaires ainsi réalisées s'élèvent à 20 000 francs au moins, le titulaire de l'autorisation est tenu de reverser ses recettes supplémentaires au Fonds de compensation de l'AI visé à l'art. 79 LAI.

<sup>2</sup> Le titulaire de l'autorisation est en outre tenu de rembourser au Fonds de compensa-tion de l'AI les recettes supplémentaires qu'il a obtenues:

- a. pendant la durée d'une procédure de recours, pour autant qu'il y ait une diffé-rence entre le prix applicable durant la procédure en question et le nouveau prix entré en force au terme de celle-ci, et que le titulaire de l'autorisation ait dégagé des recettes supplémentaires grâce à cette différence de prix;
- b. pendant les deux années suivant la baisse du prix de fabri-que due à l'extension des indications ou à la modification de la limitation au sens de l'art. 65f, al. 2, 1<sup>re</sup> phrase, OAMal<sup>4</sup>, pour autant que le chiffre d'affaires supplémentaire ef-fectivement réalisé ait été supérieur au chiffre d'affaires supplémentaire es-timé lors de la baisse du prix.

*Art. 3octies* Remboursement des coûts liés à la liste des spécialités en matière d'infirmi-tés congé-nitales

L'OFSP peut facturer annuellement au Fonds de compensation de l'AI les coûts liés à la liste des spécialités en matière d'infirmi-tés congé-nitales qui ne sont pas couverts par des honoraires.

*Art. 3novies* Analyses, médicaments, et moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques

<sup>1</sup> Pour autant qu'ils figurent sur les listes visées à l'art. 52, al. 1, LAMal<sup>5</sup>, l'assurance-invalidité rembourse:

- a. les spécialités pharmaceutiques et les médicaments confectionnés;
- b. les produits et les substances actives et auxiliaires employés pour la prescrip-tion magistrale;
- c. les analyses de laboratoire, et
- d. les moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques.

<sup>2</sup> Elle rembourse aussi:

- a. les médicaments destinés au traitement des infirmités congé-nitales au sens de l'art. 3sexies;
- b. les mesures diagnostiques servant au diagnostic ou au traitement d'une infir-mité congé-nitale et de ses séquelles.

<sup>4</sup> RS 832.102

<sup>5</sup> RS 832.10

*Art. 3<sup>décies</sup>* Remboursement de médicaments dans des cas particuliers

<sup>1</sup> Pour le remboursement des médicaments au sens de l'art. 14<sup>ter</sup>, al. 3, LAI, les dispositions d'exécution de la LAMal<sup>6</sup> relatives au remboursement de médicaments dans des cas particuliers s'appliquent par analogie, à moins que le présent règlement n'en dispose autrement.

<sup>2</sup> L'office AI rend dans un délai raisonnable une décision concernant les demandes de remboursement des médicaments dans des cas particuliers. L'OFAS définit dans des directives les cas où il doit être préalablement consulté.

*Art. 4<sup>bis</sup>**Abrogé**Art. 4<sup>quater</sup>, al. 1*

<sup>1</sup> Ont droit aux mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle les assurés capables d'y participer au moins huit heures par semaine.

*Art. 4<sup>quinquies</sup>* Genre des mesures

<sup>1</sup> Sont considérées comme mesures socioprofessionnelles les mesures d'accoutumance au processus de travail, de stimulation de la motivation au travail, de stabilisation de la personnalité, de socialisation de base et de développement de la capacité de travail.

<sup>2</sup> Sont considérées comme mesures d'occupation les mesures destinées à maintenir une structure régulière de la journée et la capacité de travail jusqu'à la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel ou jusqu'au début de rapports de travail sur le marché primaire du travail.

<sup>3</sup> Pour les assurés visés à l'art. 14a, al. 1, let. b, LAI, les mesures au sens des al. 1 et 2 doivent viser spécifiquement la réadaptation professionnelle après la scolarité obligatoire.

<sup>4</sup> Les buts et la durée de toutes les mesures de réinsertion sont fixés en fonction des aptitudes de l'assuré. Les mesures sont si possible effectuées en totalité ou en partie sur le marché primaire du travail.

*Art. 4<sup>sexies</sup>, al. 1, 3, let. a, et 4 à 6*

<sup>1</sup> La durée des mesures de réinsertion d'un an au sens de l'art. 14a, al. 3, LAI correspond à 230 jours de travail durant lesquels l'assuré participe à une mesure.

<sup>3</sup> Une mesure de réinsertion s'achève en particulier lorsque:

- a. le but fixé est atteint ou ne peut pas être atteint;

*4 Abrogé*

<sup>6</sup> RS 832.10

<sup>5</sup> Après une année, une mesure de réinsertion peut être prolongée d'une année supplémentaire au maximum:

- a. si la prolongation est nécessaire pour atteindre l'aptitude à la réadaptation en rapport avec les mesures d'ordre professionnel, et
- b. si une partie au moins de la mesure prolongée est effectuée sur le marché primaire du travail.

<sup>6</sup> L'assuré qui a suivi une mesure de réinsertion pendant deux ans au total a droit à nouveau à une telle mesure uniquement:

- a. s'il a entrepris, entre la dernière mesure de réinsertion dont il a bénéficié et la nouvelle mesure demandée, tout ce qui peut raisonnablement être exigé de lui en vue de sa réinsertion professionnelle;
- b. si son état de santé s'est amélioré ou détérioré.

*Art. 4septies*

*Abrogé*

*Insérer après le titre de la section B*

*Art. 4a*            Orientation professionnelle

<sup>1</sup> Une orientation professionnelle au sens de l'art. 15 LAI peut se composer des éléments suivants:

- a. des entretiens de conseil, des analyses et des tests diagnostiques réalisés par des professionnels;
- b. des mesures préparatoires à l'entrée en formation au sens de l'art. 15, al. 1, LAI;
- c. des mesures d'examen approfondi de professions possibles au sens de l'art. 15, al. 2, LAI.

<sup>2</sup> Sont considérées comme mesures au sens de l'al. 1, let. b, 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 visant à déterminer les aptitudes et les envies de l'assuré en matière de formations et à initier celui-ci aux exigences du marché primaire du travail. Ces mesures sont limitées à douze mois.

<sup>3</sup> Sont considérées comme mesures au sens de l'al. 1, let. c, les mesures se déroulant dans des entreprises du marché primaire du travail ou en institution et visant à déterminer les aptitudes et les envies de l'assuré concernant les professions et activités possibles. Ces mesures sont limitées à trois mois au total. En l'absence des connaissances nécessaires au choix de la profession ou de l'activité, les mesures peuvent être prolongées de trois mois au plus.

<sup>4</sup> Les objectifs et la durée des mesures visées aux al. 2 et 3 sont fixées individuellement en fonction des aptitudes de l'assuré. La mesure est interrompue en particulier:

- a. lorsque le but est atteint ou ne peut pas être atteint;
- b. lorsqu'une mesure de réadaptation plus appropriée s'impose;
- c. lorsque la poursuite de la mesure ne peut, pour des raisons d'ordre médical, être raisonnablement exigée.

*Art. 5* Formation professionnelle initiale

<sup>1</sup> Est réputée formation professionnelle initiale après l'achèvement de la scolarité obligatoire:

- a. toute formation professionnelle initiale au sens de la loi fédérale du 13 décembre 2002 sur la formation professionnelle (LFPr)<sup>7</sup>;
- b. la fréquentation d'une école supérieure, professionnelle ou universitaire;
- c. la préparation professionnelle à un travail auxiliaire ou à une activité en atelier protégé.

<sup>2</sup> La préparation ciblée à la formation professionnelle initiale est considérée comme faisant partie de cette formation si:

- a. le contrat d'apprentissage a été signé;
- b. la demande d'inscription dans une école supérieure a été déposée;
- c. le début de la préparation spécifique à la profession qui est nécessaire à la formation professionnelle initiale a été fixé.

<sup>3</sup> Dans des cas particuliers, la formation professionnelle initiale peut être considérée comme non achevée:

- a. lorsqu'une formation professionnelle initiale au sens de la LFPr est achevée sur le marché secondaire du travail, si les aptitudes de l'assuré lui permettent de suivre une formation professionnelle initiale au sens de la LFPr à un niveau de formation plus élevé sur le marché primaire du travail.
- 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.

<sup>4</sup> La préparation à un travail auxiliaire ou à une activité en atelier protégé doit autant que possible s'inspirer de la LFPr. Elle doit, si possible, se dérouler sur le marché primaire du travail.

<sup>5</sup> L'octroi d'une mesure de formation pratique au sens de l'art. 16, al. 3, let. c, LAI vaut pour la durée de la formation en question.

*Art. 5<sup>bis</sup>* Frais supplémentaires dus à l'invalidité

<sup>1</sup> L'assuré qui n'a pas encore achevé sa formation professionnelle a droit au remboursement des frais de formation supplémentaires dus à l'invalidité:

<sup>7</sup> RS 412.10



- a. lorsqu'il n'a pas encore tiré un revenu déterminant d'une activité lucrative équivalent à au moins trois quarts de la rente minimale visée à l'art. 34, al. 5, de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS)<sup>8</sup>, ou
- b. lorsqu'il a exercé un travail auxiliaire sans formation pendant moins de six mois.

<sup>2</sup> Lorsque l'assuré a débuté une formation avant d'être invalide ou si, sans invalidité, il aurait manifestement pu achever une formation moins coûteuse, les frais de cette formation servent de base de comparaison pour le calcul des frais supplémentaires dus à l'invalidité.

<sup>3</sup> Sont considérés comme des frais supplémentaires dus à l'invalidité les frais qu'une personne invalide, comparés à ceux d'une personne non invalide, doit assumer dans le cadre d'une formation professionnelle initiale ou d'une formation continue en raison de son invalidité.

<sup>4</sup> Les frais supplémentaires sont considérés comme importants s'ils s'élèvent au moins à 400 francs par an.

<sup>5</sup> Font partie des frais supplémentaires dus à l'invalidité:

- a. les dépenses faites pour acquérir les connaissances et l'habileté nécessaires;
- b. les frais d'acquisition d'outils personnels et de vêtements professionnels;
- c. les frais de transport.

<sup>6</sup> Si l'assuré est placé, en raison de son invalidité, dans un centre de formation, l'assurance-invalidité prend en charge les frais de nourriture et de logement.

<sup>7</sup> Si l'assuré a des frais supplémentaires du fait qu'il doit loger et prendre ses repas hors de chez lui et ailleurs que dans un centre de formation, l'assurance-invalidité prend en charge, sous réserve des conventions conclues (art. 24, al. 2):

- a. pour la nourriture, les montants visés à l'art. 90, al. 4, let. a et b;
- b. pour le logement, les frais nécessaires et attestés jusqu'à concurrence du montant visé à l'art. 90, al. 4, let. c.

#### *Art. 5<sup>ter</sup>* Perfectionnement professionnel

<sup>1</sup> Lors d'un perfectionnement professionnel, les frais supplémentaires supportés par l'assuré en raison de son invalidité sont pris en charge par l'assurance-invalidité s'ils atteignent au moins 400 francs par année.

<sup>2</sup> Le montant des frais supplémentaires se calcule en comparant les frais supportés par la personne invalide avec ceux qu'une personne non atteinte dans sa santé devrait probablement assumer pour la même formation.

<sup>3</sup> Font partie des frais reconnus par l'assurance, dans les limites de l'al. 2, les dépenses faites pour acquérir les connaissances et l'habileté nécessaires, les frais d'acquisition

d'outils personnels et de vêtements professionnels, les frais de transport ainsi que les frais de logement et de nourriture hors domicile découlant de l'invalidité.

<sup>4</sup> Le remboursement des frais de logement et de nourriture hors domicile se détermine, sous réserve des conventions conclues, d'après l'art. 5<sup>bis</sup>, al. 7.

*Art. 6, al. 2*

<sup>2</sup> Lorsqu'une formation professionnelle initiale a dû être interrompue en raison de l'invalidité de l'assuré, une nouvelle formation professionnelle est assimilée à un reclassement si le revenu acquis en dernier lieu par l'assuré durant la formation interrompue s'élevait à au moins 30 % du montant maximal visé à l'art. 24, al. 1, LAI.

*Art. 6<sup>quater</sup>, al. 1*

<sup>1</sup> L'employeur perçoit l'indemnité prévue à l'art. 18c LAI si l'assuré est absent pour cause de maladie pendant plus de 15 jours de travail en l'espace d'une année. L'indemnité est versée à partir du 16<sup>e</sup> jour d'absence, pour autant que l'employeur continue de verser un salaire à l'assuré ou qu'une assurance pour perte de gain accorde des prestations à ce dernier.

*Art. 6<sup>quinquies</sup> Location de services*

<sup>1</sup> Le montant de l'indemnité visée à l'art. 18a<sup>bis</sup>, al. 3, let. a, LAI est fixé dans la convention de prestations. Celle-ci peut prévoir une indemnisation particulière du bailleur de services en cas de placement réussi après la location de services. Le montant maximal de l'indemnité totale est de 12 500 francs par assuré.

<sup>2</sup> Une indemnité au sens de l'art. 18a<sup>bis</sup>, al. 3, let. b, LAI est en outre versée au bailleur de services si, durant l'exécution de la mesure, l'assuré est absent pour cause de maladie pendant plus de deux jours de travail consécutifs. L'indemnité est versée à partir du troisième jour d'absence, pour autant que le bailleur de services continue de verser un salaire à l'assuré ou qu'une assurance pour perte de gain accorde des prestations à ce dernier.

<sup>3</sup> L'indemnité visée à l'art. 18a<sup>bis</sup>, al. 3, let. b, LAI s'élève à:

- a. 48 francs par jour d'absence dans les entreprises employant jusqu'à 50 collaborateurs;
- b. 34 francs par jour d'absence dans les entreprises employant plus de 50 collaborateurs.

<sup>4</sup> Le droit à une indemnité en vertu de l'art. 18a<sup>bis</sup>, al. 3, let. b, LAI s'éteint au plus tard à la fin des rapports de travail. Le décompte de cette indemnité est établi au plus tôt après cette date.

<sup>5</sup> L'office AI décide de la durée nécessaire de la mesure. Celle-ci ne peut toutefois dépasser un an.

<sup>6</sup> Les indemnités visées aux al. 1 et 2 sont versées directement au bailleur de services par la Centrale de compensation.

*Art. 17* Durée de l'instruction

<sup>1</sup> L'assuré qui se soumet pendant deux jours consécutifs au moins à un examen ordonné par l'office AI pour juger du bien-fondé de sa demande a droit à une indemnité journalière pour chaque jour d'instruction.

<sup>2</sup> La durée de l'instruction qui précède l'octroi de prestations au sens de l'art. 16 LAI ne donne pas droit à des indemnités journalières.

*Art. 18, al. 1 et 2*

<sup>1</sup> L'assuré qui présente une incapacité de travail de 50 % au moins et qui doit attendre le début d'un reclassement professionnel a droit, durant le délai d'attente, à une indemnité journalière.

<sup>2</sup> Le droit à l'indemnité naît au moment où l'office AI constate qu'un reclassement professionnel est indiqué.

*Art. 19* Délai d'attente pendant la recherche d'un emploi

<sup>1</sup> L'assuré n'a pas droit à une indemnité journalière pendant la période durant laquelle il recherche un emploi convenable. Si toutefois la recherche d'un emploi est précédée d'une formation professionnelle initiale, d'un reclassement ou d'un placement à l'essai, l'assuré conserve le bénéfice de l'indemnité journalière pendant soixante jours au plus.

<sup>2</sup> Tant que l'assuré a droit à une indemnité journalière de l'assurance-chômage, il ne peut faire valoir aucun droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité.

*Art. 20<sup>ter</sup>* Indemnités journalières et rente d'invalidité

<sup>1</sup> Lorsque l'assuré a droit à une indemnité journalière, prestation pour enfant comprise, au sens des art. 23, al. 1, et 23<sup>bis</sup> LAI dont le montant est inférieur à la rente versée jusqu'ici, la rente continue d'être allouée au lieu de l'indemnité journalière.

<sup>2</sup> Lorsque, pendant la formation professionnelle initiale, l'assuré a droit à une indemnité journalière inférieure à la rente versée jusqu'ici, la rente est remplacée à l'expiration du délai mentionné à l'art. 47, al. 1<sup>bis</sup>, LAI par une indemnité journalière correspondant à un trentième du montant de la rente.

*Art. 20<sup>quater</sup>, al. 1 et 6*

<sup>1</sup> L'indemnité journalière continue d'être versée aux assurés qui doivent interrompre une mesure de réadaptation pour cause de maladie ou de maternité s'ils n'ont pas droit à une indemnité journalière d'une autre assurance sociale obligatoire ou à une indemnité d'une assurance pour perte de gain facultative dont le montant équivaut au moins à celui de l'indemnité journalière de l'assurance-invalidité.

<sup>6</sup> Les assurés contraints d'interrompre une mesure de réadaptation pour cause d'accident continuent de percevoir l'indemnité journalière de la manière suivante:

- a. pendant deux jours au plus après l'accident, s'ils sont assurés obligatoirement en vertu de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA)<sup>9</sup>;
- b. selon les mêmes règles qu'en cas de maladie en vertu des al. 1, 2 et 4, s'ils ne sont pas assurés obligatoirement en vertu de la LAA.

*Art. 20<sup>sexies</sup>, al. 1*

<sup>1</sup> Sont considérés comme exerçant une activité lucrative les assurés qui exerçaient une activité lucrative immédiatement avant la survenance de l'incapacité de travail (art. 6 LPGa).

*Art. 21<sup>quater</sup>, al. 1*

<sup>1</sup> L'indemnité journalière pour les personnes de condition indépendante est calculée d'après le dernier revenu obtenu sans atteinte à la santé, ramené au gain journalier, soumis au prélèvement des cotisations conformément à la LAVS<sup>10</sup>.

*Art. 21<sup>septies</sup>, al. 1, 4 et 5*

<sup>1</sup> Si l'assuré exerce une activité lucrative pendant sa réadaptation, l'indemnité journalière au sens de l'art. 22, al. 1, LAI est réduite dans la mesure où le montant cumulé de l'indemnité journalière et du revenu de cette activité excède le revenu déterminant au sens des art. 21 à 21<sup>quinquies</sup>.

<sup>4</sup> Si l'assuré a droit à une prestation pour enfant au sens de l'art. 22<sup>bis</sup>, al. 2, LAI, le revenu déterminant est majoré des montants minimaux, convertis en montants journaliers, de l'allocation pour enfant ou de l'allocation de formation professionnelle prévues à l'art. 5 de la loi fédérale du 24 mars 2006 sur les allocations familiales<sup>11</sup>.

<sup>5</sup> Si l'assuré, pendant la réadaptation, perçoit une rente d'invalidité au sens de la LAA<sup>12</sup>, l'indemnité journalière visée à l'art. 22, al. 1, LAI est réduite dans la mesure où le montant cumulé de l'indemnité journalière et de la rente excède le revenu déterminant au sens des art. 21 à 21<sup>quinquies</sup>.

*Art. 21<sup>octies</sup>, al. 3*

<sup>3</sup> L'indemnité journalière n'est pas réduite durant la formation professionnelle initiale.

*Art. 21<sup>novies</sup>* Garantie de maintien des droits acquis

L'indemnité journalière que l'assurance-invalidité verse à l'assuré en plus de la rente en vertu de l'art. 22<sup>bis</sup>, al. 6, LAI est au moins égale au montant de l'indemnité journalière que l'assuré perd en raison de la mise en œuvre d'une mesure si cette dernière indemnité était calculée sur la base du revenu de l'activité lucrative précédente.

<sup>9</sup> RS 832.20

<sup>10</sup> RS 831.10

<sup>11</sup> RS 836.2

<sup>12</sup> RS 832.20

*Art. 22*            Calcul de l'indemnité journalière pendant la formation professionnelle initiale

<sup>1</sup> En l'absence de contrat d'apprentissage au sens de la LFPr<sup>13</sup>, le montant mensuel de l'indemnité journalière correspond au montant arrondi vers le haut:

- a. en première année, d'un quart de la rente de vieillesse minimale visée à l'art. 34, al. 5, LAVS<sup>14</sup>;
- b. dès la deuxième année, d'un tiers de la rente de vieillesse minimale visée à l'art. 34, al. 5, LAVS.

<sup>2</sup> Si l'assuré a droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22, al. 3, LAI, celle-ci correspond au revenu mensuel médian lié à l'exercice d'une activité professionnelle des étudiants des Hautes écoles figurant dans l'Enquête sur la situation sociale et économique des étudiants de l'Office fédéral de la statistique.

<sup>3</sup> Dans le cas où l'assuré aurait droit à des indemnités journalières pendant sa formation professionnelle initiale, il y a également droit durant la préparation à cette formation, pour autant que les conditions énoncées à l'art. 5, al. 2, soient remplies. Le montant des indemnités est calculé conformément à l'al. 1. L'art. 22, al. 4, LAI demeure réservé.

<sup>4</sup> Pour les assurés qui doivent, en raison de leur invalidité, interrompre leur formation professionnelle initiale et en commencer une nouvelle, l'indemnité journalière est calculée sur la base de l'art. 24<sup>ter</sup> LAI. L'art. 6, al. 2, demeure réservé.

<sup>5</sup> Si l'assuré a droit à une prestation pour enfant au sens de l'art. 22<sup>bis</sup>, al. 2, LAI, le montant de l'indemnité journalière est majoré du montant de la prestation pour enfant selon l'art. 23<sup>bis</sup> LAI, à la condition que le revenu soit inférieur à celui fixé aux art. 13, al. 3, et 19, al. 1<sup>bis</sup>, de la loi fédérale du 24 mars 2006 sur les allocations familiales<sup>15</sup>.

*Art. 22quinquies, al. 1*

<sup>1</sup> Les allocations pour enfant et les allocations de formation professionnelle prévues par le droit fédéral, le droit cantonal et le droit étranger sont considérées comme des allocations prévues par la loi au sens de l'art. 22<sup>bis</sup>, al. 2, LAI.

*Titre précédant l'art. 24*

**G. Libre choix, collaboration et tarifs**

*Art. 24, al. 2 et 3*

<sup>2</sup> Les conventions prévues aux art. 21<sup>quater</sup>, al. 1, let. b, LAI sont conclues par l'OFAS.

<sup>3</sup> Pour les personnes et institutions qui appliquent des mesures de réadaptation sans avoir adhéré à une convention avec l'OFAS existante à l'échelle de la Suisse, les conditions fixées dans cette convention valent comme exigences minimales de

<sup>13</sup> RS 412.10

<sup>14</sup> RS 831.10

<sup>15</sup> RS 836.2

l'assurance-invalidité au sens de l'art. 26<sup>bis</sup>, al. 1, LAI, et les tarifs fixés comme montants maximaux au sens des art. 21<sup>quater</sup>, al. 1, let. c, et 27, al. 3, LAI.

*Insérer les art. 24<sup>bis</sup> à 24<sup>septies</sup> avant le titre du chapitre III*

*Art. 24<sup>bis</sup>* Tarification des mesures médicales

<sup>1</sup> Les art. 43, al. 2 et 3, et 49, al. 1 et 3 à 6, LAMal<sup>16</sup> sont applicables par analogie pour la fixation des tarifs des mesures médicales.

<sup>2</sup> Les tarifs sont calculés en fonction de critères d'économie d'entreprise, tout en veillant à une structure adéquate des tarifs. Le tarif couvre au plus les coûts de la prestation qui sont justifiés de manière transparente et les coûts nécessaires à la fourniture efficiente des prestations.

<sup>3</sup> Un changement de modèle tarifaire ne doit pas entraîner de coûts supplémentaires.

<sup>4</sup> Les parties à une convention doivent régulièrement vérifier les tarifs et les adapter si le respect des principes énoncés à l'al. 2 n'est plus garanti.

<sup>5</sup> L'autorité compétente applique par analogie les al. 1 à 3 lors de la fixation des tarifs prévus aux art. 27, al. 3 à 6 et 7, 2<sup>e</sup> phrase, LAI.

*Art. 24<sup>ter</sup>* Calcul des coûts des mesures médicales

<sup>1</sup> Les conventions tarifaires qui prévoient une structure tarifaire uniforme au sens de l'art. 27, al. 4, LAI doivent contenir les modalités d'application du tarif.

<sup>2</sup> Le Surveillant des prix au sens de la loi fédérale du 20 décembre 1985 concernant la surveillance des prix<sup>17</sup> est consulté avant la conclusion de conventions tarifaires nationales et dans le cadre de la fixation de tarifs par l'autorité compétente.

<sup>3</sup> Les fournisseurs de prestations mettent à la disposition des services spécialisés compétents de la Confédération, de l'association Commission des tarifs médicaux LAA ainsi que des partenaires tarifaires les documents nécessaires à la fixation du tarif.

*Art. 24<sup>quater</sup>* Rémunération du traitement en milieu hospitalier

<sup>1</sup> Pour la rémunération du traitement dans la division commune d'un hôpital, l'OFAS conclut des conventions sur la collaboration et les tarifs et convient de forfaits avec les hôpitaux. Les forfaits sont liés aux prestations et doivent être basés sur les structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Les tarifs hospitaliers s'alignent sur l'indemnisation des hôpitaux qui fournissent les prestations de manière efficiente et dans la qualité requise à un prix avantageux.

<sup>2</sup> Les partenaires contractuels peuvent convenir que certaines prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales ne sont pas comprises dans le forfait mais facturées séparément.

<sup>16</sup> RS 832.10

<sup>17</sup> RS 942.20

<sup>3</sup> Si un modèle de rémunération lié aux prestations pour les traitements en milieu hospitaliers au sens de l'art. 14, al. 1, LAI est basé sur un système de classification des patients de type DRG (*Diagnosis Related Groups*), la convention tarifaire comprend en outre le manuel de codage, ainsi qu'un concept pour la révision du codage.

<sup>4</sup> Lorsque l'assuré entre dans un hôpital n'ayant pas conclu de convention tarifaire avec l'OFAS, l'assurance-invalidité prend à sa charge les frais qui auraient dû être remboursés à l'assuré conformément à l'al. 1 pour le traitement dans la division commune de l'hôpital conventionné conformément à l'al. 1 le plus proche. L'hôpital ne peut prétendre qu'au remboursement de ces frais.

#### *Art. 24quinquies* Rémunération du traitement ambulatoire

Pour la rémunération du traitement ambulatoire, l'OFAS conclut avec les fournisseurs de prestations visés à l'art. 14, al. 1, LAI des conventions de portée nationale qui règlent la collaboration et les tarifs. Les tarifs à la prestation sont basés sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse.

#### *Art. 24sexies* Collaboration et tarifs des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle et des mesures d'ordre professionnel

<sup>1</sup> Les offices AI sont autorisés à conclure des conventions au sens de l'art. 27, al. 1, LAI pour les mesures visées aux art. 14a à 18 LAI au lieu où le fournisseur de prestations est installé à titre permanent ou exerce son activité professionnelle. Le tarif est convenu en fonction de critères liés à l'usage local et aux conditions usuelles du marché ainsi qu'à l'économie d'entreprise.

<sup>2</sup> Les offices AI contrôlent régulièrement la qualité, l'efficacité et le caractère économique de la fourniture des prestations ainsi que les tarifs, remboursement des coûts compris.

#### *Titre précédant l'art. 24septies*

### **Chapitre III**

## **Les rentes, l'allocation pour impotent et la contribution d'assistance**

### **A. Le droit à la rente**

#### **I. Évaluation du taux d'invalidité**

#### *Art. 24septies* Détermination du statut

<sup>1</sup> Le statut d'un assuré est déterminé en fonction de la situation professionnelle dans laquelle il se trouverait s'il n'était pas atteint dans sa santé.

<sup>2</sup> L'assuré est réputé:

- a. exercer une activité lucrative au sens de l'art. 28a, al. 1, LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de 100 % ou plus;

- b. ne pas exercer d'activité lucrative au sens de l'art. 28a, al. 2, LAI dès lors qu'en bonne santé, il n'exercerait pas d'activité lucrative;
- c. exercer une activité lucrative à temps partiel au sens de l'art. 28a, al. 3, LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de moins de 100 %.

#### *Art. 25* Principes de la comparaison des revenus

<sup>1</sup> Est réputé revenu au sens de l'art. 16 LPGa le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS<sup>18</sup>, à l'exclusion toutefois:

- a. des prestations accordées par l'employeur pour compenser des pertes de salaire par suite d'accident ou de maladie entraînant une incapacité de travail dûment prouvée;
- b. des indemnités de chômage, des allocations pour perte de gain au sens de la LAPG<sup>19</sup> et des indemnités journalières de l'assurance-invalidité.

<sup>2</sup> Les revenus déterminants au sens de l'art. 16 LPGa sont établis sur la base de la même période et au regard du marché du travail suisse.

<sup>3</sup> Si les revenus déterminants sont fixés sur la base de valeurs statistiques, les valeurs médianes de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique font foi. D'autres valeurs statistiques peuvent être utilisées, pour autant que le revenu en question ne soit pas représenté dans l'ESS. Les valeurs utilisées sont indépendantes de l'âge et tiennent compte du sexe.

<sup>4</sup> Les valeurs statistiques visées à l'al. 3 sont adaptées au temps de travail usuel au sein de l'entreprise selon la division économique ainsi qu'à l'évolution des salaires nominaux.

#### *Art. 26* Détermination du revenu sans invalidité

<sup>1</sup> Le revenu sans invalidité (art. 16 LPGa) est déterminé en fonction du dernier revenu de l'activité lucrative effectivement réalisé avant la survenance de l'invalidité. Si le revenu réalisé au cours des dernières années précédant la survenance de l'invalidité a subi de fortes variations, il convient de se baser sur un revenu moyen équitable.

<sup>2</sup> Si le revenu effectivement réalisé est inférieur d'au moins 5 % aux valeurs médianes usuelles dans la branche selon l'ESS au sens de l'art. 25, al. 3, le revenu sans invalidité correspond à 95 % de ces valeurs médianes.

<sup>3</sup> L'al. 2 n'est pas applicable lorsque:

- a. le revenu avec invalidité visé à l'art. 26<sup>bis</sup>, al. 1, est également inférieur d'au moins 5 % aux valeurs médianes usuelles dans la branche selon l'ESS au sens de l'art. 25, al. 3, ou
- b. l'assuré exerçait une activité lucrative indépendante.

<sup>18</sup> RS 831.10

<sup>19</sup> RS 834.1



<sup>4</sup> Si le revenu effectivement réalisé ne peut pas être déterminé ou ne peut pas l'être avec suffisamment de précision, le revenu sans invalidité est déterminé sur la base des valeurs statistiques visées à l'art. 25, al. 3, pour une personne ayant la même formation et une situation professionnelle correspondante.

<sup>5</sup> Si l'invalidité survient après que l'assuré avait prévu ou commencé une formation professionnelle, le revenu sans invalidité est déterminé sur la base des valeurs statistiques visées à l'art. 25, al. 3, que l'assuré aurait atteint une fois sa formation achevée.

<sup>6</sup> Si l'assuré ne peut commencer ou achever une formation professionnelle en raison de son invalidité, le revenu sans invalidité est déterminé sur la base des valeurs statistiques définies à l'art. 25, al. 3. En dérogation à l'art. 25, al. 3, seules des valeurs indépendantes du sexe seront utilisées.

#### *Art. 26<sup>bis</sup>* Détermination du revenu avec invalidité

<sup>1</sup> Si l'assuré réalise un revenu après la survenance de l'invalidité, le revenu avec invalidité (art. 16 LPG) correspond à ce revenu, à condition que l'assuré exploite autant que possible sa capacité fonctionnelle résiduelle en exerçant une activité qui peut raisonnablement être exigée de lui.

<sup>2</sup> Si l'assuré ne réalise pas de revenu déterminant, le revenu avec invalidité est déterminé en fonction des valeurs statistiques visées à l'art. 25, al. 3. Pour les assurés visés à l'art. 26, al. 6, des valeurs indépendantes du sexe sont utilisées, en dérogation à l'art. 25, al. 3.

<sup>3</sup> Si, du fait de l'invalidité, les capacités fonctionnelles de l'assuré au sens de l'art. 49, al. 1<sup>bis</sup>, ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50 % ou moins, une déduction de 10 % pour le travail à temps partiel est opérée sur la valeur statistique.

#### *Art. 27, titre et al. 2*

##### Travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage

#### *2 Abrogé*

#### *Art. 27<sup>bis</sup>* Calcul du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel

<sup>1</sup> Le taux d'invalidité des personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel est déterminé par l'addition des taux suivants:

- a. le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative;
- b. le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels.

<sup>2</sup> Le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est déterminé:

- a. en extrapolant le revenu sans invalidité pour une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100 %;

- b. en calculant le revenu avec invalidité sur la base d'une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100 % et en l'adaptant selon la capacité fonctionnelle déterminante;
- c. en pondérant la perte de gain exprimée en pourcentage en fonction du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide.

<sup>3</sup> Le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels est calculé:

- a. en déterminant le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation dans laquelle l'assuré serait sans invalidité;
- b. en pondérant le pourcentage déterminé à la let. a en fonction de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 2, let. c, et une activité lucrative exercée à plein temps.

#### *Art. 32, al. 1*

<sup>1</sup> Les art. 50 à 53<sup>bis</sup> RAVS<sup>20</sup> sont applicables par analogie aux rentes ordinaires de l'assurance-invalidité. Au lieu d'établir des tables de rentes, l'OFAS peut édicter des prescriptions relatives au calcul du montant de la rente.

#### *Art. 33<sup>bis</sup>, al. 2*

<sup>2</sup> La réduction des rentes pour enfant correspondant à des rentes AI dont le pourcentage est inférieur aux 100 % d'une rente entière se calcule en fonction de la proportion à une rente entière.

#### *Art. 38, al. 2*

<sup>2</sup> *Abrogé*

#### *Art. 39e, al. 5*

<sup>5</sup> Les montants alloués par l'assurance-invalidité pour la surveillance de longue durée au sens de l'art. 3<sup>quinquies</sup>, al. 3, sont déduits proportionnellement du besoin d'aide visé à l'art. 39c, let. h.

#### *Art. 39f, al. 1 à 3*

<sup>1</sup> La contribution d'assistance s'élève à 33 fr. 50 par heure.

<sup>2</sup> Si l'assistant doit disposer de qualifications particulières pour fournir les prestations requises dans les domaines prévus à l'art. 39c, let. e à g, le montant de la contribution d'assistance s'élève à 50 fr. 20 par heure.

<sup>3</sup> L'office AI détermine le montant forfaitaire de la contribution d'assistance allouée pour les prestations de nuit en fonction de l'intensité de l'aide à apporter à l'assuré. Le montant de la contribution s'élève à 160 fr. 50 par nuit au maximum.

<sup>20</sup> RS 831.101

*Art. 39i, al. 2 à 2<sup>ter</sup>*

<sup>2</sup> Peuvent être facturées les heures de travail effectivement fournies par l'assistant pendant la journée et celles prises en compte en application de l'art. 39h.

<sup>2bis</sup> Le montant facturé par nuit doit correspondre strictement au forfait de nuit. Il peut être facturé si un assistant se tient à disposition en cas de besoin.

<sup>2ter</sup> Les forfaits de nuit non facturés peuvent aussi être utilisés et facturés pendant la journée. Pour la facturation pendant la journée, le forfait de nuit est converti en heures en le divisant par le montant horaire fixé à l'art. 39f, al. 1.

*Art. 39j, al. 2 et 3*

<sup>2</sup> Lorsque les prestations de conseil sont fournies par un tiers, l'office AI peut les accorder jusqu'à un montant de 1500 francs maximum tous les trois ans. Entre le dépôt de la demande de contribution d'assistance et son octroi, les prestations ne doivent pas dépasser 700 francs.

<sup>3</sup> Le montant maximum alloué pour les prestations de conseil effectuées par un tiers est de 75 francs par heure.

*Art. 41, al. 1, let. e à f<sup>ter</sup>, k et l*

<sup>1</sup> L'office AI exécute, outre les tâches explicitement mentionnées dans la loi et dans le présent règlement, notamment les tâches suivantes:

e à f<sup>ter</sup>. *abrogées*

k. évaluer le taux d'invalidité des personnes qui sollicitent l'octroi d'une prestation complémentaire au sens de l'art. 4, al. 1, let. d, de la loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires<sup>21</sup>;

l. *abrogée*

*Insérer les art. 41a et 41b avant le titre de la section III**Art. 41a*      Gestion des cas

<sup>1</sup> Dans le cadre de l'exécution des tâches qui leur sont conférées par la loi et le présent règlement, les offices AI veillent à ce que la procédure de gestion des cas soit continue et uniforme.

<sup>2</sup> La gestion des cas comprend:

- a. l'état des lieux;
- b. la planification des étapes suivantes;
- c. le suivi et la surveillance des prestations allouées par l'assurance-invalidité, et
- d. la coordination, à l'interne et à l'externe, avec les services et personnes concernées.

<sup>21</sup> RS 831.30

<sup>3</sup> L'office AI décide du type, de la durée et de l'étendue de la gestion de chaque cas.

<sup>4</sup> En cas de mesures médicales visées aux art. 12 et 13 LAI, l'office AI ne peut procéder à un suivi individuel et actif dans le cadre de la gestion des cas qu'avec l'accord de l'assuré ou de son représentant légal.

<sup>5</sup> Dans certains cas, les offices AI peuvent faire appel à des tiers compétents pour la gestion des cas concernant les mesures médicales.

*Art. 41b* Liste publique des experts mandatés

<sup>1</sup> La liste visée à l'art. 57, al. 1, let. n, LAI contient les indications suivantes:

- a. dans le cas des expertises monodisciplinaires, pour chaque expert mandaté: nom, prénom, discipline médicale, adresse;
- b. dans le cas des expertises bidisciplinaires, pour chaque membre du binôme d'experts mandaté pour des expertises bidisciplinaires (binôme d'experts): nom, prénom, discipline médicale, adresse;
- c. dans le cas des expertises bi- et pluridisciplinaires, pour chaque centre d'expertises: nom, forme juridique, adresse;
- d. pour chaque expert, binôme d'experts et centre d'expertises:
  1. nombre d'expertises mandatées, classées par expertises mono-, bi- et pluridisciplinaires,
  2. incapacités de travail attestées par les expertises remises, dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée ainsi que dans les travaux habituels en pourcentage d'un poste à plein temps; pour les expertises bi- et pluridisciplinaires, les évaluations font l'objet d'un consensus entre tous les experts impliqués,
  3. nombre d'expertises ayant fait l'objet d'une décision d'un tribunal cantonal des assurances, du Tribunal administratif fédéral ou du Tribunal fédéral, classées selon que le tribunal a accordé une force probante pleine, partielle ou nulle à l'expertise, et
  4. rémunération globale en francs.

<sup>2</sup> La liste répertorie les données en fonction de l'année civile et est publiée le 1<sup>er</sup> mars de l'année suivante.

<sup>3</sup> L'OFAS établit une synthèse globale pour toute la Suisse sur la base des listes établies par les offices AI. Cette synthèse est publiée le 1<sup>er</sup> juillet.

*Art. 49, al. 1<sup>bis</sup>*

<sup>1bis</sup> Lors de la détermination des capacités fonctionnelles (art. 54a, al. 3, LAI), la capacité de travail attestée médicalement pour l'activité exercée jusque-là et pour les activités adaptées est évaluée et justifiée en tenant compte, qualitativement et quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales ou psychiques.

*Art. 52, al. 1*

<sup>1</sup> Afin de garantir l'efficacité, la qualité et l'uniformité de l'exécution des tâches visées aux art. 54a, al. 1, et 57 LAI, l'OFAS conclut une convention d'objectifs avec chaque office AI cantonal. La convention précise notamment les objectifs à atteindre en termes d'efficacité et de qualité, ainsi que les modalités du reporting.

*Art. 53, al. 1 et 2*

<sup>1</sup> L'OFAS exerce la surveillance financière des offices AI cantonaux.

<sup>2</sup> Les offices AI soumettent pour approbation à l'OFAS les frais d'exploitation et les investissements établis selon ses directives sous la forme d'un budget, des plans financiers des trois années suivantes et du compte annuel. L'OFAS peut demander des documents supplémentaires aux offices AI et aux caisses de compensation si ceux-ci sont nécessaires pour lui permettre d'exercer sa surveillance.

*Art. 55, al. 1*

<sup>1</sup> L'OFAS décide des frais à rembourser en vertu de l'art. 67, al. 1, let. a, LAI et édicte les directives nécessaires à cet effet.

*Art. 56*            Locaux pour les organes d'exécution

<sup>1</sup> L'OFAS charge le Fonds de compensation AVS/AI/APG (Compenswiss) d'acquies, de construire ou de vendre, à charge des comptes ordinaires de l'AI, les locaux nécessaires aux organes d'exécution de l'assurance-invalidité. Ces locaux constituent des actifs d'exploitation de l'assurance-invalidité.

<sup>2</sup> L'usufruit est réglé dans un contrat de droit public entre l'office AI et Compenswiss. Ce contrat contient au moins les détails concernant l'utilisation des locaux et l'indemnisation. L'OFAS règle les détails de l'usufruit et approuve les contrats.

*Art. 66, al. 1bis et 2*

<sup>1bis</sup> Si l'assuré n'exerce pas lui-même le droit aux prestations, il doit autoriser les personnes et les instances mentionnées à l'art. 6a LAI à fournir aux organes de l'assurance-invalidité tous les renseignements et les documents nécessaires pour établir ce droit et le bien-fondé de prétentions récursoires.

<sup>2</sup> Si l'assuré est incapable de discernement, son représentant légal accorde l'autorisation visée à l'art. 6a LAI en signant la demande.

*Art. 69, al. 2*

<sup>2</sup> Si ces conditions sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une instruction sur place peuvent être exigés ou effectués; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

Art. 70

*Abrogé*

*Art. 72<sup>bis</sup>, titre et al. 1<sup>bis</sup>*

Expertises médicales bi- et pluridisciplinaires

<sup>1bis</sup> Les expertises impliquant deux disciplines médicales doivent être réalisées par un centre d'expertises médicales ou un binôme d'experts, liés dans les deux cas à l'OFAS par une convention.

*Art. 72<sup>ter</sup> Tarification*

Les offices AI peuvent conclure avec les fournisseurs de prestations des conventions sur le remboursement des coûts des mesures d'instruction visées à l'art. 43 LPGA, pour autant qu'aucune autre convention tarifaire supérieure ne s'applique. L'art. 24<sup>sexies</sup> est applicable.

*Art 73<sup>bis</sup>, al. 1 et 2, let. e*

<sup>1</sup> Le préavis visé à l'art. 57a LAI ne porte que sur les questions qui relèvent des attributions des offices AI en vertu de l'art. 57, al. 1, let. d et f à i, LAI.

<sup>2</sup> Le préavis sera notifié en particulier:

- e. à l'assureur-maladie compétent au sens des art. 2 et 3 de la loi fédérale du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie<sup>22</sup> (assureur-maladie selon la LSAMal), si son obligation d'allouer des prestations est touchée;

*Art. 73<sup>ter</sup>, al. 1*

<sup>1</sup> *Abrogé*

*Art. 74<sup>ter</sup>, phrase introductive*

*Ne concerne que le texte italien.*

*Art. 78, al. 3*

<sup>3</sup> *Abrogé*

*Art. 79, al. 5*

<sup>5</sup> L'OFAS publie des directives concernant l'établissement, la transmission, la vérification et le paiement des factures visées à l'art. 27<sup>ter</sup> LAI.

<sup>22</sup> RS 832.12

*Insérer les art. 79<sup>ter</sup> à 79<sup>sexies</sup> avant le titre de la section II*

*Art. 79<sup>ter</sup>* Facturation des mesures médicales en général

<sup>1</sup> Les fournisseurs de prestations doivent faire figurer sur leurs factures toutes les indications administratives et médicales nécessaires à la vérification du calcul de la rémunération et du caractère économique des prestations conformément à l'art. 27<sup>ter</sup>, al. 1, LAI. Ils doivent fournir en particulier les indications suivantes:

- a. les dates des traitements ou des prestations fournies;
- b. les prestations fournies, détaillées comme le prévoit le tarif applicable, et les positions tarifaires correspondantes;
- c. les diagnostics et les procédures nécessaires au calcul du tarif applicable;
- d. le numéro et la date de la décision ou de la communication;
- e. le numéro d'assuré selon la LAVS<sup>23</sup>;
- f. pour les traitements stationnaires, la part des frais à charge du canton et de l'assurance-invalidité.

<sup>2</sup> Le fournisseur de prestations doit établir deux factures séparées, l'une pour les prestations prises en charge par l'assurance-invalidité et l'autre pour les autres prestations.

<sup>3</sup> Pour les analyses, la facture est établie exclusivement par le laboratoire qui a effectué les analyses. Les tarifs forfaitaires sont réservés.

<sup>4</sup> Le fournisseur de prestations envoie à l'assuré une copie de la facture. Celle-ci peut être envoyée sous forme électronique ou sur papier.

*Art. 79<sup>quater</sup>* Facturation dans le cas d'un modèle de rémunération de type DRG

<sup>1</sup> Dans le cas d'un modèle de rémunération de type DRG (*Diagnosis Related Groups*), le fournisseur de prestations doit munir d'un numéro d'identification unique les fichiers de données avec les indications administratives et médicales visées à l'art. 79<sup>ter</sup>. Les fichiers de données doivent respecter la structure harmonisée au niveau suisse telle que fixée par le DFI en vertu de l'art. 59a, al. 1, OAMa<sup>24</sup>.

<sup>2</sup> Les diagnostics et procédures visés à l'art. 79<sup>ter</sup>, al. 1, doivent être codés conformément aux classifications mentionnées pour la statistique médicale des hôpitaux au ch. 62 de l'annexe à l'ordonnance du 30 juin 1993 sur les relevés statistiques<sup>25</sup>.

<sup>3</sup> Le fournisseur de prestations transmet simultanément avec la facture les fichiers de données avec les indications administratives et médicales visées à l'art. 79<sup>ter</sup>, al. 1, à l'assurance-invalidité.

<sup>4</sup> L'office AI détermine pour quelles factures un examen supplémentaire est nécessaire.

<sup>23</sup> RS 831.10

<sup>24</sup> RS 832.102

<sup>25</sup> RS 431.012.1

*Art. 79quinquies* Facturation dans le domaine ambulatoire et dans le domaine de la réadaptation médicale

L'art. 59<sup>bis</sup> OAMal<sup>26</sup> s'applique au domaine ambulatoire et au domaine de la réadaptation médicale.

*Art. 79sexies* Facturation des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle, des mesures d'ordre professionnel et des mesures d'instruction

<sup>1</sup> Les fournisseurs de mesures au sens des art. 14<sup>a</sup> à 18 LAI et 43 LPGa doivent faire figurer sur leurs factures toutes les indications administratives nécessaires à la vérification du calcul de la rémunération et du caractère économique des prestations conformément à l'art. 27<sup>ter</sup>, al. 1, LAI.

<sup>2</sup> Le fournisseur de prestations envoie à l'assuré une copie de la facture. Celle-ci peut être envoyée sous forme électronique ou sur papier.

*Art. 80, al. 1<sup>bis</sup>*

<sup>1bis</sup> Lors d'une formation professionnelle initiale, les indemnités journalières sont versées, sous réserve de l'art. 24<sup>quater</sup> LAI:

- a. au centre de formation ou à l'institution formatrice, qui les rétrocède à l'assuré;
- b. à l'assuré directement, lorsqu'il suit une formation professionnelle supérieure ou fréquente une haute école.

*Art. 88<sup>ter</sup>* Avis aux assureurs-maladie au sens de la LSAMal

Si une personne est assurée auprès d'un assureur-maladie au sens de la LSAMal et requiert des mesures médicales de l'assurance-invalidité, l'office AI compétent en avisera l'assureur-maladie au sens de la LSAMal concerné.

*Art. 88<sup>quater</sup>* Notification des décisions des offices AI et droit de recours des assureurs-maladie au sens de la LSAMal

Si un assureur-maladie au sens de la LSAMal a avisé l'office AI ou la caisse de compensation compétents qu'il a fourni une garantie de paiement ou effectué un paiement pour un assuré qui lui avait été annoncé, la décision allouant ou refusant les prestations doit lui être notifiée.

<sup>26</sup> RS 832.102



*Titre précédant l'art. 88<sup>sexies</sup>*

## **Chapitre VIa.**

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

*Insérer les art. 88<sup>sexies</sup> à 88<sup>octies</sup> avant le titre du chapitre VII*

*Art. 88<sup>sexies</sup>* Principe de l'assurance-accidents de personnes au sens de l'art. 1a, al. 1, let. c, LAA

Les modalités et la procédure de l'assurance-accidents des personnes visées à l'art. 1a, al. 1, let. c, LAA<sup>27</sup> sont régies par la législation sur l'assurance-accidents.

*Art. 88<sup>septies</sup>* Masse salariale

<sup>1</sup> La Centrale de compensation communique la masse salariale provisoire et définitive servant de base au calcul des primes de l'assurance-accidents des personnes visées à l'art. 1a, al. 1, let. c, LAA<sup>28</sup> à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA).

<sup>2</sup> La Centrale de compensation indique la masse salariale individuellement pour chaque office AI.

*Art. 88<sup>octies</sup>* Remboursement des primes

<sup>1</sup> La CNA soumet sa facture visée à l'art. 132c de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents<sup>29</sup> à l'OFAS pour approbation.

<sup>2</sup> Une fois la facture approuvée, la Centrale de compensation rembourse les primes à la CNA.

*Art. 89<sup>ter</sup>, al. 1*

<sup>1</sup> Les décisions des tribunaux arbitraux cantonaux (art. 27<sup>quinquies</sup> LAI) doivent être notifiées à l'OFAS.

*Art. 90, al. 2 et 2<sup>bis</sup>*

<sup>2</sup> Sont remboursés les frais correspondant au coût des parcours effectués au moyen des transports en commun par l'itinéraire le plus direct. Si l'assuré doit toutefois, par suite de son invalidité, utiliser un autre moyen de transport, on lui remboursera les frais ainsi encourus.

<sup>2<sup>bis</sup></sup> Les frais de voyage ne sont pas remboursés si l'assuré bénéficie de l'une des mesures de réadaptation suivantes:

<sup>27</sup> RS 832.20

<sup>28</sup> RS 832.20

<sup>29</sup> RS 832.202

- a. location de services (art. 18a<sup>bis</sup> LAI);
- b. allocation d'initiation au travail (art. 18b LAI);
- c. aide en capital (art. 18d LAI).

*Art. 91, al. 1*

<sup>1</sup> Si, durant les jours pour lesquels il n'a pas droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité, l'assuré subit une perte de gain en raison de l'instruction de la demande de prestation, l'assurance-invalidité lui verse, en cas de perte de gain démontrée, une indemnité journalière correspondant à 30 % du montant maximal du gain journalier assuré selon la LAA<sup>30</sup>.

*Art. 96<sup>bis</sup>* Exigences minimales applicables aux conventions passées avec les instances cantonales

<sup>1</sup> Dans les conventions visées à l'art. 68<sup>bis</sup>, al. 1<sup>bis</sup> et 1<sup>ter</sup>, LAI, les offices AI et les organes d'exécution cantonaux au sens de l'art. 68<sup>bis</sup>, al. 1, let. d, LAI règlent au moins les prestations, les groupes cibles, les compétences et la vérification du contenu de la convention. Ils contrôlent le respect de la convention.

<sup>2</sup> L'OFAS précise les exigences minimales et évalue la mise en œuvre de l'art. 68<sup>bis</sup>, al. 1<sup>bis</sup> et 1<sup>ter</sup>, LAI. Les offices AI sont tenus d'informer en tout temps l'OFAS et les organes de révision de l'utilisation des contributions et de lui garantir l'accès aux documents déterminants.

*Art. 96<sup>ter</sup>* Contribution au service cantonal de coordination

<sup>1</sup> Le service cantonal de coordination obtient des contributions notamment pour:

- a. la collaboration avec l'office AI;
- b. la détection précoce et le suivi des jeunes atteints dans leur santé.

<sup>2</sup> L'OFAS fixe le montant des contributions de chaque office AI en fonction de la part des 13 à 25 ans dans la population résidente cantonale et met à jour la clé de répartition tous les quatre ans.

<sup>3</sup> Les offices AI peuvent demander à l'OFAS des contributions allant de 50 000 à 400 000 francs pour le cofinancement au sens de l'art. 68<sup>bis</sup>, al. 1<sup>bis</sup>, LAI s'ils remplissent les conditions suivantes:

- a. le canton concerné compte un nombre suffisant de personnes âgées de 13 à 25 ans dans sa population résidente pour la contribution choisie, et
- b. la contribution financière de l'AI n'excède pas un tiers des dépenses en personnel des instances cantonales.

<sup>30</sup> RS 832.20

*Art. 96<sup>quater</sup>* Offres transitoires cantonales

<sup>1</sup> Sont considérées comme des mesures préparant à une formation professionnelle initiale au sens de l'art. 68<sup>bis</sup>, al. 1<sup>er</sup>, LAI les offres transitoires cantonales mises en œuvre dans le cadre de l'art. 12 de la LFPr<sup>31</sup> et proposant une prestation supplémentaire aux personnes atteintes dans leur santé ayant déposé une demande de prestations auprès de l'AI et âgées de moins de 25 ans.

<sup>2</sup> Si une convention au sens de l'art. 96<sup>bis</sup> a été conclue, l'office AI peut participer à hauteur d'un tiers au plus des coûts des mesures préparatoires cantonales visées à l'al. 1.

<sup>3</sup> Les mesures préparant à une formation professionnelle initiale au sens de l'art. 68<sup>bis</sup>, al. 1<sup>er</sup>, LAI se déroulent après la scolarité obligatoire et en premier lieu dans des structures ordinaires de la formation professionnelle. Par analogie avec l'art. 7, al. 2, de l'ordonnance du 19 novembre 2003 sur la formation professionnelle<sup>32</sup>, elles durent un an au maximum.

*Insérer les art. 98<sup>bis</sup> à 98<sup>quater</sup> avant le titre du chapitre VIII**Art. 98<sup>bis</sup>* Entreprises au sens de l'art. 68<sup>quinquies</sup> LAI

Seules les entreprises du marché primaire du travail sont considérées comme des entreprises au sens de l'art. 68<sup>quinquies</sup> LAI. Les établissements et les ateliers au sens de l'art. 27 LAI sont exclues.

*Art. 98<sup>ter</sup>* Convention de collaboration: compétence et procédure

<sup>1</sup> Le DFI est compétent pour conclure des conventions de collaboration avec les organisations faitières du monde du travail au sens de l'art. 68<sup>sexies</sup> LAI.

<sup>2</sup> Seules les organisations faitières actives à l'échelle nationale ou dans une région linguistique sont considérées comme des organisations faitières du monde du travail.

<sup>3</sup> Les organisations faitières du monde du travail adressent leur demande de conclusion d'une convention de collaboration à l'OFAS. Ce dernier met un formulaire à disposition pour cela.

<sup>4</sup> Avant de conclure une convention de collaboration, le DFI consulte la Commission fédérale de l'AVS/AI.

*Art. 98<sup>quater</sup>* Convention de collaboration: contenu

<sup>1</sup> Les conventions de collaboration contiennent au minimum des dispositions sur:

- a. le but;
- b. les mesures et leur financement;

<sup>31</sup> RS 412.10

<sup>32</sup> RS 412.101

- c. les modalités de mise en œuvre, de suivi et d'analyse des effets des mesures;
- d. la durée, le renouvellement et la résiliation de la convention.

<sup>2</sup> Les mesures prévues par les conventions de collaboration ne peuvent pas déroger aux dispositions de la LAI et doivent être mises en œuvre à l'échelle nationale ou dans une région linguistique.

<sup>3</sup> Lorsqu'une convention de collaboration prévoit que l'assurance-invalidité participe au financement des mesures, les conditions de la loi fédérale du 5 octobre 1990 sur les subventions<sup>33</sup> doivent être respectées.

## II

### *Dispositions transitoires de la modification du 3 novembre 2021*

#### *a. Indemnités journalières*

Le début effectif de la mesure est déterminant pour la détermination du droit aux indemnités journalières.

#### *b. Évaluation du taux d'invalidité*

Si une rente AI a été octroyée avant l'entrée en vigueur de la modification du 3 novembre 2021 à un assuré qui, en raison de son invalidité, n'a pas pu acquérir de connaissances professionnelles suffisantes et si cet assuré n'avait pas encore 30 ans au moment de l'entrée en vigueur de la modification, le droit à la rente AI doit être révisé selon les nouvelles dispositions dans l'année qui suit. En sont exclus les assurés qui perçoivent déjà une rente entière. Une éventuelle augmentation de la rente a lieu au moment de l'entrée en vigueur de la modification du 3 novembre 2021.

#### *c. Système de rentes*

Si les let. b et c des dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 de la LAI<sup>34</sup> sont applicables à un conjoint, la réduction des deux rentes AI du couple en vertu de l'art. 37, al. 1<sup>bis</sup>, LAI s'effectue, en dérogation à l'art. 32, al. 2, en fonction du droit du conjoint dont la rente AI équivaut au pourcentage le plus élevé d'une rente entière.

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

Le montant des contributions d'assistance allouées pour les prestations de nuit auxquelles les assurés avaient droit au moment de l'entrée en vigueur de la modification du 3 novembre 2021 est adapté conformément à la modification. L'adaptation du montant déploie ses effets au moment de l'entrée en vigueur de la modification en question.

<sup>33</sup> RS 616.1

<sup>34</sup> RO 2021 338

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

Les conventions existantes entre l'OFAS et les titulaires d'autorisation qui ont été conclues avant l'entrée en vigueur de la modification du 3 novembre 2021 restent applicables jusqu'à l'inscription du médicament sur la liste des spécialités ou sur la liste des spécialités en matière d'infirmités congénitales.

III

L'abrogation et la modification d'autres actes sont réglées en annexe.

IV

La présente ordonnance entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

3 novembre 2021

Au nom du Conseil fédéral suisse:

Le président de la Confédération, Guy Parmelin  
Le chancelier de la Confédération, Walter Thurnherr

## Abrogation d'un autre acte

L'ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales<sup>35</sup> est abrogée.

## Modification d'autres actes

Les ordonnances mentionnées ci-après sont modifiées comme suit:

### 1. Ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales<sup>36</sup>

*Art. 5, al. 2, let. c*

<sup>2</sup> Sont pris en considération pour effectuer le calcul des dépenses reconnues prescrit à l'al. 1:

- c. pour toutes les personnes, comme montant forfaitaire pour l'assurance obligatoire des soins: la prime la plus élevée pour la catégorie de personnes en cause, conformément à la version en vigueur de l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur (DFI) relative aux primes moyennes cantonales et régionales de l'assurance obligatoire des soins pour le calcul des prestations complémentaires.

*Titre suivant l'art. 7i*

### Section 2a Expertise

*Art. 7j* Recherche de consensus

<sup>1</sup> Si une partie récusé un expert en vertu de l'art. 44, al. 2, LPGA, l'assureur doit examiner les motifs de récusation. En l'absence de motif de récusation, les parties tentent de trouver un consensus.

<sup>2</sup> La recherche de consensus peut être effectuée par oral ou par écrit et doit être consignée dans les dossiers.

<sup>3</sup> Si un mandat d'expertise est attribué de manière aléatoire, il n'y a pas lieu de rechercher un consensus.

<sup>35</sup> RO 1986 46; 1989 2367; 1993 2835; 1994 2253; 1995 5244; 1997 2226; 1998 2731; 1999 240?; 2000 2754; 2002 4232; 2004 4811; 2004 4977; 2009 6553; 2012 801; 2016 605.

<sup>36</sup> RS 830.11

*Art. 7k* Enregistrement sonore de l'entretien

<sup>1</sup> L'entretien au sens de l'art. 44, al. 6, LPGA comprend l'ensemble de l'entrevue de bilan. Celle-ci inclut l'anamnèse et la description, par l'assuré, de l'atteinte à sa santé.

<sup>2</sup> Lorsqu'il annonce une expertise, l'assureur doit informer l'assuré que l'entretien fera l'objet d'un enregistrement sonore au sens de l'art. 44, al. 6, LPGA, du but de l'enregistrement, ainsi que de la possibilité d'y renoncer.

<sup>3</sup> Au moyen d'une déclaration écrite adressée à l'organe d'exécution, l'assuré peut:

- a. annoncer avant l'expertise qu'il renonce à l'enregistrement sonore;
- b. demander la destruction de l'enregistrement jusqu'à dix jours après l'entretien.

<sup>4</sup> Avant l'entretien, il peut révoquer sa renonciation au sens de l'al. 3, let. a, auprès de l'organe d'exécution.

<sup>5</sup> L'enregistrement sonore doit être réalisé par l'expert conformément à des prescriptions techniques simples. Les assureurs garantissent l'uniformité de ces prescriptions dans les mandats d'expertise. L'expert veille à ce que l'enregistrement sonore de l'entretien se déroule correctement sur le plan technique.

<sup>6</sup> L'assuré et l'expert doivent tous deux confirmer oralement le début et la fin de l'entretien au début et à la fin de l'enregistrement sonore, en précisant l'heure. Ils confirment de la même manière toute interruption de l'enregistrement.

<sup>7</sup> Les experts et les centres d'expertise transmettent l'enregistrement sonore à l'assureur sous forme électronique sécurisée en même temps que l'expertise.

<sup>8</sup> Si l'assuré, après avoir écouté l'enregistrement sonore et constaté des manquements techniques, conteste le caractère vérifiable de l'expertise, l'assuré et l'organe d'exécution tentent de s'accorder sur la suite de la procédure.

*Art. 7l* Utilisation et destruction de l'enregistrement sonore de l'entretien

<sup>1</sup> L'enregistrement sonore ne peut être écouté que par l'assuré, l'assureur ayant mandaté l'expertise et les autorités décisionnaires dans le cadre de la procédure administrative, de la procédure d'opposition (art. 52 LPGA), de la révision et de la reconsidération (art. 53 LPGA) ainsi qu'en cas de contentieux (art. 56 et 62 LPGA); cela vaut également pour la procédure de préavis au sens de l'art. 57a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité<sup>37</sup>.

<sup>2</sup> La Commission fédérale d'assurance qualité des expertises médicales est également habilitée à écouter les enregistrements sonores dans le cadre des tâches énoncées à l'art. 7p, al. 4 et 5.

<sup>3</sup> Dès que la procédure pour laquelle l'expertise a été mandatée est terminée et que la décision qui en découle est entrée en force, l'assureur peut détruire l'enregistrement sonore en accord avec l'assuré.

*Art. 7m* Exigences concernant les experts

<sup>1</sup> Les experts médicaux peuvent réaliser des expertises au sens de l'art. 44, al. 1, LPGA s'ils:

- a. disposent d'un titre postgrade au sens de l'art. 2, al. 1, let. b et c, de l'ordonnance du 27 juin 2007 sur les professions médicales<sup>38</sup>;
- b. sont inscrits dans le registre visé à l'art. 51, al. 1, de la loi fédérale du 23 juin 2006 sur les professions médicales (LPMéd)<sup>39</sup>;
- c. possèdent une autorisation de pratiquer valable ou ont rempli leur obligation de s'annoncer, pour autant que l'art. 34 ou 35 LPMéd l'exige, et
- d. disposent d'au moins cinq ans d'expérience clinique.

<sup>2</sup> Les spécialistes en médecine interne générale, en psychiatrie et en psychothérapie, en neurologie, en rhumatologie, en orthopédie ou en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur doivent être titulaires d'une certification de l'association Médecine d'assurance suisse (Swiss Insurance Medicine, SIM). Font exception les médecins-chefs et les chefs de service des hôpitaux universitaires.

<sup>3</sup> Les experts en neuropsychologie doivent satisfaire aux exigences de l'art. 50b de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal)<sup>40</sup>.

<sup>4</sup> Avec le consentement de l'assuré, il peut être renoncé à certaines des exigences visées aux al. 1 à 3, pour autant que des raisons objectives le nécessitent.

<sup>5</sup> Des personnes ne remplissant pas encore toutes les exigences visées aux al. 1 à 3 peuvent établir des expertises dans le cadre de leur formation universitaire, postgrade et continue. L'expertise est effectuée sous la supervision directe et personnelle des médecins spécialistes ou des neuropsychologues remplissant les conditions énoncées aux al. 1 à 3.

*Art. 7n* Fourniture de documents

Les experts et les centres d'expertises doivent fournir sur demande aux assureurs, aux organes d'exécution des différentes assurances sociales et aux tribunaux compétents les documents nécessaires à la vérification de leurs qualifications professionnelles et du respect des exigences qualitatives.

*Art. 7o* Commission fédérale d'assurance qualité des expertises médicales: composition

La Commission fédérale d'assurance qualité des expertises médicales se compose du président et de douze membres, dont:

- a. deux représentants des assurances sociales;
- b. un représentant des centres d'expertises;

<sup>38</sup> RS 811.112.0

<sup>39</sup> RS 811.11

<sup>40</sup> RS 832.102



- c. trois représentants du corps médical;
- d. un représentant des neuropsychologues;
- e. deux représentants des milieux scientifiques;
- f. un représentant des institutions de formation de la médecine des assurances;
- g. deux représentants des organisations de patients et de personnes en situation de handicap.

*Art. 7p* Commission fédérale d'assurance qualité des expertises médicales:  
tâches

<sup>1</sup> La commission formule des recommandations concernant:

- a. les exigences et les normes de qualité pour le processus d'expertise;
- b. les critères pour l'activité et la formation universitaire, postgrade et continue des experts;
- c. les critères pour l'accréditation des centres d'expertises et leur activité;
- d. les critères et les outils pour l'évaluation qualitative des expertises.

<sup>2</sup> La commission surveille le respect des critères définis aux let. a à d par les experts et les centres d'expertises et peut formuler des recommandations sur la base de cette surveillance.

<sup>3</sup> Elle publie les recommandations.

<sup>4</sup> Elle peut exiger des assureurs et des organes d'exécution des différentes assurances sociales qu'ils lui fournissent les documents et les expertises nécessaires au contrôle du respect des critères définis à l'al. 1.

<sup>5</sup> Si les assureurs ou les organes d'exécution des différentes assurances sociales constatent un manquement systématique, par les centres d'expertises, au respect des critères énoncés à l'al. 1, ils peuvent fournir à la commission les documents et expertises nécessaires au contrôle de la qualité.

*Art. 7q* Commission fédérale d'assurance qualité des expertises médicales:  
organisation

<sup>1</sup> La commission établit un règlement d'organisation. Celui-ci règle notamment les aspects suivants:

- a. le mode de travail de la commission;
- b. le recours à des experts pour les travaux de recherche scientifique ou pour la mise en œuvre d'évaluations;
- c. la rédaction de rapports sur les activités et les recommandations de la commission.

<sup>2</sup> Le DFI approuve le règlement d'organisation.

<sup>3</sup> Le secrétariat de la commission est subordonné au président pour les questions de fond et à l'OFAS pour les questions administratives.

<sup>4</sup> Le président, les membres de la commission et les collaborateurs du secrétariat sont soumis à l'obligation de garder le secret au sens de l'art. 33 LPGA.

*Disposition transitoire de la modification du 3 novembre 2021*

Si une certification SIM au sens de l'art. 7m, al. 2, est requise, elle doit être obtenue dans les cinq ans qui suivent l'entrée en vigueur de la modification du 3 novembre 2021.

## **2. Règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants<sup>41</sup>**

*Art. 51, al. 5*

<sup>5</sup> Si le conjoint a droit à une rente d'invalidité pour un taux d'invalidité de 50 % ou moins, la moitié du revenu annuel moyen déterminant est ajoutée au revenu du conjoint invalide.

*Titre précédant l'art. 222*

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

*Art. 222, titre (ne concerne que le texte allemand) et al. 1, phrase introductive, et 3*

<sup>1</sup> Ont droit aux aides financières au sens de l'art. 3, al. 1, de la loi du 5 octobre 1990 sur les subventions<sup>42</sup> les organisations privées reconnues d'utilité publique qui sont actives au plan national et:

<sup>3</sup> L'assurance participe aux aides financières de l'assurance-invalidité allouées aux organisations de l'aide privée aux invalides au sens des art. 108 à 110 RAI<sup>43</sup>, pour autant que ces organisations fournissent dans une large mesure des prestations dans l'intérêt de personnes qui n'ont été atteintes dans leur santé qu'après l'âge de la retraite. Le montant de la participation de l'assurance est établi en fonction des prestations effectivement fournies à ce groupe de personnes.

*Art. 223* Mode d'allocation des aides financières

<sup>1</sup> Les aides financières pour les tâches visées à l'art. 101<sup>bis</sup>, al. 1, let. a et b, LAVS sont allouées en fonction du nombre de prestations fournies. Les prestations fournies à domicile ou en lien avec le domicile ne donnent droit à des aides financières que si elles sont dispensées à titre bénévole.

<sup>41</sup> RS 831.101

<sup>42</sup> RS 616.1

<sup>43</sup> RS 831.201

<sup>2</sup> Les aides financières pour les tâches permanentes visées à l'art. 101<sup>bis</sup>, al. 1, let. c, LAVS sont allouées sous forme de forfaits. Pour les projets de développement de durée limitée, des aides financières peuvent être allouées en supplément.

<sup>3</sup> Les aides financières pour les tâches visées à l'art. 101<sup>bis</sup>, al. 1, let. d, LAVS sont allouées en fonction du nombre de prestations fournies. Les exigences auxquelles doit satisfaire la formation continue du personnel auxiliaire sont fixées dans le contrat de prestations.

<sup>4</sup> L'OFAS fixe les bases de calcul dans les contrats de prestations et peut soumettre le versement des aides financières à certaines conditions et à certaines charges.

#### *Art. 224* Montant des aides financières

<sup>1</sup> Seules des prestations adéquates, conformes aux besoins, efficaces et économiques peuvent faire l'objet d'aides financières. Le montant des aides financières tient compte du volume et de la portée des activités de l'organisation. Il est tenu compte de la capacité économique et de la prestation personnelle exigible du cocontractant, ainsi que des contributions financières de tiers.

<sup>2</sup> Seuls sont pris en compte les coûts effectifs. Les aides financières couvrent en règle générale au maximum 50 % de ceux-ci. Dans des cas exceptionnels, cette limite peut être relevée jusqu'à 80 % si une organisation n'a, de par sa structure et ses buts, que des possibilités de financement restreintes et que la Confédération a un intérêt particulier à ce qu'une tâche soit accomplie.

#### *Art. 224<sup>bis</sup>* Montant maximal pour l'allocation des aides financières

<sup>1</sup> Tous les quatre ans, le Conseil fédéral fixe le montant maximal annuel pour l'allocation des aides financières versées à des organisations d'aide aux personnes âgées ainsi que la participation financière de l'assurance aux prestations des organisations de l'aide privée aux invalides prévue à l'art. 222, al. 3, en tenant compte du renchérissement.

<sup>2</sup> L'OFAS élabore les bases permettant de fixer le montant maximal. Il évalue l'adéquation, l'économicité et l'efficacité des aides financières accordées et détermine les besoins existants.

<sup>3</sup> Les mandats attribués à des tiers pour évaluer l'adéquation, l'économicité et l'efficacité des aides financières allouées et déterminer les besoins existants sont à la charge de l'assurance. Les coûts sur quatre ans ne doivent pas dépasser 0,3 % du montant annuel total des aides financières versées.

#### *Art. 224<sup>ter</sup>* Ordre de priorité

<sup>1</sup> Si le montant des demandes d'aides financières dépasse le montant des ressources disponibles, les ressources sont attribuées selon les priorités suivantes:

- a. travaux nécessaires à la coordination, sur le plan national, des différents domaines d'activité et des acteurs de l'aide à la vieillesse;

- b. travaux apportant une contribution importante au développement de l'aide à la vieillesse à l'échelle nationale;
- c. formation continue du personnel auxiliaire;
- d. prestations de conseil pour les personnes âgées et leurs proches;
- e. autres prestations, en particulier pour les personnes vulnérables;
- f. autres prestations.

<sup>2</sup> L'OFAS règle les détails.

#### *Art. 225* Procédure

<sup>1</sup> Les organisations qui demandent des aides financières donneront des indications sur leur structure, leur programme d'activité et leur situation financière.

<sup>2</sup> L'OFAS détermine les documents qui doivent lui être remis en vue de la conclusion d'un contrat de prestations.

<sup>3</sup> Il détermine les documents que l'organisation doit lui remettre pendant la durée du contrat de prestations et fixe les délais. Ces délais peuvent être prolongés sur demande écrite avant leur échéance, pour des raisons suffisantes. L'inobservation sans raison valable des délais ordinaires ou prolongés entraîne une réduction des aides financières d'un cinquième en cas de retard allant jusqu'à un mois, et d'un autre cinquième pour chaque mois de retard supplémentaire.

<sup>4</sup> L'OFAS examine les documents qui lui sont remis et fixe le montant des aides financières à verser. Il peut convenir, avec le cocontractant, de versements par acomptes.

<sup>5</sup> L'organisation est tenue de renseigner en tout temps l'OFAS sur l'emploi des aides financières et d'autoriser les organes de contrôle à consulter la comptabilité.

### **3. Ordonnance du 18 avril 1984 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité<sup>44</sup>**

#### *Art. 4* Salaire coordonné des assurés partiellement invalides

(art. 8 et 34, al. 1, let. b, LPP)

Pour les personnes partiellement invalides au sens de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI)<sup>45</sup>, les montants-limites fixés aux art. 2, 7, 8, al. 1, et 46 LPP sont réduits proportionnellement au pourcentage de rente auquel elles ont droit.

<sup>44</sup> RS 831.441.1

<sup>45</sup> RS 831.20

*Art. 15, al. 1*

<sup>1</sup> Si l'assuré est mis au bénéfice d'une rente d'invalidité partielle, l'institution de prévoyance partage l'avoir de vieillesse en une partie correspondant au pourcentage du droit à la rente et en une partie active.

**4. Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie<sup>46</sup>***Art. 35*            Infirmité congénitale

Le DFI veille à ce que les mesures médicales prodiguées en cas d'infirmité congénitale soient prises en charge par l'assurance obligatoire des soins dès que l'assuré atteint l'âge auquel cesse le droit aux prestations de l'assurance-invalidité, en tenant compte des conditions énoncées aux art. 32 à 34 et 43 à 52a de la loi.

*Art. 65, al. 1<sup>bis</sup>*

<sup>1bis</sup> Si un médicament remplit les conditions fixées à l'art. 3<sup>sexies</sup> du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI)<sup>47</sup> pour l'admission dans la liste des spécialités en matière d'infirmités congénitales, il n'est pas admis dans la liste des spécialités.

*Dispositions transitoires de la modification du 3 novembre 2021*

<sup>1</sup> L'art. 65, al. 1<sup>bis</sup>, s'applique aussi aux demandes d'admission dans la liste des spécialités qui sont encore pendantes auprès de l'OFSP au moment de l'entrée en vigueur de la modification du 3 novembre 2021.

<sup>2</sup> En application de l'art. 65, al. 1<sup>bis</sup>, les médicaments figurant sur la liste des spécialités qui remplissent les conditions fixées à l'art. 3<sup>sexies</sup> RAI<sup>48</sup> pour l'admission dans la liste des spécialités en matière d'infirmités congénitales sont transférés dans cette dernière dans le cadre du réexamen prévu à l'art. 65d.

<sup>3</sup> Dans le cadre du réexamen prévu à l'art. 65d, les médicaments figurant sur la liste des médicaments en matière d'infirmités congénitales, qui fait partie de la liste des spécialités, sont transférés dans la liste des spécialités en matière d'infirmités congénitales au sens de l'art. 3<sup>sexies</sup> RAI ou dans la liste des spécialités au sens de l'art. 52, al. 1, de la loi.

<sup>46</sup> RS 832.102

<sup>47</sup> RS 832.201

<sup>48</sup> RS 832.201

## 5. Ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents<sup>49</sup>

### *Art. 22, al. 3bis*

<sup>3bis</sup> Si un assuré avait droit avant l'accident à une indemnité journalière conformément à la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité<sup>50</sup>, l'indemnité journalière correspond au moins au montant total de celle allouée par l'AI, mais au plus à 80 % du montant maximum du gain assuré selon l'al. 1. Le montant de l'indemnité journalière allouée aux personnes visées à l'art. 1a, al. 1, let. c, de la loi est fixé conformément à l'art. 132a, al. 1.

### *Art. 53, al. 1, phrase introductive, 3, partie introductive, et 4*

<sup>1</sup> La victime de l'accident ou ses proches doivent annoncer immédiatement l'accident à l'employeur, au service compétent de l'assurance-chômage, à l'office AI ou à l'assureur et donner tous renseignements concernant:

<sup>3</sup> Les assureurs mettent gratuitement à disposition des formulaires de déclaration d'accident ou de maladie professionnelle. L'employeur, le service compétent de l'assurance-chômage, l'office AI ou le médecin traitant doivent remplir honnêtement ces formulaires dans leur totalité et les renvoyer sans délai à l'assureur compétent. Ces formulaires doivent notamment contenir les indications permettant de:

<sup>4</sup> Les assureurs peuvent édicter, à l'intention des employeurs, du service compétent de l'assurance-chômage, de l'office AI, des travailleurs et des médecins, des directives sur l'établissement des déclarations d'accident ou de maladie professionnelle.

### *Art. 56*                    Participation de l'employeur, du service compétent de l'assurance-chômage ou de l'organe d'exécution compétent de l'assurance-invalidité

L'employeur, le service compétent de l'assurance-chômage ou l'organe d'exécution compétent de l'assurance-invalidité au sens de l'art. 53, al. 1, LAI<sup>51</sup> doivent fournir à l'assureur tous les renseignements nécessaires, tenir à sa disposition les pièces servant à établir les circonstances de l'accident et donner aux mandataires de l'assureur libre accès aux locaux de l'entreprise.

### *Art. 72*                    Devoirs des assureurs, des employeurs, du service compétent de l'assurance-chômage et de l'organe d'exécution compétent de l'assurance-invalidité

<sup>1</sup> Les assureurs veillent à ce que les employeurs, les services compétents de l'assurance-chômage et les organes d'exécution compétents de l'assurance-invalidité au sens de l'art. 53, al. 1, LAI<sup>52</sup> soient suffisamment informés de la pratique de l'assurance-accidents.

<sup>49</sup> RS 832.202

<sup>50</sup> RS 831.20

<sup>51</sup> RS 831.20

<sup>52</sup> RS 831.20

<sup>2</sup> Les employeurs, les services compétents de l'assurance-chômage et les organes d'exécution compétents de l'assurance-invalidité au sens de l'art. 53, al. 1, LAI sont tenus de transmettre les informations à leur personnel ou aux personnes visées à l'art. 1a, al. 1, let. c, de la loi, et en particulier la possibilité de conclure une assurance par convention.

*Titre précédant l'art. 132*

## **Titre 8a**

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

*Art. 132* Début et fin de l'assurance

<sup>1</sup> Pour les personnes visées à l'art. 1a, al. 1, let. c, de la loi, l'assurance commence à courir le jour où débute la mesure, mais en tout cas au moment où la personne concernée se rend à l'endroit où la mesure a lieu.

<sup>2</sup> Elle prend fin le 31<sup>e</sup> jour qui suit le jour où la mesure se termine.

*Art. 132a* Montant de l'indemnité journalière

<sup>1</sup> Le montant net de l'indemnité journalière au sens de l'art. 17, al. 4, de la loi comprend l'indemnité de base au sens des art. 23 ou 24<sup>ter</sup> LAI<sup>53</sup>, après déduction des cotisations aux assurances sociales visées à l'art. 25 LAI.

<sup>2</sup> Outre les indemnités journalières des personnes visées à l'art. 1a, al. 1, let. c, de la loi, l'assurance-accidents verse la prestation pour enfant au sens de l'art. 23<sup>bis</sup> LAI.

<sup>3</sup> Pour les personnes visées à l'art. 1a, al. 1, let. c, de la loi qui n'ont droit ni à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité, ni à une rente de cette même assurance, l'indemnité journalière est calculée sur la base du gain assuré déterminé conformément à l'art. 23, al. 6.

<sup>4</sup> Pour les personnes visées à l'art. 1a, al. 1, let. c, de la loi, l'assurance-accidents verse l'intégralité de la prestation, indépendamment du taux d'incapacité de travail, jusqu'à ce que la mesure de l'assurance-invalidité reprenne ou puisse reprendre du point de vue médical. L'assurance-accidents définit, d'entente avec l'organe d'exécution de l'assurance-invalidité, le moment où cette mesure pourrait reprendre.

*Art. 132b* Calcul des rentes

<sup>1</sup> Pour les personnes visées à l'art. 1a, al. 1, let. c, de la loi qui touchent une indemnité journalière de l'assurance-invalidité, le revenu issu d'une activité lucrative sur lequel l'office AI s'est fondé pour calculer le montant des indemnités journalières est considéré comme gain assuré et sert de base au calcul des rentes.

<sup>2</sup> Pour les personnes visées à l'art. 1a, al. 1, let. c, de la loi qui n'ont droit ni à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité, ni à une rente de cette même assurance, les rentes sont calculées, dès 20 ans révolus, sur la base d'un revenu annuel de

<sup>53</sup> RS 831.20

20 % au moins, et, avant 20 ans révolus, sur la base d'un revenu annuel de 10 % au moins du montant maximal du gain annuel assuré. À 20 ans, le revenu annuel est augmenté à 20 % au moins du montant maximal du gain annuel assuré.

<sup>3</sup> Pour les personnes visées à l'art. 1a, al. 1, let. c, de la loi qui perçoivent une rente de l'assurance-invalidité, le gain assuré au sens de l'al. 2 est réduit proportionnellement à la part en pour cent du degré d'invalidité au sens de l'art. 28a LAI<sup>54</sup>. Si un revenu plus élevé a été réalisé au sens de l'art. 15, al. 2, de la loi, la rente est calculée sur la base de ce gain assuré.

#### *Art. 132c* Primes

<sup>1</sup> Les primes sont fixées en pour-mille:

- a. du montant net de l'indemnité journalière visée à l'art. 132a, al. 1, allouée par l'assurance-invalidité;
- b. du gain assuré visé à l'art. 132b, al. 2, pour les personnes visées à l'art. 1a, al. 1, let. c, de la loi qui n'ont droit ni à une indemnité journalière ni à une rente de l'assurance-invalidité, et
- c. du gain assuré visé à l'art. 132b, al. 3, pour les personnes visées à l'art. 1a, al. 1, let. c, de la loi qui perçoivent une rente de l'assurance-invalidité.

<sup>2</sup> Les primes de l'assurance obligatoire contre les accidents non professionnels sont à la charge de l'assurance-invalidité.

<sup>3</sup> Sur la base de l'expérience acquise en matière de risques, la CNA peut, de sa propre initiative ou à la demande de l'Office fédéral des assurances sociales, modifier les taux de prime pour le début d'un mois civil.

<sup>4</sup> Toute modification des taux de prime doit être communiquée à l'Office fédéral des assurances sociales, au moyen de la décision, au moins deux mois avant qu'elle ne déploie ses effets.

<sup>5</sup> La CNA tient une statistique des risques pour les accidents des personnes visées à l'art. 1a, al. 1, let. c, de la loi.

## **6. Ordonnance du 31 août 1983 sur l'assurance-chômage<sup>55</sup>**

*Insérer avant le titre de la section 5*

#### *Art. 120a* Procédure de décompte avec l'assurance-invalidité (art. 94a LACI, art. 68<sup>septies</sup> LAI)

<sup>1</sup> L'organe de compensation de l'assurance-chômage remet à la Centrale de compensation de l'AVS un décompte annuel des coûts à la charge du Fonds de compensation de l'assurance-invalidité au plus tard à la fin du mois de janvier de l'année suivante.

<sup>54</sup> RS 831.20

<sup>55</sup> RS 837.02



<sup>2</sup> Le décompte contient au moins:

- a. des indications sur le montant à rembourser en francs;
- b. le numéro AVS de l'assuré;
- c. le nombre d'indemnités journalières versées;
- d. les cotisations aux assurances sociales, et
- e. les coûts des mesures relatives au marché du travail.

<sup>3</sup> L'organe de compensation de l'assurance-chômage transmet une copie du décompte à l'Office fédéral des assurances sociales.

<sup>4</sup> La Centrale de compensation de l'AVS contrôle le décompte et rembourse les prestations conformément à l'art. 94a LACI.

## **7. Ordonnance du 3 mars 1997 sur la prévoyance professionnelle obligatoire des chômeurs<sup>56</sup>**

*Art. 3, al. 1*

<sup>1</sup> Les montants-limites fixés aux art. 2, 7 et 8 LPP sont divisés par 260,4 (montants-limites journaliers). Pour les personnes partiellement invalides au sens de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité<sup>57</sup>, les montants-limites fixés aux art. 2, 7 et 8, al. 1, LPP sont réduits proportionnellement au pourcentage de rente partielle auquel elles ont droit.

<sup>56</sup> RS 837.174

<sup>57</sup> RS 831.20

