



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral des assurances sociales OFAS

Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI)

Valable à partir du 1^{er} janvier 2014

318.507.13 f

12.13

Remarques préliminaires

La nouvelle édition de la présente circulaire remplace celle en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2013.

Chiffres modifiés, complétés ou nouveaux:

1016.1 / 1017.2 / 1017.4 / 1017.5 / 1048.1 / 1058 / 2025 / 2028 /
3012 / 3020 / 3020.2 / 3023.1 / 3024 / 3028.1 / 3050.2 / 3050.3 /
3059 / 3066 / 3067 / 3067.1 / 3067.2 / 3067.3 / 3067.4 / 3073 / 3096
/ 3103 / 4016.1 / 4018 / 5002 / 5006 / 5024 / 5025 / 5028 / 8003.1 /
8021 / 8021.1 / 8040 / 8040.1 / 8047.1 / 8047.2 / 8050.1 / 8050.2 /
8052.1 / 8052.2 / 8054 / 8054.1 / 8058 / 8059 / 8063 / 8066 / 8085 /
8098 / 8101 / 8112.1 / 8115 / 8123.1 / 8123.2 / 8124.2 / 8124.3 /
8127.2

Table des matières

Abréviations.....	13
1^{re} partie: Introduction	16
Chapitre 1: Invalidité.....	16
1. Définition	16
2. Atteinte à la santé (élément médical)	16
2.1 Généralités	16
2.2 Directives concernant l'appréciation des atteintes à la santé mentale et psychique	17
2.2.1 Généralités.....	17
2.2.2 Cas particuliers.....	19
3. Incapacité de gain de longue durée (élément économique) ...	25
4. Lien de causalité entre l'incapacité de gain et l'atteinte à la santé (élément causal).....	26
Chapitre 2: Survenance de l'invalidité (cas d'assurance).....	28
1. Généralités.....	28
2. Survenance de l'invalidité lorsqu'il s'agit de prestations de même nature échelonnées dans le temps.....	30
Chapitre 3: Conditions d'assurance	31
Chapitre 4: Priorité de la réadaptation sur la rente et réadaptation des bénéficiaires de rente	32
1. Principe	32
2. Procédure	33
Chapitre 5: Obligation de réduire le dommage et obligation de renseigner et de collaborer.....	34

Chapitre 6: Procédure pour déterminer l'existence du droit aux prestations	37
1. Généralités.....	37
2. Examen médical.....	37
3. Enquête sur place	38
2^e partie: Rente AI.....	40
Chapitre 1: Début et fin du droit à la rente	40
1. Conditions générales du droit à la rente	40
1.1 Incapacité de travail (art. 6 LPGGA).....	40
1.2 Incapacité de gain (art. 7 LPGGA).....	40
1.3 Délai d'attente (art. 28, al. 1, let. b, LAI).....	41
1.3.1 Généralités.....	41
1.3.2 Calcul de l'incapacité de travail moyenne et du délai d'attente	43
1.4 Incapacité de gain permanente postérieure à l'échéance du délai d'attente	43
1.5 Assurés domiciliés en dehors des Etats de l'UE et de l'AELE.....	44
1.6 Bases de décision.....	44
2. Début du droit à la rente.....	45
3. Demande tardive.....	45
4. Extinction du droit à la rente	48
Chapitre 2: Evaluation du taux d'invalidité	48
1. Méthodes d'évaluation	48
1.1 Généralités	48
1.2 Détermination de la méthode d'évaluation	50
2. Méthode générale de comparaison des revenus.....	51
2.1 Cas d'application	51
2.2 Eléments de comparaison	52
2.2.1 Mise en parallèle des revenus	53

2.3 Revenu sans invalidité	56
2.3.1 Notion.....	56
2.3.2 Evaluation du revenu sans invalidité.....	58
2.3.2.1 Salariés	58
2.3.2.2 Indépendants en général.....	59
2.3.2.3 Indépendants qui exploitent une entreprise familiale	60
2.3.2.4 Invalides de naissance ou précoces sans connaissances professionnelles suffisantes	61
2.3.2.5 Assurés qui n'ont pas pu achever leur formation professionnelle en raison de leur invalidité	62
2.3.2.6 Assurés en formation professionnelle dont on peut raisonnablement attendre qu'ils entreprennent une activité lucrative.....	63
2.4 Revenu d'invalidé	63
2.4.1 Notion.....	63
2.4.2 Activité lucrative exigible	64
2.4.2.1 Généralités.....	64
2.4.2.2 Possibilités de travail exigibles	64
2.4.2.3 Mesures de réadaptation préalables raisonnablement exigibles	65
2.4.2.4 Marché du travail équilibré	65
2.4.3 Evaluation du revenu d'invalidé	69
2.4.3.1 Conditions permettant d'assimiler le revenu effectif au revenu d'invalidé	69
2.4.3.2 Revenus exclus du calcul.....	70
2.4.3.3 Déduction des frais d'obtention du revenu dus à l'invalidité.....	72
2.4.3.4 Barèmes de salaires.....	73
2.4.3.5 Salariés	75
2.4.3.6 Indépendants en général.....	75
2.4.3.7 Indépendants qui exploitent une entreprise familiale	76
2.5 Calcul du taux d'invalidité	77

1.7 Effets de la révision	109
1.7.1 Généralités	109
1.7.2 Augmentation de la rente	109
1.7.3 Réduction ou suppression de la rente	110
1.7.3.1 Généralités	110
1.7.3.2 En cas de mesures de nouvelle réadaptation	114
1.7.3.3 En cas d'amélioration de la capacité de gain	114
1.7.3.4 En cas d'obtention irrégulière d'une rente ou de violation de l'obligation de renseigner	115
1.7.3.5 Invalidité inchangée	117
2. Reconsidération	117
2.1 Généralités	117
2.2 Reconsidération au détriment de l'assuré	119
2.3 Reconsidération au profit de l'assuré	120
Chapitre 5: Suspension de la rente	121
Chapitre 6: Réduction et refus de prestations	124
1. Conditions	124
1.1 Généralités	124
1.2 Intention au sens de l'art. 21, al. 1, LPGA	125
1.3 Crime ou délit	126
1.4 Exigibilité d'un traitement ou d'une réinsertion dans la vie professionnelle	126
1.5 Non-respect des obligations de réduire le dommage, d'informer et de collaborer	127
2. Sanctions	127
2.1 Généralités	127
2.2 Non-respect de l'obligation de renseigner et de collaborer	127
3. Procédure	128
3.1 Généralités	128
3.2 Avertissement et délai de réflexion	129

3^e partie: Allocations pour impotent de l'AI et de l'AVS 130**Chapitre 1: Allocation pour impotent de l'AI – droit et fixation 130**

1. Conditions du droit	130
1.1 Généralités	130
1.2 Montants de l'allocation pour impotent.....	130
2. Impotence – définition et degrés	135
2.1 Définition.....	135
2.2 Impotence – trois degrés	135
2.2.1 Impotence grave.....	135
2.2.2 Impotence moyenne.....	136
2.2.3 Impotence faible	136
3. Impotence – composantes	137
3.1 Actes ordinaires de la vie.....	137
3.1.1 Généralités.....	137
3.1.2 Se vêtir, se dévêtir (y compris, le cas échéant, ajuster ou retirer la prothèse).....	138
3.1.3 Se lever, s'asseoir, se coucher (y compris se mettre au lit ou se lever de son lit).....	138
3.1.4 Manger	139
3.1.5 Faire sa toilette.....	139
3.1.6 Aller aux toilettes	139
3.1.7 Se déplacer (dans le logement ou à l'extérieur), entretenir des contacts sociaux	140
3.2 Aide d'autrui.....	140
3.2.1 Aide régulière et importante.....	140
3.2.2 Aide directe et indirecte	141
3.3 Soins permanents (médicaux ou infirmiers)	142
3.4 Surveillance personnelle permanente.....	143

3.5	Accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.....	144
3.5.1	Généralités.....	144
3.5.2	Cas d'application.....	147
3.5.2.1	Accompagnement pour permettre à la personne handicapée de vivre chez elle	147
3.5.2.2	Accompagnement pour les activités hors du domicile.....	148
3.5.2.3	Accompagnement pour éviter l'isolement durable.....	148
3.5.3	Accompagnement régulier pour faire face aux nécessités de la vie.....	149
3.5.4	Délimitation entre accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie et mesures de curatelle.....	149
3.5.5	Forme mixte: impotence pour les actes ordinaires de la vie et besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.....	150
4.	Cas particuliers d'impotence.....	150
4.1	Cas particuliers d'impotence grave.....	150
4.2	Cas particuliers d'impotence de faible degré.....	151
4.2.1	Soins particulièrement astreignants.....	151
4.2.2	Entretien des contacts sociaux.....	153
5.	Droits particuliers des mineurs.....	155
5.1	Généralités.....	155
5.2	Supplément pour soins intenses.....	155
5.2.1	Généralités.....	155
5.2.2	Assistance prise en compte.....	156
5.2.2.1	Traitement et soins de base.....	156
5.2.2.2	Surveillance permanente.....	159
6.	Evaluation de l'impotence et de l'assistance.....	160
6.1	Généralités.....	160
6.2	Evaluation de l'impotence des adultes.....	160
6.3	Evaluation de l'impotence des mineurs.....	161
6.4	Evaluation du besoin d'assistance des mineurs pour déterminer le supplément pour soins intenses.....	162

Chapitre 2: Allocation pour impotent de l'AI: naissance, exclusion, révision et extinction du droit	163
1. Naissance du droit	163
1.1 Généralités	163
1.2 Particularités concernant les assurés de moins d'un an...	164
1.3 Particularités concernant l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie	165
2. Exclusion du droit.....	165
2.1 Généralités	165
2.2 Séjour dans une institution pour l'exécution de mesures de réadaptation.....	167
2.2.1 Assurés adultes.....	167
2.2.2 Assurés mineurs.....	168
2.3 Séjour dans un établissement hospitalier.....	169
3. Révision – modification du droit.....	170
4. Extinction du droit.....	172
Chapitre 3: Allocation pour impotent de l'AVS.....	172
1. Conditions du droit	172
2. Montant de l'allocation pour impotent.....	173
3. Naissance du droit après avoir atteint l'âge de la retraite AVS.....	174
4. Remplacement de l'allocation pour impotent de l'AI par une allocation pour impotent de l'AVS (droits acquis)	175
5. Exclusion du droit.....	178
6. Révision – modification du droit.....	179
6.1 Généralités	179
6.2 Révision dans les cas de droits acquis	179
6.2.1 Aggravation de l'impotence	179
6.2.2 Réduction de l'impotence	
7. Fin du droit.....	181

Chapitre 4: Procédure	181
1. Allocation pour impotent de l'AI	181
1.1 Dispositions générales sur la procédure	181
1.1.1 Enquête.....	181
1.1.2 Décision et versement des prestations: assurés adultes.....	183
1.1.3 Décision et versement des prestations: assurés mineurs	183
1.2 Dispositions particulières relatives à la procédure concernant l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie	184
1.3 Dispositions particulières pour la procédure concernant les cas spéciaux d'impotence	185
2. Allocation pour impotent de l'AVS	186
4^e partie: Concours de droits	187
Chapitre 1: Rente AI – Mesures de réadaptation et indemnités journalières de l'AI.....	187
1. Principe de la priorité du droit à l'indemnité journalière»	187
2. Convalescence après des mesures médicales de réadaptation	188
3. Remplacement de la rente AI par une indemnité journalière ..	189
4. Absence de droit à une rente AI pendant l'instruction du dossier ou lors de mesures de réadaptation pendant lesquelles l'AI prend en charge de façon prépondérante les frais de nourriture et de logement.....	190
5. Remplacement d'une indemnité journalière de l'AI par une rente AI (voir CIJ).....	191
6. Nouvelle réadaptation des bénéficiaires de rente et mesures de réinsertion: la rente à la place de l'indemnité journalière ...	191
7. Cumul de l'indemnité journalière et de la rente.....	192
Chapitre 2: Rente AI – Rente AVS.....	193

Chapitre 3: Rente AI – Rente ou mesures de réadaptation de l’assurance accidents obligatoire (AA), de l’assurance militaire (AM) ou de la prévoyance professionnelle (PP).....	193
1. Rente AI – Mesures de réadaptation de l’AA ou de l’AM.....	193
2. Rente AI – Rente de l’AA ou de l’AM.....	194
3. Rente AI – Rente de la PP	196
Chapitre 4: Allocation pour impotent de l’AI ou de l’AVS – Allocation pour impotent de l’AA ou de l’AM	196
5^e partie: Disposition finale.....	197
Annexe I Formulaires	198
Annexe II Calcul de l’incapacité de travail moyenne et du délai d’attente à l’aide de deux exemples (voir ch. 2017 ss)	199
Annexe III Recommandations concernant l’évaluation de l’impotence déterminante chez les mineurs	201

1^{re} partie: Introduction

Chapitre 1: Invalidité

1. Définition

Art. 8 LPGA

¹ *Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.*

² *Les assurés mineurs sans activité lucrative sont réputés invalides s'ils présentent une atteinte à leur santé physique, mentale ou psychique qui provoquera probablement une incapacité de gain totale ou partielle.*

³ *Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels.*

Art. 4, al. 1, LAI

L'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

- 1001 L'invalidité comporte trois éléments constitutifs:
- une atteinte à la santé;
 - une incapacité de gain;
 - un rapport de causalité entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de gain.

2. Atteinte à la santé (élément médical)

2.1 Généralités

- 1002 L'invalidité suppose une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique causée par une infirmité congénitale, une maladie ou un accident.
- 1003 Les lésions causées par une tentative de suicide (RCC 1965 p. 368), une activité sportive ou une intervention médicale sont également réputées atteintes dommageables assurées.

- 1004 Une atteinte à la santé est considérée comme *ayant valeur d'invalidité* lorsqu'elle limite la capacité de gain de façon durable. Les critères permettant de différencier les atteintes à la santé ayant valeur d'invalidité de celles qui n'ont pas valeur d'invalidité comprennent, en particulier, les notions d'exigibilité (relative au rendement au travail ou aux mesures de réadaptation, ch. 3044 ss) et de longue durée (RCC 1971 p. 197).
Une atteinte à la santé est considérée comme ayant valeur d'invalidité, lorsque
- on ne peut plus raisonnablement exiger de l'assuré – ou alors uniquement de façon limitée – qu'il utilise ses capacités sur le marché du travail en général;
 - malgré les mesures possibles et raisonnablement exigibles, qu'elles soient médicales (par ex. psychothérapeutiques), professionnelles ou autres, les effets sur la capacité de travail sont de longue durée;
 - en raison de cette atteinte, l'assuré n'est plus accepté dans le monde du travail, et que cette situation se trouve confirmée par le résultat des investigations concernant ses possibilités de gain.
- 1005 Le médecin traitant prend en général position le premier concernant l'atteinte à la santé et ses effets sur la capacité de travail (ch. 1057 s.).
- 1006 Il appartient au service médical régional (SMR) de procéder à l'évaluation médicale visant à déterminer s'il s'agit d'une atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité au sens du ch. 1004 (art. 59, al. 2^{bis}, LAI). Le SMR vérifie pour le compte de l'office AI les conditions médicales du droit aux prestations.

2.2 Directives concernant l'appréciation des atteintes à la santé mentale et psychique

2.2.1 Généralités

- 1007 On parle d'atteinte à la santé mentale ou psychique quand, en raison d'une infirmité congénitale, d'un accident ou

d'une maladie, il existe un trouble des fonctions mentales, intellectuelles, cognitives ou émotionnelles, permanent ou de longue durée, qui persiste malgré les mesures thérapeutiques et entraîne une incapacité de travail durable, partielle ou totale.

- 1008 Il incombe dans chaque cas au médecin de juger, en se basant sur le dossier ou sur les résultats de ses propres examens, si l'assuré présente une atteinte à la santé mentale ou psychique.
- 1009 La présence d'une atteinte à la santé mentale ou psychique doit être prouvée par des constatations objectives, fiables et attestée par un dossier. Pour l'appréciation d'un rapport médical ou d'une expertise médicale, il convient de tenir particulièrement compte du fait que les plaintes alléguées par l'assuré ne peuvent pas être considérées comme des constatations objectives. En cas de doute, il est nécessaire de compléter le rapport ou l'expertise en demandant des renseignements supplémentaires ou en renvoyant le document concerné. Les services médicaux régionaux peuvent aussi, dans de tels cas, confirmer la fiabilité des constatations par un examen de l'assuré.
- 1010 Toute atteinte à la santé mentale ou psychique doit faire l'objet d'un diagnostic selon le CIM-10. Pour l'évaluation du rapport médical ou de l'expertise médicale, il convient de rechercher tout particulièrement des contradictions entre les critères diagnostiques cités dans le CIM-10 et les indications figurant dans le rapport.
- 1010.1 Les «codes Z» du CIM-10 («burn out» par ex.) ne désignent pas des atteintes à la santé pertinentes au point de vue du droit, mais des facteurs qui influent sur l'état de santé et qui conduisent à un recours au système de santé. Les catégories Z00 à Z999 sont toutefois prévues pour des cas où les faits sont indiqués en tant que «diagnostics» ou «problèmes» que l'on ne peut pas classer comme maladie, blessure ou autre cause extérieure parmi les catégories A00 à Y89 (8C_302/2011).

2.2.2 Cas particuliers

- 1011 Toute *diminution des facultés intellectuelles* (oligophrénie, imbécillité, idiotie, démence) doit être quantifiée au moyen de séries de tests adéquats. Un quotient intellectuel inférieur à 70 s'accompagne en règle générale d'une capacité de travail réduite. Il est toutefois nécessaire de procéder dans chaque cas à une description objective des conséquences sur le comportement, l'activité professionnelle, les actes ordinaires de la vie et l'environnement social.
- 1012 L'indication de l'étiologie est indispensable pour les *troubles psychiques d'origine organique*. L'atteinte, notamment celle des aptitudes cognitives, doit être quantifiée (expertise neuropsychiatrique ou neuropsychologique). Une évaluation pronostique est également nécessaire. En particulier, les troubles organiques dus à la prise de psychotropes sont en règle générale réversibles à l'arrêt de la prise de la substance et n'ont donc pas un caractère durable.
- 1013 Les *toxicomanies* ou syndromes de dépendance (comme l'alcoolisme [RCC 1989 p. 283, 1969 p. 236, 9C_395/2007], l'abus de médicaments [RCC 1964 p. 115], la dépendance aux stupéfiants [RCC 1992 p. 180, 1987 p. 467, 1973 p. 600; Pratique VSI 1996 p. 317, 2001 p. 223, 2002 p. 30], le tabagisme ou encore l'obésité [RCC 1984 p. 359]) ne justifient pas à eux seuls une incapacité de travail. Ils peuvent cependant avoir valeur d'invalidité si
- ils sont eux-mêmes la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une invalidité; ou
 - ils sont à l'origine d'une atteinte à la santé physique et/ou mentale importante et durable, comme une lésion cérébrale neurologique organique ou une altération de l'humeur d'origine organique.
- 1013.1 En matière de dépendance à l'alcool, la médecine distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la consommation d'alcool) des troubles psychiatriques autonomes (associés à la consommation d'alcool). En règle

générale, les symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément après l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. L'existence d'une comorbidité psychiatrique ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité en raison d'une dépendance. Il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue avec une vraisemblance prépondérante à l'incapacité de gain présentée par l'assuré. En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance (9C_395/2007).

- 1014 La mention de *troubles hallucinatoires ou affectifs* doit être étayée par des observations objectives et fiables. Il est nécessaire de répondre aux questions suivantes:
- un traitement ou un travail dans un cadre protégé peut-il atténuer, voire éliminer, les effets négatifs sur la capacité de travail?
 - un traitement ou un travail dans un cadre protégé peut-il prolonger les intervalles peu symptomatiques pendant lesquels la santé est relativement bonne et permet, dans une large mesure, le maintien de la capacité de travail?
- Le traitement ou le travail dans un cadre protégé donnent souvent de bons résultats et peuvent raisonnablement être exigés (ch. 3056).
- 1015 Le diagnostic de *dépression*, souvent posé par des non-psychiatres, est insuffisant pour une évaluation de la capacité de travail. Il est nécessaire d'établir objectivement s'il s'agit d'un épisode dépressif transitoire ou d'un trouble affectif grave et durable. Des indications sur le pronostic avec un traitement approprié sont indispensables.
- 1016 La mention de troubles *névrotiques, somatoformes et de surmenage* doit être examinée avec un soin particulier. Il s'agit souvent de troubles psychiques dus principalement à des circonstances extérieures telles que le surmenage

causé par l'exercice de plusieurs professions (par exemple l'accomplissement des tâches ménagères parallèlement à l'activité lucrative) ou un milieu défavorable. Ces troubles disparaissent lorsque le sujet prend conscience de la nécessité raisonnablement exigible de modifier les facteurs sociaux à l'origine des troubles. En l'absence du critère de durabilité imputable aux troubles névrotiques, somatoformes et de surmenage, ces troubles n'ont pas par eux-mêmes valeur d'invalidité (RCC 1971 p. 589, 1964 p. 227). Plus des facteurs psychosociaux ou socioculturels passent au premier plan et co-déterminent les symptômes dans un cas particulier, plus il faut que le trouble psychique ayant valeur de maladie, constaté par un médecin spécialiste, soit marqué. En d'autres termes, le tableau clinique ne doit pas consister uniquement en atteintes à la santé imputables aux facteurs socioculturels ou psychosociaux nocifs, mais doit comprendre des diagnostics distincts sous l'angle psychiatrique, par ex. une dépression chronique au sens médical, se différenciant clairement de simples états dépressifs, ou une souffrance psychique comparable. On ne pourra parler d'invalidité qu'en présence de tels troubles psychiques, ayant des répercussions sur la capacité de travail ou de gain, se distinguant du handicap causé par les facteurs psychosociaux ou socioculturels et devenus en ce sens autonomes. En revanche, lorsque l'expert n'aboutit pour l'essentiel qu'à des résultats qui s'expliquent de manière suffisante par les circonstances psychosociales et socioculturelles et se confondent pour ainsi dire avec elles, il n'y a pas d'atteinte invalidante à la santé psychique (8C_302/2011).

- 1016.1
1/14 Par définition, un syndrome de stress post-traumatique (SSPT) n'est reconnu que s'il intervient après une période de latence de quelques semaines à quelques mois, après un événement traumatisant associé à une menace extraordinaire ou ayant l'ampleur d'une catastrophe qui provoquerait chez pratiquement toute personne un profond désespoir. Si des facteurs prédisposants peuvent certes abaisser le seuil d'apparition du syndrome ou rendre son évolution plus grave, ils ne sont ni nécessaires, ni

suffisants pour expliquer en soi l'apparition du trouble. Une définition moins restrictive des critères provoquant le SSPT ou une prise en compte d'une période de latence plus longue ou d'événements qui ne sont pas extraordinaires ni d'ampleur catastrophique, mais qui pourraient néanmoins déclencher un traumatisme peu se comprendre dans une perspective thérapeutique. Toutefois, le droit aux prestations de l'assurance-invalidité exige une certaine objectivation des critères, ce qui exclut de prendre en considération de telles situations (9C_671/2012 consid. 4.3).

- 1017
1/13 Les *troubles somatoformes douloureux*, en particulier, n'ont généralement pas de conséquences pour la capacité de travail, à moins qu'ils ne s'accompagnent d'une comorbidité psychiatrique; ces cas mis à part, on peut donc raisonnablement exiger un effort de volonté pour utiliser la capacité de travail (ATF 130 V 352 et ATF 132 V 65, confirmés par l'arrêt 9C_776/2010).
- 1017.1
1/13 L'impossibilité d'exiger raisonnablement un effort de volonté pour surmonter la douleur et reprendre le travail présuppose l'action conjointe d'une comorbidité psychique suffisamment sévère, intense, marquée et durable, ou la présence d'autres critères qualifiés, caractérisés par une certaine intensité et une certaine constance.
- 1017.2
1/14 Selon la jurisprudence, un épisode dépressif léger ou tout au plus de gravité moyenne, diagnostiqué en plus d'un trouble somatoforme douloureux, est considéré comme un effet secondaire du trouble en question et non comme une comorbidité psychique indépendante du syndrome douloureux et qui pourrait être distinguée du trouble somatoforme douloureux en raison de sa gravité (9C_798/2011). Il en va de même pour les troubles de l'adaptation accompagnés d'une réaction dépressive de longue durée (9C_153/2012 consid. 4.3), les troubles anxieux et dépressifs mixtes (8C_368/2010, 9C_330/2011) et le trouble anxieux mixte (9C_322/2011).

- 1017.3 Constituent d'autres critères qualifiés:
- 1/13
- l'association à une pathologie physique chronique, et le fait que la maladie dure depuis plusieurs années, avec une symptomatique inchangée, voire aggravée, et sans rémission durable;
 - un isolement social avéré dans tous les domaines de la vie;
 - un trouble dont l'évolution est figée, inaccessible à toute thérapie, et qui résulte du fait qu'un conflit n'est pas résolu, mais qui libère ainsi le psychisme (bénéfice primaire de la maladie), ou
 - l'issue insatisfaisante d'un traitement mené de manière conséquente, en ambulatoire ou en hôpital (selon différentes approches thérapeutiques), et l'échec des mesures de réadaptation malgré la motivation et les efforts personnels de l'assuré.

Toutefois, la présence de certains de ces éléments ne justifie pas à elle seule la conclusion que le trouble somatoforme douloureux n'est pas surmontable. Celle-ci ne sera fondée que si ces éléments sont très largement présents (9C_959/2009). Un effort de volonté ne peut cependant pas se partager entre un domaine où il serait raisonnablement exigible et un domaine où il ne le serait pas. Soit un effort de volonté n'est pas raisonnablement exigible, soit il l'est (9C_710/2011).

1017.4 La jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux s'applique par analogie à d'autres troubles:

Trouble	CIM-10	ATF
Distorsion de la colonne cervicale sans constat organique de perte de fonction (coup du lapin)		136 V 279 consid. 3.2.3
Fibromyalgie	M79.0	132 V 65 consid. 4
Hypersomnie non organique	F51.1	137 V 64 consid. 4.3
Neurasthénie et syndrome de fatigue chronique (SFC)	F48.0 G93.3	9C_662/2009 consid. 2.3, 9C_98/2010 consid. 2.2.2, I 70/07 consid. 5
Syndrome de stress post-traumatique (SSPT)	F43.1	8C_483/2012 consid. 4.3
Troubles dissociés de la motricité	F44.4	9C_903/2007 consid. 3.4
Troubles dissociés de la sensibilité et de la réceptivité	F44.6	SVR 2007 IV n° 45, p. 150 (I 9/07 consid. 4)
Trouble de la personnalité lié à un syndrome algique chronique	F62.80	8C_167/2012 consid. 6.1

1017.5 En revanche, le syndrome loco-régional douloureux complexe (SRDC ou CRPS en anglais) est une atteinte à la santé physique. Il ne constitue donc pas un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires, et les critères élaborés pour les troubles somatoformes douloureux ne sont pas applicables pour évaluer son effet invalidant (8C_1021/2010 Erw. 7). Il en va de même pour le trouble panique grave (CIM-10 F41.01, 8C_595/2012 consid. 4.5) et pour le syndrome de fatigue consécutif à un cancer (CrF en anglais) (8C_32/2013 consid. 3.4).

- 1018 Pour les *troubles du comportement et de la personnalité*, seules doivent compter les constatations découlant d'exams objectifs et fiables. S'ils sont associés à un syndrome de dépendance (ch. 1013), le tableau du trouble de la personnalité doit être clairement distingué de l'effet des substances psychotropes. Le lien entre le trouble de la personnalité lui-même et les effets négatifs sur la capacité de travail doit être plausible et étayé de façon fiable.

3. Incapacité de gain de longue durée (élément économique)

Art. 7 LPGA

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

- 1018.1
1/13 Pour juger de la présence d'une incapacité de gain, seules doivent être prises en compte les conséquences de l'atteinte à la santé (art. 7, al. 2, LPGA). Ne peuvent pas être prises en compte notamment les causes étrangères à l'invalidité comme l'âge (cf. cependant ch. 3050.1), le manque de formation scolaire, les problèmes de langue, les facteurs socioculturels, les purs phénomènes de dépendance et l'exagération des manifestations objectives de l'atteinte à la santé (cf. ch. 1026).
En outre, une incapacité de gain ne peut être prise en considération que si elle n'est pas objectivement surmontable (art. 7, al. 2, LPGA). Le ressenti subjectif de la personne (douleur par ex.) n'est pas déterminant. C'est aux offices AI qu'il revient d'apprécier, en s'appuyant sur les indications médicales fournies par le service médical régional, ce qui est raisonnablement exigible d'un point de vue objectif et ce qui ne l'est pas.

- 1019 L'atteinte à la santé n'ouvre droit à des prestations de l'AI que si elle entraîne une incapacité de gain présumée de longue durée.
- 1020 Dans le cas de personnes qui n'exercent pas d'activité lucrative, l'impossibilité d'effectuer les tâches qu'elles accomplissaient précédemment est assimilée à l'incapacité de gain (art. 8, al. 3, LPGA, art. 5, al. 1, LAI). On parle alors d'*incapacité de travail spécifique*, c'est-à-dire de l'incapacité ou d'une capacité restreinte à assumer les travaux habituels (par ex. le ménage, les études).
- 1021 L'incapacité de gain se distingue de l'*incapacité professionnelle*, c'est-à-dire l'incapacité à travailler dans sa profession habituelle. Si l'assuré est en mesure d'exercer une autre activité raisonnablement exigible sans subir une perte de gain importante, il n'est pas réputé invalide au sens de la loi.
- 1022 L'incapacité de gain se distingue également de l'*incapacité de travail*, c'est-à-dire l'incapacité médicalement attestée de pratiquer une activité donnée dans des limites déterminées (art. 6 LPGA; ch. 3047 ss).
- 1023 L'AI assure l'incapacité de gain découlant de critères de santé; l'AC, quant à elle, assure l'incapacité ou l'absence de gain découlant de critères économiques.

4. Lien de causalité entre l'incapacité de gain et l'atteinte à la santé (élément causal)

- 1024 On ne saurait parler d'invalidité au sens de l'AI que si l'incapacité de gain ou l'impossibilité d'accomplir ses travaux habituels résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Autrement dit, il faut qu'il existe un lien de causalité entre ces deux éléments.
- 1025 Pour que l'invalidité soit reconnue, l'incapacité de gain peut n'être que partiellement due à l'atteinte à la santé. Cependant, une personne qui ne présente pas une incapacité de

travail au moins partielle ne peut prétendre à une incapacité de gain et, dès lors, ne peut être considérée comme invalide (RCC 1985 p. 224).

- 1026 Il n'y a pas de lien de causalité, et l'on n'est pas en présence d'un cas d'invalidité, lorsque l'incapacité de gain n'a pas été provoquée par une atteinte à la santé mais par d'autres facteurs (*causes étrangères à l'invalidité*, voir RCC 1989 p. 322), notamment
- par la situation économique, par ex. le chômage (RCC 1984 p. 361), une crise économique, le manque ou la diminution des possibilités de travail dans une région ou dans une branche d'activité déterminée (c'est ici que doit intervenir, le cas échéant, l'AC);
 - pour des raisons inhérentes à la personnalité de l'assuré, par ex. un manque d'ardeur au travail (RCC 1964 p. 278), une formation insuffisante (RCC 1989 p. 322, 1980 p. 260) ou des connaissances linguistiques limitées, l'âge, une capacité de travail ne pouvant pas dépasser la mesure normale (RCC 1988 p. 503).

Exemple 1:

Une gérante borgne perd son emploi à 60 ans en raison de la fermeture de l'entreprise. Vu la morosité de la conjoncture, elle ne trouve ensuite qu'une activité de représentante moyennement rétribuée. Etant donné que les motifs à l'origine de l'incapacité de gain partielle sont d'ordre économique, cette assurée n'est pas invalide au sens de la loi.

Exemple 2:

Après une opération du dos, un assuré n'est plus à même de travailler comme aide-monteur en installations sanitaires. Cependant, à l'exception d'activités s'effectuant en position penchée ou réclamant le port de charges de plus de 10 kg, il est entièrement capable de travailler et apte au placement en raison de sa grande expérience professionnelle. Du fait qu'il n'est plus à même d'accomplir les travaux pénibles, mais bien rétribués, de manœuvre, il devra vraisemblablement compter avec une péjoration de son salaire. Cette incapacité de gain est liée à une atteinte à la santé et l'assuré est considéré comme invalide.

- 1027 En raison de causes étrangères à l'invalidité, la capacité de gain d'un assuré peut être plus élevée que celle qui correspondrait à sa situation effective. Dans de telles situations, on peut néanmoins être en présence d'un cas d'invalidité (par ex. des circonstances économiques particulièrement favorables; des causes inhérentes à l'entreprise d'un indépendant, comme, par exemple, des collaborateurs exceptionnels qui compensent le handicap dû à l'invalidité de l'assuré par un engagement au-dessus de la moyenne; un engagement accru des membres de la famille; une situation financière très difficile qui oblige la personne à accepter un travail ou un rendement que l'on ne peut pas raisonnablement exiger d'elle; cf. ch. 3044 ss).

Chapitre 2: Survenance de l'invalidité (cas d'assurance)

1. Généralités

Art. 4, al. 2, LAI

L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

- 1028 La survenance de l'invalidité ou du cas d'assurance est réactualisée au moment où une prestation de l'AI est indiquée objectivement pour la première fois. Elle doit être déterminée séparément pour chaque catégorie de prestations (mesure professionnelle ou médicale, moyen auxiliaire, rente, etc.). Divers cas d'assurance peuvent exister pour la même atteinte à la santé.
- 1029 La date à laquelle une demande a été présentée à l'AI ou celle à laquelle une prestation est réclamée importe peu pour la détermination de la survenance de l'invalidité.
- 1030 S'agissant du *droit à une rente*, le cas d'assurance se pose au moment où l'assuré présente une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne depuis une année sans interruption notable (9C_882/2009), et qu'une fois le délai

d'attente écoulé, l'incapacité de gain perdure à 40 % au moins. Le cas d'assurance ne peut toutefois survenir au plus tôt que le premier jour du mois qui suit le 18^e anniversaire (RCC 1984 p. 463).

- 1031 L'événement assuré n'est pas réputé survenu tant que l'assuré perçoit une indemnité journalière durant le délai d'attente (art. 18, al. 1 et 2, RAI) et pendant qu'il se soumet à des mesures de réadaptation. En effet, la rente ne peut alors prendre naissance au sens de l'art. 29, al. 2, LAI (Pratique VSI 2001 p. 148).
- 1032 1/13 En ce qui concerne les invalides de naissance et les invalides précoces, le cas d'assurance est en règle générale réalisé au moment où l'assuré a atteint ses 18 ans. Cette règle ne s'applique toutefois qu'à la condition que ces assurés ne bénéficient pas, à ce moment-là, de mesures de réadaptation. Dans de tels cas, le début de l'invalidité pour ce droit à la rente est fixé à l'échéance ou à l'interruption des mesures de réadaptation (ch. 9001 s.; ATF 137 V 417; Pratique VSI 2001 p. 148).
- 1033 1/13 Les assurés domiciliés en dehors des Etats de l'UE et de l'AELE ont droit à une rente à condition d'avoir présenté une incapacité de travail de 50 % en moyenne sans interruption notable pendant une année et si le taux d'invalidité s'élève à 50 % au moins à l'échéance du délai d'attente, ou s'ils présentent une incapacité de gain permanente d'au moins 50 % (art. 29, al. 4, en corrélation avec l'art. 28, al. 1, LAI, art. 10 du règlement n° 1408/71 [pour les Etats de l'AELE] et art. 7 du règlement n° 883/04 [pour les Etats de l'UE]).
- 1034 La survenance du cas d'assurance correspond, en règle générale, à l'ouverture du droit à la rente. L'ouverture du droit à une rente peut cependant déroger à cette règle, par ex. lors d'une demande tardive (ch. 2027 ss).
- 1035 Dans le cas de *mesures de réadaptation*, la personne concernée est réputée invalide dès l'instant où l'atteinte à la santé justifie manifestement, pour la première fois, l'octroi

d'une prestation parce qu'elle satisfait aux exigences légales en la matière.

- 1036 En ce qui concerne les assurés de moins de 20 ans *atteints d'une infirmité congénitale*, l'invalidité est réputée survenue au moment où l'infirmité constatée rend nécessaire, pour la première fois, un traitement ou un contrôle médical permanent (RCC 1967 p. 40).
- 1037 L'office AI détermine avec un soin particulier le moment de la survenance du cas d'assurance. Il accorde à cette enquête une grande importance, la survenance du cas d'assurance étant déterminante pour la réalisation des conditions d'assurance, le début des prestations en général, la détermination du droit à une rente et le calcul de celle-ci (voir DR).

2. Survenance de l'invalidité lorsqu'il s'agit de prestations de même nature échelonnées dans le temps

- 1038 Lorsqu'il s'agit de mesures de même nature qui se suivent et forment un tout, la date de la survenance de l'invalidité s'établit en fonction de la première d'entre elles. En conséquence, si les conditions d'assurance n'étaient pas remplies lorsque la nécessité de mesures médicales s'est manifestée pour la première fois, ou lors de la remise initiale d'un moyen auxiliaire donné, les mesures dictées ultérieurement par la même atteinte à la santé et liées à celle-ci ne pourront pas être accordées non plus. Par exemple, lorsqu'une personne a subi une intervention chirurgicale avant d'être assurée, une opération de correction ultérieure, découlant de la première intervention, ne peut être prise en charge par l'AI, même si elle remplit les conditions d'assurance au moment où la correction est indiquée.
- 1039 En matière de mesures de réadaptation, en revanche, la survenance d'une nouvelle atteinte à la santé sans rapport objectif avec la première, ou la remise d'un nouveau genre de moyen auxiliaire à une phase plus avancée de la réadaptation (par ex. la prise en charge d'une installation

auxiliaire au poste de travail en faveur d'un assuré déjà muni d'une prothèse) constituent un nouveau cas d'assurance qui exige un nouvel examen des conditions d'assurance.

Chapitre 3: Conditions d'assurance

Art. 6 LAI

¹ Les ressortissants suisses et étrangers ainsi que les apatrides ont droit aux prestations conformément aux dispositions ci-après. L'art. 39 est réservé.

^{1bis} Lorsqu'une convention de sécurité sociale conclue par la Suisse prévoit que les prestations ne sont à la charge que de l'un des Etats contractants, il n'y a pas de droit à la rente d'invalidité si la législation de l'autre Etat accorde un tel droit du fait de la totalisation des périodes d'assurance accomplies dans les deux pays par les ressortissants suisses ou ceux de l'Etat contractant.

² Les étrangers ont droit aux prestations, sous réserve de l'art. 9, al. 3, aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPG) en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse. Aucune prestation n'est allouée aux proches de ces étrangers s'ils sont domiciliés hors de Suisse.

- 1040 Pour que l'AI puisse allouer des prestations, les conditions d'assurance doivent être réalisées lors de la survenance de l'invalidité.
- 1041 Les conditions d'assurance comportent deux critères:
 – une durée minimale de cotisations (art. 36, al. 1, LAI);
 – un domicile et une résidence habituelle en Suisse (ch. 4101 ss DR).
- 1042 Les conditions d'assurance qui doivent être remplies lors
 1/13 de la survenance de l'invalidité peuvent être assouplies en faveur de certains ressortissants étrangers, en vertu de l'Accord sur la libre circulation des personnes conclu avec

l'UE/AELE, des conventions bilatérales et, pour les réfugiés, conformément à l'arrêté fédéral concernant le statut des réfugiés et des apatrides (voir les Directives concernant le statut des étrangers et des apatrides dans l'AVS et l'AI et la Circulaire sur la procédure pour la fixation des prestations dans l'AVS/AI [CIBIL]).

- 1043 Les ressortissants étrangers de moins de 20 ans peuvent bénéficier de conditions plus souples (art. 9, al. 2 et 3, LAI en corrélation avec l'art. 39, al. 3, LAI).
- 1044 L'office AI examine – au besoin avec l'aide de la caisse de compensation – si l'assuré satisfait aux conditions d'assurance (art. 57, al. 1, let. c, et art. 60, al. 1, let. a, LAI). Il versera au dossier la nature et le résultat de cet examen (cf. ch. 2016 ss CPAI).

Chapitre 4: Priorité de la réadaptation sur la rente et réadaptation des bénéficiaires de rente

1. Principe

- 1045 L'AI applique le principe selon lequel la réadaptation prime la rente. Ainsi, les mesures de réadaptation ont une priorité de principe sur la rente et, dès lors, un droit à la rente est exclu aussi longtemps que des mesures de réadaptation peuvent influencer sur l'invalidité au point de la faire tomber au-dessous du niveau justifiant l'octroi d'une rente (art. 28, al. 1, let. a, LAI; RCC 1984 p. 359, 1982 p. 471, 1981 p. 123, 1970 p. 162 et 395, 1969 p. 424).
- 1045.1 S'il n'est pas possible d'éviter l'octroi d'une rente, il faut, dès l'octroi de la rente, fixer une date de révision en fonction du cas et, si nécessaire, accompagner activement le bénéficiaire de rente pendant la phase de versement pour le préparer à une réadaptation.

2. Procédure

1046 Avant de se prononcer sur le droit à la rente, l'office AI examine, sans égard à la teneur de la demande présentée par l'assuré, toutes les possibilités de réadaptation prévues par la loi qui pourraient être nécessaires et de nature à rétablir sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels, à l'améliorer ou à la sauvegarder (art. 8, al. 1, LAI; RCC 1962 p. 125). Il faut examiner, outre les mesures de réadaptation de l'AI, les mesures de réadaptation que l'AI n'a pas à prendre en charge (telles que les mesures médicales pour les adultes et les efforts que doit faire l'assuré au titre de son obligation de contribuer lui-même à sa réadaptation).

Exemple:

Suite à des douleurs dorsales, un travailleur de force âgé de 35 ans, intelligent, n'est plus en mesure d'effectuer que des travaux légers durant sa journée de travail. Etant donné que ses possibilités de salaire ont diminué de façon importante et qu'il peut lui arriver de devoir arrêter temporairement son travail pour raisons de santé, sa capacité de gain est réduite de moitié. Sans mesures d'ordre professionnel, il aurait donc droit à une demi-rente AI. L'office AI examinera donc d'abord si la réadaptation de cet assuré à un travail léger qualifié lui permettrait d'obtenir un revenu excluant l'octroi d'une rente, c'est-à-dire si sa capacité de gain peut être améliorée ou entièrement recouvrée.

1047 L'avis du SMR et l'ensemble des autres renseignements sont déterminants pour fixer les possibilités de réadaptation. Il y a lieu d'établir quelles activités professionnelles l'assuré pourrait encore pratiquer compte tenu de son état de santé et si de telles possibilités de travail existent, en principe, dans une situation équilibrée du marché du travail (ch. 3047 ss). L'office AI peut demander, à cet effet, des rapports et des renseignements ou une expertise et effectuer une enquête sur place (art. 69, al. 2, RAI). Au cas où une réadaptation n'est pas envisageable, ce constat doit être étayé par des renseignements concrets et objectifs.

L'office AI ne se contentera pas de s'appuyer sur les déclarations (subjectives) de l'assuré (RCC 1981 p. 42).

Chapitre 5: Obligation de réduire le dommage et obligation de renseigner et de collaborer

1048
1/13 Par *obligation de réduire le dommage* (obligation de la personne de contribuer elle-même à sa réadaptation), on entend le fait que l'assuré doit, de sa propre initiative, faire ce qui est en son pouvoir et que l'on peut raisonnablement exiger de lui pour améliorer sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels (par ex. activités ménagères, ch. 3089) (art. 7 LAI). Est réputée raisonnablement exigible toute mesure servant à la réadaptation de l'assuré, à l'exception des mesures qui ne sont pas adaptées à son état de santé (art. 7a LAI). L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, la question de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examinée au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret. Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives, doivent notamment être prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail. Par ailleurs, plus la mise à contribution de l'assureur est importante, plus les exigences posées en matière d'obligation de réduire le dommage devront être sévères. C'est le cas, par exemple, lorsque la renonciation à des mesures destinées à réduire le dommage conduirait à l'octroi d'une rente ou au reclassement dans une profession entièrement nouvelle (9C_924/2011).

1048.1 Il est tenu notamment de:
1/14 – saisir toutes les possibilités qui lui sont offertes de trouver, d'accepter ou de conserver une activité lucrative adaptée à son invalidité et raisonnablement exigible;

- procéder, dans son activité, aux changements possibles et raisonnablement exigibles de façon à être à même d'utiliser au mieux sa capacité de travail résiduelle (par ex., dans le cas d'un artisan, assumer davantage de travaux administratifs à la place des travaux manuels qui, autrefois, avaient la priorité). La restructuration d'une entreprise (familiale) ne tombe cependant pas sous le coup de l'obligation de réduire le dommage, lorsque l'engagement d'un des propriétaires atteint dans sa santé ou d'un membre de sa famille impose une organisation du travail inadéquate ou inefficace (9C_955/2011 consid. 4.2);
- prendre, s'il est indépendant, une activité salariée (excluant l'octroi d'une rente), même s'il accomplit dans l'entreprise un travail assimilable en un sens à une activité lucrative (8C_460/2011);
- se soumettre à un traitement médical raisonnablement exigible pour autant que celui-ci soit de nature à améliorer sa capacité de gain de telle sorte que la rente puisse être réduite ou supprimée (par ex. afin de supprimer des atteintes à la santé résultant de l'abus d'alcool et de nicotine ou de l'obésité; RCC 1984 p. 359, ou un traitement psychiatrique, 9C_418/2010). On n'appliquera pas une norme sévère aux mesures médicales (RCC 1985 pp. 328 et 331). En particulier, ne sont raisonnablement exigibles que des mesures médicales qui présentent un risque négligeable («opérations de routine», pas d'augmentation des risques liés à l'anesthésie, etc.). La question de savoir si l'AI prend en charge les frais des mesures médicales n'est pas déterminante;
- s'il est indiqué de procéder à des analyses du sang : le contrôle de la concentration sérique des médicaments administrés constitue une des méthodes régulièrement utilisées pour examiner l'observance thérapeutique de la personne expertisée. Un tel examen, quand bien même il constitue dans l'absolu une atteinte à la liberté personnelle par la prise de sang qu'il présuppose, est une mesure d'instruction parfaitement exigible de la part d'un assuré, au regard notamment de l'obligation pour celui-ci de collaborer à l'instruction et de se soumettre aux exa-

mens médicaux et techniques nécessaires (9C_732/2012);

- changer éventuellement de domicile si des possibilités de gain appropriées sont offertes en un autre lieu (RCC 1983 p. 246, 1970 p. 331).

L'assuré doit participer activement à la mise en œuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles qui contribuent soit au maintien de son emploi actuel, soit à sa réadaptation à la vie professionnelle ou à l'exercice d'une activité comparable (art. 7, al. 2, LAI; art. 21, al. 4, LPGA).

- 1049 Par ailleurs, l'assuré est astreint à l'*obligation de renseigner et de collaborer*. En d'autres termes, il doit se soumettre à toutes les mesures d'instruction, de réadaptation ou de nouvelle réadaptation ordonnées, dans la mesure où elles sont raisonnablement exigibles, et participer activement à sa réadaptation (art. 28 et 43, al. 2, LPGA). Il doit, par exemple, être prêt à subir les examens médicaux indispensables (RCC 1967 p. 255; cf. ch. 7014.1); l'assuré domicilié à l'étranger se soumettra, le cas échéant, en Suisse aux mesures d'instruction jugées indispensables pour évaluer son droit à la rente (RCC 1978 p. 265).
- 1050 Lors des enquêtes, ne sont en principe pris en charge que les frais liés à l'invalidité (par ex. l'interprétariat pour un malentendant) et aux mesures d'instruction ordonnées par l'office AI (art. 45 LPGA, art. 51 LAI). Si l'assuré ne maîtrise pas la langue officielle du canton, c'est à lui de veiller (à ses frais), dans le cadre de l'obligation de collaborer qui lui incombe, à ce qu'une personne parlant sa langue maternelle (par ex. un membre de sa famille, un représentant de l'ambassade ou du consulat) soit présente lors de l'instruction à l'office AI. Les conventions internationales concernant l'acceptation de documents dans la langue officielle de l'autre partie contractante restent réservées. Les frais d'interprétariat liés aux examens psychiatriques effectués dans le cadre d'examens médicaux ordonnés (COMAI par ex.) et lors de l'ECF peuvent être pris en charge si aucun professionnel de la médecine maîtrisant la langue de l'assuré n'est disponible (cf. CPAI).

- 1051 Les mesures prescrites et les dispositions prises par l'assuré lui-même doivent être raisonnablement exigibles. On entend par là toute mesure qui sert à la réadaptation ou à la nouvelle réadaptation de l'assuré qui est adaptée à son état de santé. Les mesures qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne sont donc pas exigibles (art. 21, al. 4, LPGA et art. 7a LAI; RCC 1985 p. 328 à 330).
- 1052 Abrogé
- 1053 Les sanctions en cas de violation de l'obligation de réduire le dommage ou de l'obligation de renseigner et de coopérer sont traitées aux ch. 7011 ss.

Chapitre 6: Procédure pour déterminer l'existence du droit aux prestations

1. Généralités

- 1054 Les règles et formalités à observer et les actes à accomplir sont fixés dans la CPAI.
- 1055 Dans le domaine de l'AI, le principe selon lequel le doute profite à l'assuré ne prévaut pas. On n'est en présence d'un droit aux prestations que si les conditions prévues sont remplies à un degré de vraisemblance prépondérant (RAMA 1993 p. 156).

2. Examen médical

- 1056 L'office AI demande un rapport médical auprès du médecin traitant de l'assuré pour pouvoir se prononcer sur les conditions du droit aux prestations.
- 1057 L'appréciation des conditions du droit aux prestations du point de vue médical à l'aide du rapport médical et d'autres documents médicaux relève de la compétence du SMR. Celui-ci dispose à cet effet de médecins de différentes spécialités. Il réclame au besoin d'autres documents médi-

caux et décide si l'assuré doit se soumettre à un examen médical au SMR. Si ces mesures ne permettent pas d'apprécier suffisamment les conditions du droit aux prestations du point de vue médical, le SMR recommande à l'office AI un examen médical supplémentaire dans une ou plusieurs spécialités et désigne l'organe approprié. Un examen plus complet peut raisonnablement être exigé de l'assuré et n'est pas disproportionné lorsque le dossier n'est pas suffisamment documenté sur son état de santé, sa capacité de travail et ses possibilités de réadaptation (RCC 1980 p. 346).

3. Enquête sur place

- 1058
1/14 L'office AI mène une enquête sur place (au domicile, dans le foyer, sur le lieu de travail, etc., de l'assuré), notamment lorsqu'il s'agit d'indépendants, d'agriculteurs ou d'agricultrices, d'assurés qui s'occupent du ménage, ainsi que pour déterminer le droit à des allocations pour impotent. Il peut renoncer à cette enquête lorsque la situation personnelle de l'assuré est déjà suffisamment connue et documentée dans le dossier. Pour cela, l'office AI utilise les formulaires conçus à cet effet.
- 1059
1/13 Abrogé
- 1060 Dans son rapport, la personne chargée de l'enquête consigne des données précises sur la situation de l'assuré tout en vérifiant concrètement ses déclarations et en examinant quelles activités peuvent raisonnablement être exigées de lui et dans quelle mesure.

- 1061 Lorsqu'il ne dispose pas des connaissances requises, l'office AI peut mandater des tiers spécialisés en la matière pour mener cette enquête. Les personnes ou les autorités ou institutions qui représentent les intérêts de l'assuré ou qui s'occupent de lui et le conseillent ne doivent toutefois pas être chargées de telles enquêtes. Elles peuvent en revanche être priées de donner, par écrit, leur avis sur la situation avant que la décision ne soit prononcée.

2^e partie: Rente AI

Chapitre 1: Début et fin du droit à la rente

1. Conditions générales du droit à la rente

- 2001 Avant de se prononcer sur le droit à une rente, il faut dans chaque cas examiner en premier lieu la possibilité d'une réadaptation (cf. ch. 1045 ss).
- 2002 Ont droit à une rente les assurés qui ont présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (9C_882/2009) et qui, à l'échéance de ce délai d'attente, présenteront probablement encore une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 28, al. 1, LAI).
- 2003 L'incapacité de travail et l'incapacité de gain doivent être clairement distinctes (cf. ch. 2004 ss.).

1.1 Incapacité de travail (art. 6 LPGA)

- 2004 Une personne présente une incapacité de travail si, en raison d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, elle ne peut pas accomplir une partie ou la totalité de ses tâches dans sa profession ou son domaine d'activité.
- 2005 Le médecin ne donne pas une conclusion définitive quant aux conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et donc quant à la détermination de l'incapacité de travail (totale ou partielle); il se contente de prendre position à ce sujet. C'est l'office AI qui, s'appuyant sur l'avis du médecin, est compétent pour la décision. Sauf mention contraire, les indications médicales concernant l'incapacité de travail se réfèrent à un plein temps (9C_648/2010).

1.2 Incapacité de gain (art. 7 LPGA)

- 2006 Une personne présente une incapacité de gain si, en raison d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychi-

que, elle subit une diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain sur le marché du travail. Seule l'incapacité de gain est déterminante pour la fixation du taux d'invalidité.

2007 Il n'est pas du ressort du médecin, mais de l'office AI, de déterminer l'incapacité de gain et, de ce fait, le taux d'invalidité.

1.3 Délai d'attente (art. 28, al. 1, let. b, LAI)

1.3.1 Généralités

2008 Le délai d'attente pendant lequel l'incapacité de travail doit être en moyenne de 40 % au moins est d'une année.

2009 Pour la détermination de l'incapacité de travail moyenne pendant le délai d'attente, les problèmes de santé auxquels l'incapacité de travail peut être attribuée importent peu. Ces causes peuvent être de différente nature et intervenir successivement ou de manière cumulative.

2010 Le délai d'attente est réputé avoir commencé dès qu'il a été possible de constater une incapacité de travail indiscutable au vu des circonstances, une réduction de la capacité de travail de 20 % étant d'ailleurs, en règle générale, déjà considérée comme significative (Pratique VSI 1998 p. 126).

2011 Le délai d'attente peut aussi commencer à courir lorsqu'un assuré, qui a changé d'activité professionnelle pour des raisons de santé, est à même d'exercer ses nouvelles activités à plein temps mais qu'il gagne beaucoup moins que par le passé (RCC 1979 p. 281).

Exemple:

Un ingénieur en machines a dû quitter son emploi fin mars 1997. Il accepte une activité de représentant, qu'il peut exercer sans restriction du point de vue de l'horaire, mais son revenu n'atteint que la moitié de celui auquel il aurait pu prétendre en tant qu'ingénieur. Selon le rapport du médecin, l'assuré présente, depuis le 1^{er} avril 1997, une inca-

capacité de travail de 80 % en tant qu'ingénieur en machines, métier qu'il exerçait jusque-là. Le délai d'attente court depuis cette date.

- 2012 Le délai d'attente peut également déjà commencer à courir à une date où l'assuré touche encore des indemnités de chômage; tel est le cas, par exemple, lorsqu'il est considéré comme apte au placement au sens de l'AC, mais qu'il présente une capacité de travail déjà nettement réduite (RCC 1984 p. 240, 1979 p. 360). Les conséquences financières d'une réduction de la capacité de travail ne sont normalement pas déterminantes pour l'évaluation pendant le délai d'attente; celui-ci peut par exemple commencer à courir (ou déjà courir) alors que l'assuré fournit un travail supérieur à ce qui peut être raisonnablement exigé de lui (8C_961/2010).
- 2013 Le délai d'attente court également pendant une période de privation de liberté ordonnée par l'autorité (RCC 1989 p. 276, 1977 p. 128).
- 2014 On est en présence d'une *interruption notable du délai d'attente* lorsque l'assuré a exercé une activité à *plein temps* pendant au moins 30 jours consécutifs (art. 29^{ter} RAI). L'interruption a pour conséquence que, lors de la survenance d'une nouvelle incapacité de travail, un nouveau délai d'attente d'une année commence à courir.
- 2015 Il n'est pas tenu compte de la reprise d'une activité dont le but serait purement thérapeutique, alors qu'il ne subsiste plus de réelle capacité de travail utilisable sur le marché (RCC 1969 p. 571). Il en va de même d'une reprise qui, selon les constatations médicales, mettrait manifestement à trop lourde contribution les forces de l'assuré (RCC 1964 p. 179, 1963 p. 226).
- 2016 En ce qui concerne le délai d'attente pendant une mesure de réadaptation, se reporter au ch. 9005.

1.3.2 Calcul de l'incapacité de travail moyenne et du délai d'attente

- 2017 Le calcul de l'incapacité de travail moyenne et du délai d'attente peut être effectué en mois ou, pour plus de précision, en jours (base: 12 mois/365 jours).
- 2018 La formule suivante s'applique:
(a mois/jours à x % d'incapacité de travail) + (b mois/jours à y % d'incapacité de travail) + (c mois/jours à z % d'incapacité de travail) +... = 12 mois/365 jours à 40 % au moins d'incapacité de travail.
Deux exemples et les calculs y relatifs sont donnés à l'annexe II.
- 2019 Pour les personnes qui s'occupent du ménage, le calcul du délai d'attente s'effectue uniquement sur la base de l'incapacité de travail déterminée par le médecin et contrôlée par le SMR, et non pas en fonction des limitations de l'activité constatées lors de l'enquête sur place.
- 2019.1 Dans le cadre de la méthode mixte, il faut se fonder sur la moyenne pondérée de l'incapacité de travail dans les deux domaines, par analogie avec la détermination du taux d'invalidité (ATF 130 V 97).

1.4 Incapacité de gain permanente postérieure à l'échéance du délai d'attente

- 2020 Outre une incapacité de travail moyenne de 40 % pendant l'année de carence – condition nécessaire à la naissance du droit à une rente – l'assuré doit continuer à présenter une incapacité de travail de 40 % à l'échéance de ce délai (art. 28, al. 1, let. c, LAI en corrélation avec l'art. 7 LPGA; Pratique VSI 1996 p. 187).
- 2021 La durée de cette incapacité est sans importance quant au principe de l'ouverture du droit à la rente. Même une incapacité de gain résiduelle de courte durée y donne droit (RCC 1963 p. 131).

2022 L'évaluation de l'incapacité résiduelle s'effectue selon les méthodes indiquées aux ch. 3001 ss.

1.5 Assurés domiciliés en dehors des Etats de l'UE et de l'AELE

2023 En ce qui concerne les assurés domiciliés en dehors des Etats de l'UE et de l'AELE, le droit à une rente n'existe que s'ils présentent une incapacité de travail de 50 % en moyenne pendant une période d'un an sans interruption notable et si, à l'échéance du délai d'attente, le taux d'invalidité s'élève à 50 % au moins (voir ch. 1033).

1.6 Bases de décision

2024 Le prononcé ne peut être rendu que si tous les documents nécessaires à la décision ont été fournis. Le dossier doit notamment donner tous les renseignements sur:

- l'état de santé (rapports médicaux, rapports d'hospitalisation, rapports du SMR, expertises);
- la capacité de travail (rapports médicaux, rapports d'hospitalisation, rapports du SMR, expertises);
- l'activité lucrative et/ou l'activité dans le domaine d'activité (rapports de l'employeur, rapports d'observation);
- les conditions de revenu (rapports de l'employeur, clôture des comptes, documents fiscaux, extraits du CI);
- la capacité de gain (selon la méthode de mesure utilisée);
- l'aptitude à la réadaptation.

2. Début du droit à la rente

Art. 29, al. 1 à 3, LAI

¹ *Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1, LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré.*

² *Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22.*

³ *La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.*

- 2025
1/14
- En principe, le droit à la rente naît dès la survenance du cas d'assurance (ch. 1028 ss), mais au plus tôt six mois après le dépôt de la demande. Pour ce qui est de la mise en œuvre, l'office AI est néanmoins tenu d'examiner le droit à la rente pour la période précédant la demande et pendant les six mois qui suivent le dépôt de la demande. Le cas d'assurance est réalisé un jour après l'échéance du délai d'attente d'une année.
- 2026
- Le cas d'assurance n'est pas réputé survenu tant que l'assuré perçoit une indemnité journalière (art. 22 LAI en corrélation avec l'art. 29, al. 2, LAI) et pendant qu'il se soumet à des mesures de réadaptation ou à des mesures d'intervention précoce (Pratique VSI 2001 p. 148).

3. Demande tardive

Art. 24, al. 1, LPGA

Le droit à des prestations ... arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due.

- 2027
- Dans tous les cas, le droit à la rente ne peut naître que six mois au plus tôt après le dépôt de la demande à l'AI (cf. ch. 2025). Si une personne dépose sa demande à l'office AI plus de six mois après le début de son arrêt de

travail (ou du délai d'attente au sens des ch. 2008 ss), il s'agit d'une *demande tardive*; elle perd alors son droit à la rente pour tous les mois de retard.

Exemple:

Un assuré est en incapacité de travail depuis le 15 septembre 2008. Le cas d'assurance «rente» ne pourrait donc être réalisé qu'au 15 septembre 2009 (avec début du versement le 1^{er} septembre 2009 conformément à l'art. 29, al. 3, LAI), à condition toutefois que l'assuré ait déposé sa demande à l'AI avant le 15 mars 2009. Du fait qu'il ne la dépose que le 3 août 2009, sa rente ne peut lui être versée qu'à partir du 1^{er} février 2010. Il perd donc son droit pour les mois de septembre 2009 à janvier 2010.

- 2028
1/14
- Si l'assuré ne pouvait connaître les circonstances donnant droit à la rente ou s'il a été objectivement empêché d'agir en temps utile pour cause de force majeure (par ex. lors d'une maladie psychique grave), des prestations lui seront allouées rétroactivement à condition qu'il présente une demande dans les six mois qui suivent le moment où il a pris connaissance des faits ou la cessation de l'empêchement (par analogie avec la pratique actuelle selon la RCC 1988 p. 597, 1984 p. 420 s. consid. 1, 1975 p. 134). Il peut le faire même si les personnes énumérées à l'art. 66, al. 1, RAI n'ont pas agi à sa place, alors qu'elles étaient légitimées à le faire (par analogie avec la pratique actuelle selon la RCC 1983 p. 384, 1977 p. 52, 9C_336/2012). Dans ce cas, les prestations sont accordées à l'assuré dès le moment où toutes les conditions sont objectivement réalisées pour le droit à la rente. Le paiement des prestations arriérées ne s'effectue toutefois rétroactivement qu'au maximum sur cinq ans à partir du mois auquel la demande a été présentée (ch. 10205 DR).
- 2029
- Il n'y a pas demande tardive lorsque l'administration, lors de l'examen d'une première demande suffisamment motivée, n'a pas vu que l'assuré avait bel et bien droit à des prestations et, de ce fait, n'a pas pris de décision sur ce point. Si la personne dépose une nouvelle demande plus tard, le versement ultérieur de prestations arriérées sera

soumis à un délai de péremption absolu de cinq ans, à compter rétroactivement depuis le dépôt de la nouvelle demande (Pratique VSI 1997 p. 186).

Exemple:

Un assuré a présenté à l'AI, en mai 1998, une demande concernant des moyens auxiliaires qui lui ont été accordés. Bien qu'il ressorte du dossier que l'assuré pouvait également prétendre à une rente, l'office AI n'a pas examiné cette question. En mai 2004, il a présenté une nouvelle demande à l'AI réclamant expressément l'octroi d'une rente. On constate que les conditions étaient déjà remplies en février 1997. C'est pourquoi la rente peut lui être accordée à partir de mai 1999 (soit cinq ans avant le dépôt de la nouvelle demande).

- 2030 Il en va autrement lorsque le droit à des prestations lors de l'examen de la première demande a été rejeté à bon droit. Si l'office AI reçoit une nouvelle demande, la rente ne peut naître que six mois au plus tôt après le dépôt de la demande (ch. 2025).
- 2031 Les assurés mineurs qui, lorsqu'ils atteignent leur 18^e année, sont au bénéfice d'une prestation périodique de l'AI ou d'autres mesures (par ex. médicales), sont réputés annoncés à l'AI en vue de l'examen du droit à une indemnité journalière, à une rente ou à une allocation pour impotent. L'office AI examine d'office le droit à ces prestations. Le droit à la rente peut ici prendre naissance dès le 18^e anniversaire, sans qu'il soit nécessaire de déposer au préalable une demande formelle à l'AI.

4. Extinction du droit à la rente

Art. 30 LAI

L'assuré cesse d'avoir droit à la rente d'invalidité dès qu'il peut prétendre à la rente de vieillesse de l'AVS ou s'il décède.

- 2032 Le droit à une rente AI s'éteint aussi lorsque l'assuré est au bénéfice d'une rente de vieillesse anticipée (art. 40 LAVS).
- 2033 La question d'un éventuel ajournement de la rente de vieillesse ne se pose pas. Une rente de vieillesse qui remplace une rente d'invalidité ne peut pas être ajournée (art. 55^{bis}, let. b, RAVS).

Chapitre 2: Evaluation du taux d'invalidité

1. Méthodes d'évaluation

1.1 Généralités

- 3001 L'AI dispose de quatre méthodes d'évaluation différentes:
- *la méthode générale de comparaison des revenus*
Elle est applicable à toutes les personnes exerçant une activité lucrative et aux assurés dont on pourrait raisonnablement attendre qu'ils en exercent une. Le taux d'invalidité est déterminé par la comparaison de deux revenus de l'activité lucrative raisonnablement exigible: celui d'avant et celui d'après la survenance de l'atteinte à la santé (ch. 3009 ss).
 - *la méthode spécifique de comparaison des champs d'activités*
Elle s'applique aux assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative, comme les personnes qui s'occupent du ménage, les étudiants, les membres de communautés religieuses, etc. Le taux d'invalidité est déterminé par la comparaison des activités effectuées ou possibles avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (ch. 3079 ss).

- *la méthode mixte*
Elle s'applique aux personnes qui, parallèlement à une activité lucrative à temps partiel, exercent aussi une autre activité (par ex. le ménage, des études). Le taux d'invalidité sera déterminé par comparaison des revenus pour l'activité lucrative, et par la comparaison des champs d'activités pour l'activité ménagère (ch. 3096 ss).
- *la méthode extraordinaire*
Elle s'applique aux personnes exerçant une activité lucrative pour lesquelles le revenu comparé ne peut pas être établi de manière fiable, notamment en raison de la situation économique générale (période de récession, par ex.). Le taux d'invalidité sera déterminé en fonction des répercussions économiques de la baisse de performance de l'assuré (ch. 3103 ss).

- 3002 En principe, le taux d'invalidité sera établi sur la base d'une comparaison des revenus. Ce n'est que lorsqu'une détermination selon cette méthode s'avère impossible que l'on en choisira une autre.
- 3003 La loi ne connaît pas d'autres systèmes d'évaluation, tels que l'appréciation médico-théorique (tables d'invalidité). Ceux-ci ne sont donc pas admis (RCC 1967 p. 83, 1963 p. 222, 1962 p. 125 et 483).
- 3004 Il n'est pas permis – exception faite d'une situation claire (par ex. en cas d'incapacité de travail totale) – de fixer sans autre un taux d'invalidité correspondant à l'incapacité de travail retenue par les médecins (RCC 1962 p. 441). L'office AI doit toujours examiner si, et au besoin dans quelle mesure, la capacité de travail résiduelle est utilisable au mieux et quel revenu pourrait ainsi être réalisé dans l'accomplissement des travaux raisonnablement exigibles (activité lucrative). De même, lorsque la méthode spécifique est appliquée, c'est la comparaison concrète des champs d'activités et non pas l'appréciation de l'incapacité de travail faite par les médecins qui est prépondérante.

1.2 Détermination de la méthode d'évaluation

- 3005 Afin de déterminer la méthode d'évaluation qui sera retenue, il faut examiner concrètement l'activité que l'assuré exercerait s'il n'avait pas subi d'atteinte à la santé (activité lucrative à temps complet, à temps partiel, activité dans le ménage, etc.).
- 3006 Il faut prendre en considération l'ensemble des données du cas d'espèce, comme les éventuelles tâches éducatives ou les soins prodigués aux enfants, l'âge, les capacités professionnelles, la formation ainsi que les préférences et les aptitudes spécifiques de l'assuré, selon le critère de l'expérience générale de la vie (ATF 117 V 194). Dans le droit des assurances sociales, on requiert habituellement la preuve du degré de vraisemblance prépondérant (ATF 117 V 194; RCC 1989 p. 128). Il faut déterminer «rationnellement», sur la base de faits objectifs, quelle aurait été la décision de l'assuré dans sa situation concrète en l'absence d'atteintes à la santé. Cette décision subjective ne doit pas nécessairement être la décision objectivement la plus rationnelle (8C_319/2010, 8C_731/2010). Il faut, en particulier, tenir compte de l'évolution sociale dans la répartition des tâches entre homme et femme (ne pas figer l'attribution des rôles). Dans le cas de salariés, il faut partir du principe que l'assuré aurait continué à exercer une activité lucrative dépendante s'il n'avait pas subi d'atteinte à la santé, et ce aussi longtemps qu'il n'a pas été prouvé ou rendu suffisamment vraisemblable qu'il se serait installé à son compte dans l'intervalle.
- 3007 La méthode d'évaluation se détermine en fonction des circonstances existant au moment de la prise de décision (RCC 1989 p. 127 consid. 2b). Des changements importants intervenus jusque-là peuvent impliquer le choix d'une autre méthode d'évaluation. Un changement capital intervenant après la décision peut constituer un motif de révision (ch. 5005 ss).
- 3008 L'office AI consigne au dossier la méthode d'évaluation et les éléments de calcul importants pour la détermination du

taux d'invalidité, accompagnés d'un bref exposé des motifs.

2. Méthode générale de comparaison des revenus

Art. 16, LPGA

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

2.1 Cas d'application

La méthode générale de comparaison des revenus s'applique aux personnes suivantes:

- 3009 – aux assurés qui ont dû interrompre ou cesser leur activité lucrative pour cause de maladie ou d'accident et qui, sans handicap, auraient continué à exercer une activité lucrative;
- 3010 – aux personnes exerçant une activité lucrative qui, en raison de leur handicap, touchent un salaire inférieur à celui des personnes non invalides (par ex. les invalides de naissance ou précoces);
- 3011 – aux assurés qui, bien qu'ils n'aient pas exercé d'activité lucrative au moment de la survenance de l'atteinte à la santé, en auraient repris une (par ex. des personnes s'occupant du ménage, qui auraient vraisemblablement repris une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas devenues invalides; des assurés qui n'ont pas pu terminer leur formation professionnelle du fait de leur invalidité, ch. 3039);
- 3012
1/14 – aux assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative lors de la survenance de l'atteinte à la santé, mais desquels on pourrait raisonnablement exiger qu'ils en exercent une (par ex. des personnes en formation, desquelles une

activité lucrative est raisonnablement exigible, ch. 3040 ss). Cette question peut aussi se poser dans le cas de rentiers et de personnes retraitées (9C_9/2013 consid. 2.4). Si l'on y répond par la négative, les ch. 3079 s. s'appliquent.

2.2 Eléments de comparaison

- 3013 La méthode de comparaison des revenus consiste à déterminer le taux d'invalidité en comparant deux revenus hypothétiques, soit
- le *revenu hypothétique sans invalidité*, c'est-à-dire le revenu qu'une personne handicapée pourrait vraisemblablement réaliser si elle n'était pas devenue invalide (ch. 3021 ss);
 - et le *revenu hypothétique d'invalide*, c'est-à-dire celui qu'une personne handicapée pourrait réaliser malgré son invalidité en exerçant une activité raisonnablement exigible (ch. 3043 ss).
- 3014 Sont réputés revenu sans invalidité et revenu d'invalide déterminants, les revenus d'une activité lucrative présumés sur lesquels des cotisations AVS seraient perçues (art. 25, al. 1, RAI; RCC 1986 p. 432; 9C_699/2008). D'autres sources de revenus provenant notamment du patrimoine de l'assuré, de rentes et de pensions, de prestations d'assistance ou d'allocations familiales, ainsi que les créances sur d'autres assurances, n'entrent pas en ligne de compte (cf. ch. 3054 ss).
- 3015 Les revenus à comparer sont déterminés en fonction de l'ensemble de l'activité lucrative (principale et accessoire; 9C_883/2007, I 433/06).
- 3016 L'office AI ne prend en considération, en règle générale, que des revenus annuels se rapportant à la même période; le calcul des revenus déterminants doit être effectué compte tenu de la situation existant à la date du début de la rente (ATF 129 V 222 et 128 V 174). Il établit, sur des bases temporelles identiques, le revenu acquis en tant que

personne valide et celui acquis en tant qu'invalidé, ainsi que les éventuelles modifications des revenus comparés pouvant avoir une incidence sur la rente jusqu'à la date de la décision. Le cas échéant, une autre comparaison des revenus peut être effectuée avant la décision.

- 3017 Si une personne est domiciliée à l'étranger, la comparaison des revenus, avec et sans atteinte durable à la santé, doit s'effectuer sur le même marché du travail, car la disparité des niveaux de salaire et des coûts de la vie d'un pays à l'autre ne permet pas de procéder à une comparaison objective des revenus (RCC 1985 p. 469).
- 3018 La détermination des deux revenus se fera de manière très précise dans les zones limites du droit à la rente, c'est-à-dire lorsque le taux d'invalidité est proche de 40, 50, 60 ou 70 %. Dans les cas douteux, des investigations complémentaires doivent être entreprises.
- 3019 L'office AI procède à un rassemblement des comptes individuels, en particulier lorsque le revenu n'est pas établi de manière transparente.

2.2.1 Mise en parallèle des revenus

- 3020
1/14 Les deux revenus doivent être déterminés de façon objective. Dans certaines circonstances, il est néanmoins indiqué de procéder à une mise en parallèle des revenus. Lors de la comparaison des revenus, il faut soit ne pas tenir compte du tout des facteurs étrangers à l'invalidité, soit en tenir compte de manière identique pour les deux revenus. Lorsqu'un assuré n'a obtenu qu'un salaire nettement inférieur à la moyenne dans l'activité qu'il exerçait avant la survenance de l'invalidité, du fait de caractéristiques personnelles (par ex. une formation lacunaire, une faible maîtrise de la langue ou une employabilité restreinte en raison du type de permis de séjour) ou parce que le faible niveau salarial de la région où il travaille rend impossible l'obtention d'un salaire moyen, il faut admettre qu'avec une atteinte à la santé, il

ne pourra également obtenir qu'un revenu inférieur à la moyenne (ATF 135 V 58). La mise en parallèle des revenus à comparer a donc pour effet soit l'élimination des facteurs étrangers à l'invalidité, soit leur prise en compte de manière identique pour les deux revenus (cf. ch. 3020.4 et ch. 3020.5).

Exceptions à la mise en parallèle

- 3020.1
1/13
- Aucun élément ne doit attester que l'assuré a lui-même voulu se contenter d'un revenu plus modeste (ATF 135 V 297, ATF 134 V 322, 9C_488/2008, ATF 135 V 58, 9C_996/2010). Si l'assuré s'est contenté pendant plusieurs années d'un revenu modeste tiré d'une activité indépendante alors que sa capacité de travail n'était pas encore diminuée, ce revenu est déterminant pour l'établissement de son revenu sans invalidité, même si des possibilités d'exercer une activité mieux rémunérée ont pu se présenter. Le Tribunal fédéral a aussi rejeté en règle générale la mise en parallèle des revenus pour les indépendants (8C_626/2011).
- 3020.2
1/14
- Lorsque les mêmes facteurs extérieurs à l'invalidité ont une influence (négative) sur le niveau du salaire des valides comme des invalides, il n'est pas nécessaire de mettre en parallèle les revenus à des fins de comparaison (9C_112/2012 consid. 4.5).
- 3020.3
1/13
- Lorsque l'assuré n'aurait pas (ou pas exclusivement) maintenu l'un des engagements qu'il avait jusque-là, il faut prendre comme base du revenu sans invalidité non pas le gain effectif (inférieur à la moyenne, le cas échéant), mais une valeur statistique; cela dit, en pareil cas, la question de la mise en parallèle des revenus ne se pose même pas. En revanche, une déduction due à l'atteinte à la santé est admissible sur le salaire du barème (9C_595/2010).
- 3020.4
1/13
- On procède à une mise en parallèle lorsque la différence entre le revenu effectivement perçu et le salaire spécifique à la branche figurant sur le barème (selon l'ESS) est supé-

rieure à 5 % (ATF 135 V 297). L'importance de la différence est contrôlée d'office.

- 3020.5
1/13 Seule la partie excédant ces 5 % entre en ligne de compte dans la mise en parallèle. Ainsi, si la différence est de 12 %, la part à prendre en considération pour le revenu sans invalidité ne représente que 7 %.

Exemple

Revenu sans invalidité	37 453 francs
Salaire usuel dans la branche selon l'ESS (TA1)	42 560 francs
Différence en francs	5 107 francs
En pourcentage	12 %
Part du revenu sans invalidité à ajouter (12 % - 5 %) : 7 %	2 979 francs
<i>Revenu sans invalidité déterminant pour le calcul du taux d'invalidité</i>	<i>40 432 francs</i>

- 3020.6
1/13 La mise en parallèle peut être faite soit du côté du *revenu sans invalidité*
- par le relèvement du revenu effectivement perçu;
 - ou
 - en s'appuyant sur les valeurs statistiques: la valeur de comparaison n'est alors pas le total payé par toutes les branches économiques mais le salaire habituellement versé pour une activité similaire (9C_632/2010),
- soit du côté du *revenu d'invalidité*
- par l'abaissement de la valeur statistique.

- 3020.7
1/13 Après la mise en parallèle des revenus à comparer, il faut encore, le cas échéant, procéder à la déduction due à l'atteinte à la santé sur le revenu d'invalidité (ch. 3067.1 ss.).

- 3020.8
1/13 On veillera à ce que les facteurs ne relevant pas de l'invalidité pris en compte dans la mise en parallèle ne soient pas à nouveau intégrés dans le calcul de la déduction faite en raison de l'atteinte à la santé.

2.3 Revenu sans invalidité

2.3.1 Notion

- 3021 On entend par revenu hypothétique sans invalidité le revenu que l'assuré réaliserait avec une vraisemblance prépondérante, eu égard à l'ensemble des circonstances, s'il n'était pas devenu invalide (RCC 1973 p. 198, 1964 p. 388, 1961 p. 338; I 1034/06, ATF 131 V 51, 129 V 224, consid. 4.3.1, 9C_404/2007, VSI 2002, p. 161 consid. 3b). En règle générale, le revenu sans invalidité est déterminé sur la base du dernier salaire effectivement perçu, sans prendre en considération ce que l'assuré aurait pu gagner dans la meilleure des hypothèses. Si, du point de vue de l'état de santé, l'assuré était en mesure de travailler à temps complet, mais a réduit son temps de travail de son plein gré, par exemple pour avoir plus de temps libre, ou parce que la situation du marché du travail ne lui permettait pas d'exercer une activité à temps complet, il faut considérer comme revenu sans invalidité le revenu effectivement obtenu et non celui qu'il aurait pu réaliser en travaillant à temps complet.
- 3022 Comme point de départ, on prend en considération le revenu d'une personne saine de corps et d'esprit, de même âge, ayant la même formation et une situation professionnelle correspondante ou analogue dans le même environnement local (RCC 1989 p. 456, 1986 p. 432).
- 3023
1/13 Est également pris en compte comme revenu hypothétique sans invalidité le revenu provenant d'une activité accessoire, si l'on peut admettre qu'elle a été exercée régulièrement sur une période relativement longue. Les heures supplémentaires régulièrement accomplies comptent aussi dans le revenu sans invalidité (9C_45/2008, I 181/05, I 273/05, 8C_671/2010). Lorsqu'un taux d'occupation supérieur à 100 % a été pris en compte pour déterminer le revenu sans invalidité, ce taux supérieur peut aussi être pris comme base pour déterminer le revenu d'invalide, si aucune raison de santé ne s'y oppose (9C_766/2011 consid. 3.2).

- 3023.1 1/14 Les pourboires ne sont pas pris en compte pour l'évaluation du revenu sans invalidité, pour autant qu'ils ne sont pas soumis aux cotisations paritaires (8C_514/2012 consid. 4.2).
- 3024 1/14 Il faut considérer les cas particuliers suivants:
- lorsque le revenu est soumis à des fluctuations très importantes à relativement court terme, on se base, pour fixer le revenu sans invalidité, sur le revenu moyen réalisé pendant une assez longue période (RCC 1985 p. 474). Si l'assuré a effectué des heures supplémentaires en nombre très variable et en l'absence d'invalidité, il ne faut alors pas se fonder pour le calcul du revenu sans invalidité sur le revenu de l'année précédente, mais sur une valeur moyenne calculée sur plusieurs années (9C_979/2012 consid. 4);
 - dans le cas d'assurés au chômage complet ou partiel, on entend par revenu hypothétique sans invalidité le revenu que la personne aurait probablement réalisé dans une situation équilibrée du marché du travail si elle n'avait pas perdu son emploi;
 - si le revenu sans invalidité est particulièrement bas, on vérifiera s'il existait auparavant une atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité (par ex. si une demande a déjà été déposée précédemment auprès de l'AI; s'il existe des indices pour admettre qu'en plus de l'atteinte à la santé sur laquelle se fonde la demande, il pourrait éventuellement y avoir d'autres maladies préexistantes; si la nature de la maladie laisse supposer qu'elle a déjà eu auparavant des répercussions négatives sur la capacité de gain; RCC 1985 p. 659);
 - si un revenu sans invalidité est supérieur à la moyenne, il ne doit être pris en compte que s'il est établi avec un degré de vraisemblance prépondérant que l'assuré aurait continué à le réaliser (8C_671/2010) ;
 - s'il peut être raisonnablement exigé de l'assuré qu'il travaille par équipe après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut éliminer de l'estimation du revenu sans invalidité et du revenu d'invalidité toute allocation pour travail par équipe (I 398/05, I 751/06).

Exemple:

Une auxiliaire âgée de 40 ans présente, selon la SUVA, une incapacité de gain de 25 %. Toutefois, son dossier concernant les mesures pour la formation scolaire spéciale dont elle a jadis bénéficié fait état d'une atteinte à la santé mentale de degré moyen, raison pour laquelle elle n'a pas pu acquérir de connaissances professionnelles suffisantes. C'est pourquoi le revenu hypothétique sans invalidité est nettement plus élevé que le revenu effectif qu'elle réalisait avant son accident. Ce n'est donc pas ce revenu qui est déterminant mais le revenu moyen selon l'art. 26, al. 1 RAI, si bien que le taux d'invalidité fixé selon la LAI doit être plus élevé que celui retenu par la SUVA.

2.3.2 Evaluation du revenu sans invalidité

2.3.2.1 Salariés

- 3025 Pour déterminer le revenu sans invalidité, il faut se baser sur le salaire qu'il est possible de réaliser à un poste de travail identique dans la même entreprise ou dans une entreprise similaire.
- 3026 Il faut tenir compte des augmentations de salaire qui seraient intervenues pour des raisons d'ancienneté ou de changement dans la situation familiale, et des chances réelles d'avancement que le handicap a compromises. En revanche, de simples possibilités théoriques d'avancement ne peuvent pas être prises en considération (RCC 1963 p. 220).
- 3027 On ne tient pas compte des frais accessoires au salaire à la charge de l'employeur et non soumis aux cotisations AVS (RCC 1986 p. 432).
- 3028 Pour déterminer le revenu sans invalidité, l'office AI adresse à l'employeur de l'assuré un questionnaire (cf. annexe I).

3028.1 1/14 Les dirigeants d'une société anonyme ou d'une société à responsabilité limitée doivent être considérés comme des salariés. Toutefois, si une personne dirigeant une telle société dispose d'une influence déterminante sur celle-ci (par ex. parce qu'elle est la seule à avoir le droit de signature), il est justifié d'évaluer l'invalidité avec la méthode utilisée pour les indépendants (par ex. en tenant compte de la moyenne des revenus de plusieurs années ou par une comparaison pondérée des champs d'activités, cf. 8C_898/2010). On considère notamment qu'un assuré employé par une société anonyme revêt un statut d'indépendant s'il dispose d'une influence déterminante sur l'entreprise en sa qualité d'actionnaire unique. Comme, de par sa position d'actionnaire unique, il a en outre une influence déterminante sur la répartition des revenus entre salaire et bénéfice, on ne peut pas se baser seulement sur les extraits du CI pour fixer le degré d'invalidité (8C_346/2012).

2.3.2.2 Indépendants en général

- 3029 Pour évaluer le revenu sans invalidité, on examine le développement probable qu'aurait suivi l'entreprise de l'assuré si celui-ci n'était pas devenue invalide (RCC 1963 p. 427).
- 3030 On prend notamment en considération les aptitudes professionnelles et personnelles de l'assuré, la nature de son activité, de même que la situation économique et le développement de l'entreprise (RCC 1961 p. 338) avant la survenance de l'invalidité. Le revenu moyen ou les résultats d'entreprises similaires peuvent servir de base d'appréciation du revenu hypothétique (RCC 1962 p. 125). Toutefois, un tel revenu ne doit pas être directement comparé au revenu hypothétique sans invalidité (RCC 1981 p. 40).
- 3031 On fait abstraction du revenu qui ne proviendrait pas de l'activité propre de la personne handicapée (intérêt du capital engagé dans l'entreprise, part du revenu attribuable à la collaboration des proches [ch. 3033], etc.; RCC 1962 p. 481).

3032 L'office AI se fait remettre la comptabilité de plusieurs exercices. Il examine en particulier les postes qui accusent des écarts depuis la survenance de l'atteinte à la santé (les frais du personnel, les amortissements, le revenu brut et net ainsi que le rapport de celui-ci au chiffre d'affaires). Par ailleurs, les revenus sont relevés d'après différents documents (déclaration de revenus à la caisse de compensation) et, si nécessaire, par une enquête sur place (cf. ch. 2114 ss CPAI). Un rapport d'enquête devra, le cas échéant, donner des renseignements suffisamment précis sur la situation de l'entreprise. Les données des déclarations fiscales ne permettent pas de se prononcer sur le revenu réel (ATF 8C_9/2009).

2.3.2.3 Indépendants qui exploitent une entreprise familiale

Art. 25, al. 2, RAI

Les revenus déterminants pour l'évaluation de l'invalidité d'un indépendant qui exploite une entreprise en commun avec des membres de sa famille seront fixés d'après l'importance de sa collaboration.

3033 Si l'assuré exploite une entreprise familiale dans laquelle des membres de sa famille travaillent sans rémunération, il s'agit de déterminer, pour évaluer le revenu sans invalidité, la part de revenu pouvant lui être attribuée, en fonction de son activité dans l'entreprise avant la survenance de l'atteinte à la santé. L'office AI se fonde à cet égard sur l'ensemble des revenus de l'entreprise.

3034 Là aussi, la procédure selon le ch. 3032 est déterminante.

2.3.2.4 Invalides de naissance ou précoces sans connaissances professionnelles suffisantes

Art. 26, al. 1, RAI

Lorsque l'assuré n'a pu acquérir de connaissances professionnelles suffisantes à cause de son invalidité, le revenu qu'il pourrait obtenir s'il n'était pas invalide correspond en pour-cent, selon son âge, aux fractions suivantes du revenu moyen des salariés, tel qu'il ressort de l'enquête de l'Office fédéral de la statistique sur la structure des salaires:

<i>Après ... ans révolus</i>	<i>Avant ... ans révolus</i>	<i>Taux en %</i>
	21	70
21	25	80
25	30	90
30		100

- 3035 Les invalides de naissance ou précoces sont des assurés qui présentent une atteinte à la santé depuis leur naissance ou leur enfance et n'ont pu, de ce fait, acquérir des connaissances professionnelles suffisantes (RCC 1973 p. 538, 1969 p. 239). Entrent dans cette catégorie toutes les personnes qui, en raison de leur invalidité, n'ont pu terminer aucune formation professionnelle, ainsi que les assurés qui ont commencé, voire achevé, une formation professionnelle mais qui étaient déjà invalides au début de cette formation et qui, de ce fait, ne peuvent prétendre aux mêmes possibilités de salaire qu'une personne non handicapée ayant la même formation (voir l'exemple donné au ch. 3024).
- 3036 En revanche, s'il est établi que ce sont des raisons étrangères à leur invalidité, telles que des circonstances familiales ou financières, qui ont empêché les assurés d'acquérir des connaissances professionnelles suffisantes, on n'est pas en présence d'une invalidité de naissance ou précoce (RCC 1978 p. 33).

- 3037 On entend par «*connaissances professionnelles suffisantes*» des connaissances acquises lors d'une formation professionnelle complète. Les formations élémentaires sont également assimilées à une telle formation lorsqu'elles permettent d'acquérir, par des moyens spécialement adaptés à l'invalidité, à peu près les mêmes connaissances professionnelles qu'un apprentissage proprement dit ou qu'une formation ordinaire, et qu'elles offrent aux assurés pratiquement les mêmes possibilités futures de gain (RCC 1974 p. 506).
- 3038 Pour déterminer le revenu sans invalidité, on se réfère toujours au revenu moyen au sens de l'art. 26, al. 1, RAI. On ne peut faire intervenir le revenu d'une profession particulière pour laquelle l'assuré aurait peut-être opté s'il n'était pas devenu invalide, en raison de certaines inclinations ou de l'activité et de la formation de ses frères et sœurs (RCC 1973 p. 538, 1969 p. 239).

2.3.2.5 Assurés qui n'ont pas pu achever leur formation professionnelle en raison de leur invalidité

Art. 26, al. 2, RAI

Lorsque l'assuré a été empêché par son invalidité d'achever sa formation professionnelle, le revenu qu'il pourrait obtenir s'il n'était pas invalide est le revenu moyen d'un travailleur de la profession à laquelle il se préparait.

- 3039 Cette disposition vise les assurés qui ont commencé une formation professionnelle et n'ont pas pu la terminer parce que le cas d'invalidité est survenu, mais aussi ceux qui, bien qu'ayant achevé leur formation, n'ont pas pu exercer la profession apprise en raison de leur invalidité (RCC 1963 p. 365). Sont également concernés les assurés qui, en raison de leur invalidité, ont dû suivre une formation offrant un degré de qualification inférieur à la formation commencée ou envisagée au départ (RCC 1973 p. 538). L'expression «formation envisagée» se réfère à la situation d'une personne jeune ayant des projets concrets en ce qui

concerne sa formation mais qui devient invalide peu avant de commencer cette formation.

2.3.2.6 Assurés en formation professionnelle dont on peut raisonnablement attendre qu'ils entreprennent une activité lucrative

- 3040 Lorsqu'on peut attendre d'un assuré encore en formation professionnelle (sans droit à une indemnité journalière) qu'il entreprenne une activité lucrative (voir art. 26^{bis} RAI), l'invalidité sera évaluée selon la méthode utilisée pour les salariés, à l'issue d'un délai d'attente d'une année au cours duquel l'assuré pourrait déjà être dans la vie active (RCC 1982 p. 473). Le revenu que l'assuré pourrait raisonnablement réaliser est déterminant pour l'évaluation du revenu sans invalidité.
- 3041 On peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il entreprenne une activité lucrative lorsque la formation déjà reçue est estimée suffisante et que la nouvelle formation suivie ne peut plus être considérée comme formation professionnelle initiale au sens de l'art. 16 LAI.
- 3042 Il faut distinguer de ces cas celui d'un assuré dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il entreprenne une activité lucrative (ch. 3090 ss).

2.4 Revenu d'invalide

2.4.1 Notion

- 3043 Le revenu d'invalide correspond au revenu qu'une personne handicapée pourrait encore réaliser en exerçant une activité que l'on peut raisonnablement attendre d'elle (ch. 3044 ss), après l'exécution d'éventuelles mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (ch. 3050 ss).

2.4.2 Activité lucrative exigible

2.4.2.1 Généralités

- 3044 La mesure de l'activité lucrative que l'on peut raisonnablement exiger d'une personne dépend de critères objectifs. Sont notamment déterminants les éléments suivants:
- la limitation liée au handicap,
 - les mesures de réadaptation envisageables.
- L'évaluation de l'activité lucrative raisonnablement exigible s'effectue, en principe, sans tenir compte de la situation momentanée du marché du travail (ch. 3050 ss).
- 3045 Peu importe, pour l'évaluation du revenu d'invalidé, que la personne handicapée exerce effectivement l'activité que l'on peut raisonnablement attendre d'elle. Elle ne peut donc par exemple pas prétendre à une rente si elle n'utilise pas pleinement sa capacité de travail, obéissant à des considérations purement personnelles, alors qu'en exerçant une telle activité, elle pourrait réaliser un revenu excluant l'octroi d'une rente (RCC 1982 p. 471, 1980 p. 581).

2.4.2.2 Possibilités de travail exigibles

- 3046 La possibilité de gain est déterminée en premier lieu par la capacité de travail résiduelle, c'est-à-dire la capacité d'exercer une activité donnée dans des limites (horaire de travail et aptitudes fonctionnelles) déterminées (ch. 2004).
- 3047 Evaluer la capacité de travail en fonction de l'état de santé de l'assuré, c'est-à-dire déterminer s'il peut ou doit travailler assis ou debout, à l'extérieur ou dans un local chauffé, s'il peut soulever et porter des charges, etc. est une tâche incombant aux médecins (RCC 1982 p. 34, 1962 p. 441). L'office AI se fonde sur le rapport du SMR, sauf pour les cas dus exclusivement à un accident ou à une maladie professionnelle et pour lesquels il dispose de documents clairs de l'assurance-accidents ou de l'assurance militaire. Les médecins ou le SMR ne doivent cependant pas se pronon-

cer sur des questions touchant à la capacité de gain ou au taux d'invalidité.

- 3048 L'office AI examine les activités professionnelles concrètes qui, en principe, entrent en considération compte tenu des données fournies par le SMR et des autres aptitudes de l'assuré.

2.4.2.3 Mesures de réadaptation préalables raisonnablement exigibles

- 3049 On peut, en principe, exiger que l'assuré se soumette à toutes les mesures de réadaptation qui le rendent capable d'exercer l'activité lucrative que l'on peut raisonnablement attendre de lui au sens des ch. 3044 ss (art. 7a LAI, RCC 1983 p. 246). Pour les effets d'un refus de telles mesures, se reporter aux ch. 7010 ss.

2.4.2.4 Marché du travail équilibré

- 3050 La notion de «marché du travail équilibré» est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction, quant à l'obligation d'accorder des prestations, entre les cas tombant sous le coup de l'AC et ceux qui relèvent de l'AI. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail qui offre un éventail d'emplois diversifiés (RCC 1985 p. 469).
- 3050.1 L'âge avancé, bien qu'il constitue en soi un facteur étranger à l'invalidité, est reconnu par la jurisprudence comme un critère pouvant aboutir, avec d'autres caractéristiques personnelles et professionnelles de l'assuré, à ce que la capacité de gain résiduelle de ce dernier ne soit plus demandée même sur un marché du travail équilibré. L'influence de l'âge sur la possibilité de mettre en valeur la capacité de travail résiduelle ne peut être déterminée selon une règle générale, mais dépend des circonstances concrètes. Il faut considérer d'abord la nature et la forme

de l'atteinte à la santé et de ses conséquences, puis, compte tenu du peu d'années d'activité qui restent, à la charge que représenteraient une reconversion et une initiation à de nouvelles tâches, et aussi, dans ce contexte, à la structure de la personnalité de l'assuré, à ses aptitudes et à son savoir-faire, à sa formation, à son parcours professionnel ou à la possibilité d'appliquer son expérience professionnelle (9C_427/2010). Il faut cependant que les obstacles soient importants pour que l'on admette que la capacité de travail résiduelle d'une personne d'un certain âge ne peut plus être mise en valeur et que l'on conclue que ses chances d'être engagée sur un marché du travail considéré de par la loi comme équilibré ne sont pas intactes (8C_96/2012).

3050.2 Exemples tirés de la pratique du Tribunal fédéral:

1/14 Le Tribunal fédéral conclut que la capacité de travail résiduelle peut être mise en valeur:

- par un assuré de 60 ans qui avait travaillé principalement en tant que bonnetier dans l'industrie textile. Il était certes jugé difficile à placer, mais des possibilités d'occupation étaient imaginables pour lui dans l'hypothèse d'un marché du travail équilibré, car l'assuré, bien que matériellement limité dans son travail (des travaux légers ou de difficulté moyenne impliquant un déplacement ou en position debout ou assise dans un espace fermé restaient raisonnablement exigibles), demeurait capable de travailler à plein temps;
- par un assuré de 58 ans, de formation commerciale, qui en raison d'une grave surdité de l'oreille interne avait besoin d'un poste de travail répondant à des exigences particulières, considérant notamment qu'il lui restait tout de même une durée d'activité de sept ans;
- par un assuré de 60 ans présentant une capacité de travail réduite de 30 % notamment en raison de problèmes rhumatologiques et cardiaques;

- par un assuré de 60 ans à qui s’offrait un éventail relativement large d’activités auxiliaires raisonnablement exigibles, malgré différents problèmes de dos.

Le Tribunal fédéral conclut que la capacité de travail résiduelle ne peut pas être mise en valeur:

- par un assuré de plus de 61 ans sans formation professionnelle, n’ayant aucune connaissance préalable des activités manuelles légères qui étaient raisonnablement exigibles d’un point de vue médical à un taux de 50 %, dont la capacité de travail partielle était entravée par d’autres limitations dues à la maladie et dont les spécialistes de l’orientation professionnelle avaient conclu qu’il ne possédait pas la faculté d’adaptation nécessaire à un changement de profession;
- par un assuré de près de 64 ans souffrant de multiples maux qui limitaient sa capacité de travail à 50 %, capacité restreinte de surcroît par diverses obligations;
- par un magasinier de 64 ½ ans qui devrait changer de profession pour pouvoir exercer les activités de substitution faciles et variant les efforts physiques qui pourraient encore être raisonnablement exigées de lui.

3050.3 Pour évaluer la question de l’utilisation de la capacité de travail résiduelle chez une personne d’âge avancé, le moment auquel il a été conclu à l’exigibilité médicale de l’exercice d’une activité lucrative (résiduelle) est décisif. Il s’agit du moment auquel la situation médicale peut être considérée comme suffisamment éclaircie (ATF 138 V 457).

3051 Les perspectives de gain ouvertes aux assurés doivent être appréciées en faisant, le plus possible, abstraction des fluctuations de la conjoncture économique, et compte tenu d’une situation équilibrée du marché du travail, dans les branches entrant en considération pour l’exercice de l’activité réputée exigible (RCC 1989 p. 328). Toutefois, s’il arrive qu’une offre ne soit faite qu’en raison d’une situation

très favorable du marché du travail, on ne saurait se fonder sur elle pour juger de l'activité que l'invalidé est à même d'exercer (sous réserve d'un rapport de travail particulièrement stable au sens du ch. 3053, 3^e tiret). Dans ce cas, il faudrait partir des possibilités réelles dans une situation équilibrée du marché du travail (RCC 1961 p. 79).

- 3052 Lorsque la situation du marché du travail n'est pas équilibrée, le revenu annuel effectif provenant d'une activité lucrative ne peut être considéré comme revenu d'invalidé déterminant que si, vu l'ensemble des circonstances, on peut s'attendre à ce qu'il ne varie pas, et cela même en cas de normalisation du marché du travail (ch. 3053). Il n'en va pas ainsi, en particulier, lorsque le revenu réalisé est diminué par suite de chômage temporaire ou partiel du fait de la conjoncture, ou lorsqu'à l'inverse, dans une situation du marché du travail particulièrement favorable, les personnes gravement handicapées gagnent bien leur vie mais qu'elles sont considérablement désavantagées par la concurrence dans une situation équilibrée du marché du travail.

Exemple:

En raison des troubles psychiques chroniques – reconnus comme maladie – dont souffre un employé de bureau, ses prestations varient sensiblement et il a de fréquentes disputes au travail avec, pour conséquence, de nombreux changements d'emploi. Pendant la haute conjoncture, il trouve malgré tout constamment du travail et parvient à réaliser un revenu presque normal. En revanche, pendant la récession, cet assuré ne trouve du travail que de façon sporadique, bien que son état de santé ne se soit pas aggravé. Dans un tel cas, aucun des deux revenus effectifs ne correspond à celui qu'il pourrait vraisemblablement réaliser dans une situation équilibrée du marché du travail. Par conséquent, on ne peut conclure à l'absence d'invalidité pendant la haute conjoncture et accorder ensuite, en période de récession, une rente entière sur la base d'un revenu effectif désormais moins élevé. Mais il est tout aussi inadmissible de continuer à nier l'existence d'une invalidité ouvrant le droit à la rente en invoquant pour motif que la perte de gain est due au chômage.

2.4.3 Evaluation du revenu d'invalidé

2.4.3.1 Conditions permettant d'assimiler le revenu effectif au revenu d'invalidé

- 3053 Le revenu effectif est réputé revenu d'invalidé déterminant, sous réserve de la déduction des frais d'obtention du revenu liés à l'invalidité pouvant être déduits (ch. 3063 ss), lorsque:
- l'assuré exerce une activité dans laquelle on peut admettre que sa capacité de travail résiduelle est pleinement utilisée, au sens où s'entend la notion d'activité lucrative raisonnablement exigible; et que
 - le revenu réalisé correspond au travail fourni; et que
 - soit on peut s'attendre à ce qu'un tel revenu puisse aussi être obtenu ailleurs, de façon durable dans une situation équilibrée du marché du travail, et ce dans une mesure raisonnablement exigible, soit on est en présence de conditions de travail particulièrement stables (RCC 1973 p. 198, 1961 p. 79), excluant pour ainsi dire un changement d'emploi ou le laissant apparaître comme très improbable, même sans invalidité. On est en présence de conditions de travail particulièrement stables lorsque l'on peut admettre que l'assuré exercera vraisemblablement son activité aussi longtemps que son handicap le lui permettra, et cela indépendamment de la situation du marché du travail.
- 3053.1 Si l'assuré ne réalise pas entièrement le taux d'occupation raisonnablement exigible de lui, le salaire réalisé peut, dans certaines conditions, être converti afin qu'il corresponde à ce taux d'occupation (I 171/04, 8C_579/2009, 8C_25/2010).
- 3053.2 Le revenu effectif est pris en considération, même lorsque l'employeur estime que les performances de l'assuré ne correspondent pas à son taux d'occupation contractuel, pour autant que
- l'assuré se trouve dans des rapports de travail stables,
 - le taux d'occupation effectif se trouve dans la plage de la capacité de travail attestée sans réserve.

2.4.3.2 Revenus exclus du calcul

- 3054 – *Revenu d'une activité lucrative que l'on ne peut raisonnablement exiger* (ch. 3044 ss). Une activité, même si elle est appropriée en soi, ne saurait être exigée si elle dépasse manifestement les forces de la personne handicapée (la faisant travailler, par exemple, 6 heures par jour au lieu de 4). Dans de tels cas, ne peut être pris en compte que le revenu correspondant à une prestation de travail exigible au vu des circonstances. Pour juger de ce qui peut être exigé, les constatations médicales ont, en général, une valeur prépondérante. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé et correspondant à une activité raisonnablement exigible, on se fondera sur un tableau de l'ESS (9C_648/2010).
- 3055 – *Revenu réalisé par la personne handicapée lors d'une activité provisoire ou dans des circonstances tout à fait particulières*, même si le revenu provient d'une activité exigible. Ainsi, le salaire versé durant un essai de réadaptation n'est, en général, pas pris en compte pour déterminer le revenu d'invalidé.
- 3056 – 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 (art. 25, al. 1, let. a, RAI).

Exemple:

Une employée de bureau payée au mois qui ne peut plus travailler que quatre heures par jour en raison d'une affection cardiaque est souvent absente du fait d'une incapacité de travail totale justifiée. La moyenne annuelle de ses absences cumulées est d'au moins trois mois. La perte de salaire qui en résulte ne peut être prise en compte comme salaire d'invalidé, si bien que le revenu d'invalidé déterminant ne s'élève plus qu'aux trois quarts du revenu annuel réalisé.

- 3057 En revanche, la perte de salaire résultant d'une maladie ou d'un accident passagers (ne débouchant pas sur une inva-

lidité) ne peut pas être déduite lors du calcul du revenu d'invalidé (RCC 1986 p. 496).

3058 – «*Salaire social*» (prestation sociale bénévole; RCC 1978 p. 473, 1970 p. 336, 1965 p. 158, 1961 p. 467). On entend par là des prestations versées par l'employeur à l'assuré alors qu'en raison d'une capacité de travail réduite, celui-ci ne peut manifestement fournir la contrepartie correspondante du point de vue quantitatif ou qualitatif (art. 25, al. 1, let. b, RAI). Si, par exemple, une personne handicapée qui ne peut plus fournir que la moitié de sa prestation au cours d'un horaire normal ou qui ne peut travailler qu'à la demi-journée à une cadence normale, reçoit son salaire habituel correspondant à une journée de travail complète, la moitié de ce salaire sera considérée comme un salaire social.

3059
1/14 En principe, il y a lieu de présumer que le salaire obtenu correspond au travail fourni (RCC 1980 p. 321). L'expérience montre qu'il est hautement improbable qu'un employeur verse un salaire à un employé invalide pendant plusieurs années, sans que ce dernier ne fournisse une prestation (équivalente ou adéquate). Etant donné qu'en principe le salaire payé correspond à la prestation fournie, l'existence d'un *salaire social* doit être prouvée par des éléments solides. Les preuves sont évalués compte tenu du fait que l'employeur peut avoir un intérêt à signaler le versement d'un salaire social (9C_745/2012 consid. 5.2). Le fait qu'une personne doive, pour des raisons de santé, réduire ou ralentir quelque peu sa prestation n'est pas un motif suffisant pour reconnaître un salaire social lorsque ce changement se situe dans les limites des différences qui n'ont généralement pas d'incidences sur le poste de travail et que l'employeur accepte sans réduction de salaire.

3060 Le versement d'un salaire social est souvent le fait de relations de parenté, d'amitié ou d'affaires entre l'employeur et l'assuré ou sa famille, de l'ancienneté du rapport de service ou de la classification dans des classes de salaire fixe. Dans le cas d'un engagement récent ou de courte durée, il n'y a normalement aucune raison d'accorder des presta-

tions sociales bénévoles. Les difficultés inhérentes au démarrage d'une activité, qui entraînent inévitablement – même pour les personnes non invalides – une performance temporairement moins bonne, ne sont pas un argument à l'appui de prestations sociales bénévoles.

- 3061 Le SMR examine si l'incapacité de travail admise médicalement est telle que l'octroi d'un «salaire social» dans la mesure indiquée se justifie.
- 3062 – *Indemnités journalières de l'AI, allocations pour perte de gain au sens de la LAPG et indemnités de chômage* (art. 25, al. 1, let. c, RAI)

2.4.3.3 Déduction des frais d'obtention du revenu dus à l'invalidité

- 3063 Peuvent être déduits du revenu tous les frais qui sont imposés durablement, de par l'invalidité, pour l'obtention de ce revenu (RCC 1986 p. 496, 1968 p. 581, 1967 p. 508, 1964 p. 331).
- 3064 Les frais doivent être justifiés objectivement, documents à l'appui. Ils doivent être directement ou indirectement imputables à l'invalidité. L'assuré les assume lui-même (ils ne sont pas couverts par l'assurance sociale [AI comprise] ou une assurance privée).
- 3065 Font partie, par exemple, des frais permanents, liés à l'invalidité
- les moyens pour se rendre au lieu de travail (frais d'utilisation d'un véhicule personnel, d'abonnement de train ou d'accompagnement);
 - les frais visant le maintien de la capacité de gain (traitement médical et/ou médicamenteux régulier);
 - les frais de logement et de soins.

2.4.3.4 Barèmes de salaires

- 3066
1/14 Les barèmes de salaires (Enquête suisse sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique [ESS]) peuvent être utilisés pour la détermination du revenu d'invalidé lorsque l'assuré n'a pas exercé une nouvelle activité lucrative – ou du moins aucune activité raisonnablement exigible – après la survenance de l'atteinte à la santé (ATF 126 V 75 ss).
- 3066.1 Si on peut s'appuyer sur une activité effectivement exercée mais que l'assuré ne réalise pas entièrement le taux d'occupation raisonnablement exigible de lui, le salaire réalisé peut, dans certaines conditions, être converti afin de correspondre à ce taux d'occupation (I 171/04, 8C_579/2009, 8C_25/2010).
- 3067
1/14 Sont déterminants, si l'on se fonde sur l'ESS, les tableaux de salaires bruts (groupe de salaires A, cf. ATF 126 V 75 ss). On s'appuie en règle générale sur le tableau TA1, mais en fonction de la situation concrète, il est possible d'utiliser d'autres tableaux du groupe A (8C_671/2010). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (SVR 2008 IV n° 20 p. 63). On peut donc – exceptionnellement – se référer au salaire d'un secteur particulier («Production» ou «Services») ou même d'une branche déterminée, si cela permet de tenir compte de l'utilisation lucrative, raisonnablement exigible dans le cas d'espèce, de la capacité de travail résiduelle, notamment chez des personnes qui, avant l'atteinte à leur santé, avaient été longtemps actives dans le domaine en question et pour lesquelles un travail dans d'autres domaines n'entrerait guère en ligne de compte (9C_311/2012 consid. 4.1).
- 3067.1
1/14 Une déduction de 25 % au maximum est admissible sur le revenu indiqué par le barème à condition que le salaire n'ait pas été mis en parallèle. La réduction ainsi opérée tient compte de tous les facteurs induisant une diminution du salaire, qu'ils soient dus à l'invalidité ou étrangers à l'AI

(limitation due au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie de permis de séjour), pour autant qu'ils ne soient pas déjà pris en compte dans la mise en parallèle des revenus à comparer (voir ch. 3020.4; ATF 134 V 322, 9C_488/2008). Après la mise en parallèle des revenus, la déduction sur le revenu statistique se limite en règle générale à la prise en compte des facteurs liés à l'atteinte à la santé et n'atteint plus la limite admissible de 25 % mais au maximum 15 % (la limite maximale de la déduction sur le revenu d'invalidé étant de 25 % pour la prise en compte de tous les facteurs, qu'ils soient étrangers ou inhérents à l'invalidité) (ATF 134 V 322). On ne peut prendre en compte que des facteurs qui n'ont pas déjà été considérés dans l'évaluation de la capacité de travail sur la base de critères médicaux et théoriques (par ex. besoin de pauses).

- 3067.2
1/14 Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si, dans le cas concret, des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail (résiduelle) sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (8C_711/2012 consid. 4.2.1). La déduction doit être déterminée et motivée en analysant la situation individuelle. Il n'est pas admis de cumuler des déductions quantifiées séparément pour chaque facteur pris en compte, car en opérant de la sorte on ignore les interactions (ATF 126 V 75 ss).
- 3067.3
1/14 Selon la jurisprudence, une déduction sur le revenu d'invalidé doit être accordée en particulier lorsque la capacité de travail de l'assuré est réduite même pour des travaux de manœuvre peu astreignants. Si en revanche des travaux peu ou moyennement pénibles sont raisonnablement exigibles, cela seul ne justifie pas une déduction même si la capacité de travail est réduite, car le salaire du barème pour le niveau d'exigences 4 comprend déjà de nombreuses activités peu ou moyennement pénibles (9C_187/2011). Par ailleurs, le fait que le supérieur hiérarchique ou les collègues ménagent l'assuré en raison d'une atteinte à sa santé psychique ne peut pas,

en soi, être reconnu comme un fait justifiant une déduction (8C_711/2012 consid. 4.2.2).

- 3067.4
1/14 La jurisprudence admet une déduction sur le salaire du barème au titre du taux d'occupation pour des hommes qui, pour raisons de santé, ne peuvent plus travailler qu'à temps partiel (alors qu'ils travaillaient auparavant à plein temps). Par contre, le fait qu'une personne en principe capable de travailler à plein temps n'ait plus qu'une capacité de travail réduite en raison d'une maladie ne justifie pas une déduction allant plus loin que la prise en compte de la capacité de travail réduite et donc du rendement (8C_711/2012 consid. 4.2.5). La déduction au titre du travail à temps partiel s'ajoute à la déduction liée à l'atteinte à la santé, la déduction totale ne pouvant toutefois excéder 25 % (cf. ch. 3067.1).

2.4.3.5 Salariés

- 3068 Les données se rapportant au revenu d'invalidé doivent être comparées avec les données médicales. S'il ressort de cet examen que l'assuré fournit une prestation de travail plus importante ou moins importante que celle que l'on pouvait raisonnablement attendre de lui, il faut demander au SMR d'examiner les faits sous l'angle médical.
- 3069 En ce qui concerne la procédure, le ch. 3028 est, en principe, applicable.

2.4.3.6 Indépendants en général

- 3070 Lorsqu'on ne peut établir une diminution importante, pour cause d'invalidité, du revenu de l'entreprise d'une personne indépendante, laquelle continue à travailler dans l'entreprise, on ne peut admettre l'existence d'une invalidité que si, depuis la survenance de l'atteinte à la santé, l'accomplissement de certaines tâches a nécessité la collaboration supplémentaire ou notablement plus fréquente d'une

ou de plusieurs personnes (augmentation du personnel de l'entreprise).

- 3071 En ce qui concerne la procédure, le ch. 3032 est, en principe, applicable.

2.4.3.7 Indépendants qui exploitent une entreprise familiale

- 3072 L'office AI calcule la part de revenu que l'on peut attribuer à l'assuré sur la base du travail que l'on peut encore raisonnablement exiger de lui après la survenance de l'atteinte à la santé (art. 25, al. 2, RAI).

- 3073
1/14 On exige de l'assuré qu'il adapte son activité à son invalidité et qu'il procède, au besoin, à une redistribution du travail parmi les membres de sa famille afin d'utiliser pleinement ses aptitudes résiduelles (RCC 1963 p. 81, 1962 p. 481). On prend également en considération les activités qui sont raisonnablement exigibles de la part des membres de la famille. Dans les entreprises d'une certaine importance, l'organisation du travail et la direction de l'entreprise jouent un rôle prépondérant. Une part importante du revenu doit donc être attribuée à la personne handicapée qui peut exercer ses fonctions dirigeantes malgré son atteinte à la santé (RCC 1964 p. 250). La restructuration d'une entreprise (familiale) ne tombe cependant pas sous le coup de l'obligation de réduire le dommage, lorsque l'engagement d'un exploitant atteint dans sa santé ou d'un membre de sa famille impose une organisation du travail inadéquate ou inefficace (9C_955/2011 consid. 4.2, cf. ch. 1048.1).

- 3074 En ce qui concerne la procédure, le ch. 3032 est, en principe, applicable.

2.5 Calcul du taux d'invalidité

3075 Le taux d'invalidité d'une personne est égal à 100 % moins le rapport en pourcentage entre le revenu de cette personne invalide (RI) et le revenu hypothétique sans l'invalidité (RS).

3076 Le taux d'invalidité se calcule à l'aide de la formule suivante:

$$\frac{(RS - RI) \times 100}{RS} = x \%$$

Exemple:

Un assuré aurait pu gagner 45 000 francs sans invalidité. Invalide, il ne gagne que 15 000 francs. Le taux d'invalidité s'élève, selon le calcul suivant, à 67 %:

$$\frac{(45\,000 - 15\,000) \times 100}{45\,000} = \frac{30\,000 \times 100}{45\,000} = \frac{3\,000}{45} = 66,66 \%$$

3077 Le calcul du taux d'invalidité doit être consigné dans le dossier.

3078 On arrondit les chiffres conformément aux règles mathématiques: à x% pour un résultat allant jusqu'à x,49 % et à x+1 % pour les chiffres à partir de x,50 % (ATF 130 V 121).

3. Méthode spécifique de comparaison des types d'activité

Art. 28a, al. 2, LAI

L'invalidité des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels.

3.1 Cas d'application

La méthode spécifique de comparaison des types d'activité s'applique aux cas suivants:

- 3079 – Assurés qui n'exerçaient aucune activité lucrative lors de la survenance de l'atteinte à la santé et qui, par la suite, n'en ont ou n'en auraient assumé aucune s'ils n'étaient pas devenus invalides (par ex. les personnes qui s'occupent du ménage, les apprentis et les étudiants encore en formation, les membres de communautés religieuses). Dans le cas de personnes retraitées dont l'atteinte à la santé n'est survenue qu'après la mise à la retraite, ou de rentiers, se reporter au ch. 3012.
- 3080 – Assurés qui auraient vraisemblablement cessé leur activité lucrative antérieure après la survenance de l'atteinte à la santé même si cette atteinte ne s'était pas produite (par ex. reprise d'une formation professionnelle sans lien avec l'atteinte à la santé; prise en charge de tâches non rémunérées telles que les travaux ménagers ou des tâches d'assistance).

3.2 Evaluation du taux d'invalidité

3.2.1 Généralités

- 3081 L'application de la méthode spécifique nécessite l'établissement d'une liste des activités qu'une personne exerçait

avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle; on le compare ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Dans le cas d'assurés qui s'occupent du ménage, on utilise toujours un questionnaire spécial (voir annexe I ou un questionnaire similaire).

- 3082 Pour la comparaison des types d'activité, seules sont retenues les activités pouvant être assimilées à une activité lucrative (par ex. les travaux du ménage, la gestion des biens, des activités de bienfaisance non rémunérées). On ne tient pas compte des occupations purement de loisirs.
- 3083 L'office AI détermine le taux d'invalidité en effectuant une enquête sur place. La personne chargée de l'enquête doit indiquer les activités que l'assuré ne peut plus accomplir, ou alors uniquement de manière très limitée, et depuis quand cette limitation est intervenue. En outre, elle donnera des renseignements sur l'ampleur des limitations liées à l'invalidité et examinera si l'assuré doit éventuellement consacrer plus de temps que d'ordinaire à l'accomplissement de ces travaux (on tiendra compte du facteur temps dans la mesure où celui-ci n'a pas déjà été pris en considération dans le cadre de la suppression d'un domaine d'activités). Elle doit également fournir des informations concernant l'aide apportée à l'assuré par des tiers (par ex. parents, voisins, aides extérieures) dans l'accomplissement de ses activités (ATF 130 V 97).
- 3083.1 1/13 En cas de divergences notables entre l'estimation de la personne chargée de l'enquête et les avis médicaux, il faut accorder plus de poids aux indications des médecins spécialistes en ce qui concerne la diminution de l'aptitude au travail due à des aspects cognitifs. En effet, comme pour les handicaps dus à des facteurs psychiques, il est permis de supposer qu'une personne sans formation médicale est difficilement à même de percevoir avec précision l'étendue de la perte cognitive de rendement (9C_201/2011 et 8C_620/2011).

3.2.2 Assurés qui s'occupent du ménage

Art. 27, 1^{re} phrase, RAI

Par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique.

- 3084 Le domaine des tâches liées au «ménage» englobe, en règle générale, les activités énumérées au ch. 3086.
- 3085 L'importance des activités liées à la tenue du ménage dépend des circonstances du cas particulier (par ex. la taille de la famille, les conditions de logement, les équipements techniques et les moyens auxiliaires, la surface à gérer).
- 3086 En règle générale, on admettra que les travaux d'une personne non invalide qui s'occupe du ménage constituent les pourcentages suivants de son activité:

Activités	Minimum %	Maximum %
1. Tenue du ménage (planification, organisation, répartition du travail, contrôle)	2	5
2. Alimentation (préparation, cuisson, service du repas, nettoyage de la cuisine, provisions)	10	50
3. Entretien du logement (épousseter, passer l'aspirateur, entretenir les sols, nettoyer les vitres, faire les lits)	5	20
4. Achats et courses diverses (poste, assurances, services officiels)	5	10
5. Lessive, entretien des vêtements (laver, étendre et plier le linge, repasser, raccommoder, nettoyer les chaussures)	5	20
6. Soins aux enfants ou aux autres membres de la famille	0	30
7. Divers (par ex. soins infirmiers, entretien des plantes et du jardin, garde des animaux domestiques, confection et transformation de vêtements; activité d'utilité publique, formation complémentaire, création artistique)*	0	50

* A l'exclusion des occupations purement de loisirs (ch. 3082)

3087 Le total des activités doit toujours se monter à 100 % (Pratique VSI 1997 p. 298).

3088 La présentation de la répartition des travaux donnée au ch. 3086 et leur appréciation individuelle sont applicables dans les cas normaux. La fixation d'un minimum et d'un maximum est destinée à garantir une égalité de traitement dans toute la Suisse. La marge existant entre ces deux extrêmes permet de mieux tenir compte de la réalité et des circonstances du cas particulier. Une pondération diffé-

rente ne peut être faite qu'en cas de divergences importantes par rapport au schéma (RCC 1986 p. 244).

3089
1/13

Afin de satisfaire à l'obligation de réduire le dommage, une personne qui s'occupe du ménage doit, de sa propre initiative, faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail (par ex. en adoptant une méthode de travail adéquate, en faisant l'acquisition d'équipements et d'appareils ménagers appropriés, ch. 1048 et 3044 ss). Une surcharge de travail est déterminante pour le calcul de l'invalidité seulement si la personne ne peut effectuer tous les travaux ménagers dans le cadre d'un horaire normal et a donc besoin de l'aide de tiers (RCC 1984, p. 143 consid. 5). Elle doit répartir son travail en conséquence et avoir recours à l'aide des membres de sa famille. L'aide de ces derniers va plus loin que ce que l'on pourrait normalement attendre d'eux si la personne ne présentait pas d'atteinte à la santé (ATF 133 V 509, consid. 4.2). Si la personne ne prend pas de telles dispositions en vue de réduire son invalidité, il ne sera pas tenu compte, lors de l'évaluation de l'invalidité, de la diminution de la capacité de travail qui en résulte dans le domaine du ménage.

Exemple:

En raison de l'atteinte à sa santé, une personne ayant une activité au foyer et deux enfants d'âge préscolaire ne peut plus s'occuper que partiellement du ménage. Elle ne peut assurer le poste alimentation qu'à 50 %, et ne peut que partiellement éduquer et prendre soin de ses enfants parce qu'elle ne peut plus les surveiller ni les accompagner hors de la maison. Elle n'est plus en mesure d'accomplir les autres travaux du ménage (sauf la tenue du ménage). Le taux d'invalidité est évalué comme suit:

Activités	Pondération en %	Limitation en %	Handicap en %*
1. Tenue du ménage	5	0	0
2. Alimentation	40	50	20
3. Entretien du logement	10	100	10
4. Achats	10	100	10
5. Lessive et entretien des vêtements	10	100	10
6. Soins	20	40	8
7. Divers	5	100	5
Total	100		63

* Handicap dans l'activité particulière par rapport à l'ensemble des travaux

L'assurée est invalide à 63 %. Par conséquent, elle a droit à trois quarts de rente.

3.2.3 Assurés en formation professionnelle

Art. 26^{bis}, RAI

L'invalidité d'un assuré qui a commencé sa formation professionnelle est évaluée selon l'art. 28, al. 2^{bis}, LAI si l'on ne peut raisonnablement exiger de lui qu'il entreprenne une activité lucrative.

- 3090 Dans le cas d'assurés en formation professionnelle, l'évaluation de l'invalidité s'effectue, en principe, d'après la méthode spécifique de comparaison des types d'activité (RCC 1982 p. 473).
- 3091 Lorsque l'atteinte à la santé constitue un sérieux handicap au bon déroulement de la formation professionnelle, l'invalidité correspond à la proportion dans laquelle l'assuré a été empêché de suivre une formation professionnelle normale en raison de l'atteinte à sa santé. Ce mode d'évaluation est applicable pendant toute la durée de la formation.

Exemple:

Est déclarée invalide pour moitié une personne en cours de formation professionnelle qui, pour cause de maladie ou d'accident, ne peut maîtriser que la moitié du programme que suivrait une personne non handicapée, dans la même branche et au même stade de formation. Est considérée comme entièrement invalide, la personne qui, pour des raisons de santé, doit interrompre sa formation.

- 3092 Il en va de même pour les assurés qui, pour des raisons de santé, n'ont pas encore pu commencer leur formation ou ont dû changer de formation (RCC 1982 p. 473).
- 3093 Dans le cas d'invalides de naissance ou précoces présentant une invalidité vraisemblablement permanente donnant droit à une rente (ch. 3035 ss), ainsi que dans le cas de personnes qui, pour des raisons de santé, n'ont pu achever leur formation (ch. 3039) ou dont on pourrait raisonnablement exiger qu'elles entreprennent une activité lucrative (ch. 3040 ss), l'évaluation de l'invalidité s'effectue selon la méthode de comparaison des revenus (RCC 1982 p. 473).

3.2.4 Membres de communautés religieuses

Art. 27, 2^e phrase, RAI

Par travaux habituels des religieux ou religieuses, on entend l'ensemble de l'activité à laquelle se consacre la communauté.

- 3094 Pour évaluer l'activité que l'on peut encore attendre de l'assuré après la survenance de son invalidité, on ne tient pas seulement compte de l'activité qu'il a exercée jusque-là, mais de toutes les activités qui pourraient lui être assignées au sein de sa communauté.
- 3095 Ainsi, la personne membre d'une communauté religieuse, que son invalidité contraint à renoncer au ministère qu'elle exerçait hors les murs, mais qui pourrait cependant effectuer, au moins partiellement, l'une ou l'autre des tâches habituellement dévolues à celles qui demeurent dans

l'établissement, n'est invalide que dans la mesure où elle n'est pas à même d'accomplir celles-ci.

4. Méthode mixte

Art. 28, al. 3, LAI

Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'al. 2 pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; le taux d'invalidité est calculé d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité.

4.1 Cas d'application

4.1.1 Généralités

- 3096
1/14 La méthode mixte d'évaluation de l'invalidité s'applique aux personnes qui à la fois exercent une activité lucrative à temps partiel et s'occupent du ménage ou seraient actives dans un autre champ d'activité (9C_49/2008). Les modalités de cette méthode sont expliquées dans l'ATF 131 V 51. Une réduction du taux d'activité lucrative exigible sans que le temps ainsi libéré ne soit consacré à une activité au sens de l'art. 5, al. 1, LAI n'a pas d'incidence sur la méthode d'évaluation de l'invalidité (consid. 5.1 et 5.2).
- 3096.1 En dérogation au ch. 3083, on peut renoncer à un examen sur place pour ce qui concerne le ménage si un avis médical indique qu'il n'y a pas de restriction dans ce domaine (9C_103/2010).

4.1.2 Collaboration non rémunérée dans l'entreprise du conjoint

- 3097 Si une assurée travaille dans l'entreprise de son conjoint sans être rémunérée, cette activité sera évaluée selon la méthode extraordinaire (ch. 3103 ss). Le taux d'invalidité est établi de la manière suivante. On fixe d'abord le nombre d'heures que la personne effectuait au sein de l'entreprise avant la survenance de l'atteinte à la santé ou qu'elle aurait effectuées si elle n'était pas devenue handicapée. La différence par rapport à l'horaire de travail usuel dans la branche est considérée comme travail ménager. Puis on fixe jusqu'à quel point la personne est encore capable d'exercer tous ces travaux malgré son handicap, en comparant les types d'activité pour les travaux ménagers et en appliquant la procédure extraordinaire d'évaluation pour la collaboration non rémunérée apportée à l'entreprise du conjoint.
- 3098 Le taux d'invalidité évalué selon la méthode mixte correspond à la résultante des handicaps déterminés dans les deux types d'activité.

Exemple:

Une personne accomplissait autrefois les travaux administratifs et s'occupait de la vente dans l'entreprise de son conjoint à raison de 16 heures par semaine. Le reste du temps – soit 24 heures par semaine – elle s'occupait de son ménage qui comprend, outre son conjoint, deux enfants en âge scolaire. Elle devient paraplégique à la suite d'un accident. Elle ne peut plus travailler dans l'entreprise que la moitié du temps qu'elle y passait auparavant. Elle est encore à même d'effectuer les travaux les plus légers du ménage (tenue du ménage, travaux légers d'entretien du logement et des vêtements) et une part importante des travaux de cuisine, et de s'occuper en partie des enfants. En revanche, elle ne peut pratiquement plus accomplir les autres travaux.

Ménage

Activités	Pondération sans handicap en %	Limitation avec handicap en %	Handicap en %
1. Tenue du ménage	5	0	0
2. Alimentation	30	30	9
3. Entretien du logement	15	60	9
4. Achats	10	100	10
5. Lessive et entretien des vêtements	10	30	3
6. Soins	20	50	10
7. Divers	10	100	10
Total	100		51

Collaboration dans l'entreprise

Description des activités:	Pondération sans handicap	Pondération avec handicap	Revenu en francs (salaire horaire, mensuel ou annuel)	Revenu sans handicap (revenu sans invalidité)	Revenu avec handicap (revenu d'invalidité)
1. Travaux administratifs, comptabilité (sans bouclage)	40 %	40 %	54 000	21 600	21 600
2. Vente	60 %	0 %	39 600	23 760	0
Total	100 %	40 %		45 360	21 600

Evaluation de l'invalidité:

Revenu sans invalidité	45 360
Revenu d'invalidité	21 600
Perte de gain liée au handicap	23 760
=> Perte de gain en pourcentage	52 %

L'assurée est invalide à 51 % dans le ménage et à 52 % dans l'entreprise, ce qui donne le taux d'invalidité suivant:

Activités	Quote-part	Limitation	Handicap
– Collaboration à l'entreprise	16 h/40 %	52 %	21 %
– Ménage	24 h/60 %	51 %	30 %
Taux d'invalidité			51 %

Par conséquent, l'assurée a droit à une demi-rente (voir aussi la formule indiquée au ch. 3101).

4.2 Evaluation

- 3099 On applique la méthode générale de comparaison des revenus pour l'évaluation de l'invalidité dans le domaine de l'activité lucrative et la méthode spécifique de comparaison des champs d'activités pour l'évaluation de l'invalidité dans le domaine de l'activité ménagère. L'invalidité totale de l'assuré résulte de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (RCC 1979 p. 276). Dans certains cas, il faut tenir compte d'une diminution de la capacité à exercer une activité lucrative ou les activités de ménage suite aux efforts fournis dans l'autre activité (ATF 134 V 9, I 156 / 04). Lorsqu'il faut examiner dans quelle mesure les efforts fournis dans l'un ou l'autre domaine interagissent, il faut tenir compte des différents paramètres qui caractérisent les deux situations. Ces interactions peuvent éventuellement renforcer une restriction dans l'activité ménagère, mais non la faire naître, tant qu'il n'y a pas, dans le domaine de l'activité ménagère, de handicap dont l'ampleur pourrait être influencée par la double charge (9C_228/2010). Les interactions qui doivent être considérées comme importantes doivent avoir au maximum 15 points de pourcentage non pondérés (ATF 134 V 9). Eu égard à l'obligation de réduire le dommage dû à l'invalidité, l'assuré est tenu de donner la priorité à une activité lucrative adéquate qui lui permet de valoriser au maximum sa capacité de travail résiduelle (ATF 130 V 99, consid. 3.2).
- 3100 La part, sur l'ensemble des tâches, de *l'activité lucrative* s'obtient en comparant la durée de travail que la personne handicapée accomplirait sans invalidité avec la durée de travail totale usuelle dans la profession concernée. La différence constitue la part du *travail ménager*. On ne peut pas tenir compte de la durée effective du travail ménager et professionnel (RCC 1992 p. 134, 1980 p. 564).

Exemple:

Un homme travaille 14 heures par semaine en tant que nettoyeur. En admettant qu'un nettoyeur ayant une activité à plein temps travaille 42 heures par semaine selon l'usage

local, il exerce une activité lucrative à 33 1/3 %. Son activité ménagère représente donc 66 2/3 %.

3101 Le taux d'invalidité se détermine à l'aide de la formule suivante:

$$\frac{E \times IE + ([EZ - E] \times H)}{EZ} = \text{Taux d'invalidité en \%}$$

E = travail fourni par l'assuré en tant que personne non invalide exerçant une activité lucrative, en heures par semaine

IE = handicap rencontré par la personne exerçant une activité lucrative, en %

EZ = durée de travail normale des personnes exerçant une activité lucrative à plein temps dans la branche d'activité concernée, en heures par semaine

H = handicap rencontré dans le ménage, en %

Exemple:

Une assurée a travaillé jusqu'en juillet 2006 comme fleuriste à raison de 4 heures par jour, 5 jours par semaine. L'horaire complet d'une fleuriste est de 42 heures par semaine. En outre, l'assurée s'occupait entièrement de son ménage, soit pendant 22 heures par semaine (42 heures moins 20 heures). A la mi-juillet 2006, elle a dû cesser d'exercer toute activité lucrative pour cause d'invalidité. Elle était, en outre, empêchée d'accomplir ses travaux ménagers dans une proportion de 45 %.

Son taux d'invalidité a été déterminé de la manière suivante:

$$\frac{E \times IE + ([EZ - E] \times H)}{EZ}$$

$$= \frac{(20 \text{ h} \times 100 \%) + (22 \text{ h} \times 45 \%)}{42} = 71,19$$

On arrive ainsi à un taux d'invalidité de 71 %. L'assurée a droit à une rente entière.

- 3102 L'office AI examine toujours sur quelles bases (activité à plein temps ou à temps partiel) ont été établies les données médicales relatives à la capacité (ou à l'incapacité) de travail. Une capacité de travail de 50 % par rapport à une activité à plein temps, par exemple, autorise une activité à mi-temps. Dans la mesure où une activité de cet ordre était exercée avant la survenance de l'atteinte à la santé et pourrait être poursuivie, il ne peut en résulter aucune limitation notable, ni une invalidité.

5. Méthode extraordinaire

5.1 Généralités

- 3103
1/14 L'évaluation de l'invalidité de personnes qui exercent une activité lucrative est effectuée, dans la mesure du possible, selon la méthode générale de comparaison des revenus. Toutefois, lorsqu'il n'est pas possible de déterminer directement de manière fiable les revenus à comparer – éventuellement en raison de la situation économique – le taux d'invalidité sera déterminé selon la procédure extraordinaire d'évaluation (ATF 128 V 29; I 230/04; Pratique VSI 1998 p. 121 et 255). Dans la pratique, cette méthode est souvent applicable aux indépendants. Elle est surtout utile dans les secteurs agricole et artisanal, mais dans une moindre mesure dans le domaine administratif (8C_346/2012).

5.2 Evaluation du taux d'invalidité

- 3104 Il faut tout d'abord effectuer une *comparaison des champs d'activités*. Il convient d'établir quelles sont les activités que l'assuré pourrait exercer avec et sans atteinte à la santé, et dans quel laps de temps il pourrait les accomplir. Il y a également toujours lieu d'examiner dans quelle mesure il lui serait possible de réduire sa perte de gain, en substituant à certaines des tâches qu'il accomplissait auparavant d'autres tâches, mieux adaptées au handicap dont il souffre.

- 3105 Ensuite, il s'agira de pondérer les activités en appliquant à chaque activité le salaire de référence usuel dans la branche. On peut ainsi déterminer le revenu sans invalidité et le revenu d'invalidité et effectuer une *comparaison des revenus*.
- 3106 Etant donné que la pondération des tâches pouvant être accomplies avec et sans l'atteinte à la santé s'effectue en fonction de la rémunération, la procédure extraordinaire d'évaluation peut être qualifiée de comparaison des revenus avec comparaison préalable des champs d'activités (RCC 1979 p. 230).

Exemple:

Evaluation de l'invalidité pour un garagiste.

Dans cet exemple une substitution des tâches a été opérée. Il peut être exigé du garagiste qu'il développe son activité dans le domaine de la vente, étant donné que les activités de réparation et de service ont été supprimées.

*Tableau pour la procédure extraordinaire d'évaluation
(exemple)*

Description des activités:	Pondération sans handicap	Pondération avec handicap	Revenu en francs (salaire horaire, mens. ou annuel)	Revenu sans handicap (revenu sans invalidité)	Revenu avec handicap (revenu d'invalidité)
1. Direction (personnel, planification, acquisition des commandes)	20 %	20 %	80 000	16 000	16 000
2. Vente de véhicules neufs et d'occasion	10 %	20 %	70 000	7 000	14 000
3. Réparations et service après-vente	70 %	0 %	55 000	38 500	
Total	100 %	40 %		61 500	30 000

Evaluation de l'invalidité:

Revenu sans invalidité	61 500
Revenu d'invalidité	30 000
Perte de gain liée au handicap	31 500
=> Perte de gain en %	51,2 %
Incapacité de gain selon la procédure extraordinaire d'évaluation:	51 %

Chapitre 3: Echelonnement des rentes lors de la première attribution de rente

1. Principe

Art. 28, al. 2, LAI

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme il suit, selon le taux de l'invalidité:

<i>Taux d'invalidité</i>	<i>Droit à la rente en fractions d'une rente entière</i>
40 % au moins	un quart de rente
50 % au moins	demi-rente
60 % au moins	trois quarts de rente
70 % au moins	rente entière

- 4001 La rente octroyée (rente entière, trois quarts de rente, demi-rente ou quart de rente) est déterminée en fonction du taux de l'incapacité de travail existant pendant le délai d'attente et de l'incapacité de gain résiduelle une fois ce délai écoulé (Pratique VSI 1996, p. 188).
- 4002 Une rente entière ne peut être octroyée que si l'incapacité de travail moyenne a été de 70 % au moins pendant l'année qui précède, et qu'il subsiste encore une incapacité de gain atteignant au moins ce même niveau (RCC 1980 p. 263).

Exemple 1:

Une assurée qui a subi une incapacité de travail moyenne de 40 % pendant une année n'aura droit pour commencer, même si elle présente par la suite une incapacité de gain de plus 50 %, qu'à un quart de rente.

Exemple 2:

Si, en revanche, après une incapacité de travail moyenne de plus de 70 % pendant une année, l'incapacité de gain est tombée à 60 %, l'assurée n'aura droit, à l'issue du délai d'attente, qu'à trois quarts de rente.

2. Cas particuliers

2.1 Reprise de l'invalidité

Art. 29^{bis} RAI

Si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du taux d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un taux d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28, al. 1, LAI, celle qui a précédé le premier octroi.

- 4003 On n'est en présence d'une reprise de l'invalidité que si les trois conditions suivantes sont remplies:
- l'atteinte ayant valeur d'invalidité qui a donné naissance au droit s'est réactivée et provoque une invalidité ouvrant de nouveau le droit à une rente (par ex. rechute en cas de tuberculose);
 - la rechute survient dans les trois ans qui suivent la suppression de la rente précédemment versée; et
 - la nouvelle incapacité de gain ouvrant le droit à une rente a une durée minimale de 30 jours consécutifs.
- 4004 Lorsqu'on est en présence d'une reprise de l'invalidité, la rente peut être allouée immédiatement, sans qu'il soit nécessaire de faire courir un nouveau délai d'attente.
- 4005 Le niveau de la nouvelle rente à allouer est déterminé en fonction de l'incapacité de travail moyenne pendant le délai d'attente précédemment écoulé et de l'incapacité de gain subsistant après la reprise de l'invalidité.

Exemple 1:

Une assurée a subi depuis le 10 juillet 2003 une incapacité de travail de 40 % en moyenne pendant une année et s'est vu attribuer, comme l'incapacité de travail de 40 % se poursuivait, un quart de rente dès le 1^{er} juillet 2004. En raison d'une amélioration de son état de santé, la rente a été supprimée avec effet au 1^{er} novembre 2004. Or le 11 avril 2007, l'assurée subit une rechute et présente dès lors une incapacité de gain de 60 %. Elle peut immédiatement être

mise au bénéficiaire d'un quart de rente, c'est-à-dire dès le 1^{er} avril 2007 (le droit à trois quarts de rente prend naissance au sens de l'art. 88a, al. 2, 1^{re} phrase, RAI, le 1^{er} juillet 2007, soit trois mois après la survenance de l'aggravation).

Exemple 2:

Un assuré présentait une incapacité de travail de 100 % pendant le délai d'attente (de juillet 2003 à juillet 2004). Comme, immédiatement après, il ne présentait plus qu'une incapacité de gain de 50 %, une demi-rente lui a été attribuée dès le 1^{er} juillet 2004. En raison d'une amélioration de son état de santé, la rente a été supprimée avec effet au 1^{er} novembre 2004. En avril 2007, l'assuré subit une rechute et présente une incapacité de gain de 100 %. Une rente entière peut lui être attribuée dès le 1^{er} avril 2007, car le délai d'attente avec une incapacité de travail moyenne de 70 % au moins était déjà écoulé en juillet 2004.

4006 Abrogé

3. Modification du droit à la rente

(à l'occasion de la procédure de révision, voir ch. 5001 ss)

3.1 Aggravation de l'incapacité de gain

3.1.1 Principe

Art. 88a, al. 2, RAI

Si l'incapacité de gain ou l'incapacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29^{bis} est toutefois applicable par analogie.

4007 L'incapacité de gain peut s'aggraver par la survenance d'une nouvelle maladie ou par la détérioration de l'atteinte préexistante ainsi que par un changement de statut de l'assuré.

- 4008 Lorsque l'état de santé d'une personne au bénéfice d'un quart de rente ou d'une demi-rente s'aggrave, elle a droit à une demi-rente ou à trois quarts de rente, si elle a subi une incapacité de travail de 50 % ou de 60 % au moins pendant trois mois sans interruption notable et qu'elle présente encore une incapacité de gain de 50 % ou de 60 % au moins (RCC 1986 p. 362, 1980 p. 478, 1979 p. 285).
- 4008.1 Il est possible de ne pas appliquer le délai d'attente de trois mois (art. 88a, al. 2, RAI) si la modification de la rente n'est pas due à une évolution de l'état de santé de l'assuré, mais s'insère dans un contexte stabilisé (par ex. dans le cas d'un changement de statut de l'assuré (ATF I 599/05, consid. 5.2.3, I 930/05).
- 4009 Si le délai d'attente de trois mois débute le premier jour d'un mois civil, la rente ne peut être augmentée que trois mois entiers après que l'aggravation s'est manifestée (par ex. si l'aggravation débute le 1^{er} janvier 2008, la rente entière sera versée à partir du 1^{er} avril 2008; RCC 1986 p. 362).
- 4010 Il y a interruption notable du délai d'attente de trois mois, lorsque l'incapacité de travail est à nouveau inférieure à 70 %, 60 % ou 50 % pendant 30 jours consécutifs.
- 4011 Lorsqu'en cas d'aggravation de la même atteinte à la santé, l'application par analogie de l'art. 29^{bis} RAI conduit plus tôt au droit à une rente supérieure, on appliquera cette disposition, c'est-à-dire que l'on tiendra compte des délais d'attente déjà écoulés (art. 88a, al. 2, 2^e phrase, RAI; cf. ch. 4003 ss).

Exemple:

Un assuré souffre d'un emphysème pulmonaire. Du 3 février 2006 au 8 janvier 2007, il a présenté une incapacité de travail de 100 %. Par la suite, il a pu retravailler à mi-temps. Il a donc été mis au bénéfice d'une demi-rente dès le 1^{er} février 2007. En raison de l'aggravation de cette maladie, il doit cesser toute activité lucrative le 15 octobre 2007. Selon l'art. 88a, al. 2, 1^{re} phrase, RAI, il aurait droit à

une rente complète à partir du 1^{er} janvier 2008. Cependant, l'application par analogie de l'art. 29^{bis} RAI fait que le droit à une rente complète existe dès le 1^{er} octobre 2007, car l'incapacité de travail moyenne pendant le délai d'attente d'un an, de février 2006 à février 2007, était déjà supérieure à 70 %. Aussi convient-il d'appliquer la seconde solution, plus favorable à l'assuré.

- 4012 Si l'état de santé de l'assuré a connu une amélioration passagère, l'aggravation doit, par analogie avec l'art. 29^{bis} RAI, être survenue dans les trois ans qui suivent la fin du délai d'attente d'un an.

3.1.2 Effets

- 4013 Lorsqu'est prise une première décision concernant l'octroi simultané de deux rentes successives dont la seconde est d'un montant supérieur, la rente supérieure prend effet le premier jour du mois au cours duquel le laps de temps de trois mois s'achève (art. 88a, al. 2, 1^{re} phrase, RAI; Pratique VSI 2001 p. 274; RCC 1983 p. 487). Une rente supérieure avant ce terme est possible, en appliquant par analogie l'art. 29^{bis} RAI, lorsque l'incapacité de travail moyenne nécessaire pour le droit à une rente plus élevée existait lors de l'octroi initial de la rente précédente (art. 88a, al. 2, 2^e phrase, RAI; ch. 4011). L'art. 88^{bis}, al. 1, RAI n'est pas applicable.
- 4014 Pour la révision et la reconsidération, on se référera aux ch. 5001 ss et 5031 ss.

3.2 Amélioration de la capacité de gain

3.2.1 Principe

Art. 88a, al. 1, RAI

Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

- 4015 Lorsque la capacité de gain de l'assuré s'améliore, on distingue entre une situation stable et une situation instable.
- 4016 Dans le cas d'une *situation stable*, la rente doit être réduite ou supprimée dès le moment où l'on peut admettre que l'amélioration intervenue se maintiendra vraisemblablement durant une assez longue période (RCC 1984 p. 137, 1979 p. 285). Il en va toujours ainsi lorsqu'à la suite d'une longue maladie, il y a reprise de l'activité lucrative après guérison complète, ou que l'état de santé s'est amélioré de telle façon que la reprise d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible dans un avenir relativement proche.
- 4016.1
1/14 Si la procédure de révision a été engagée du fait d'une violation de l'obligation de renseigner, les conditions au sens de l'art. 88a, al. 1, RAI peuvent être évaluées avec effet rétroactif (9C_1022/2012 consid. 3.3.1). Lorsqu'une rente est octroyée de façon échelonnée avec effet rétroactif ou lors d'une révision conformément à l'art. 88^{bis}, al. 2, let. b, RAI en raison d'une violation de l'obligation de renseigner ou de l'obtention irrégulière d'une rente, et qu'une expertise laisse apparaître avec une vraisemblance prépondérante que l'état de santé s'est amélioré mais que cette même expertise ne permet pas de déterminer à quel moment cette amélioration a eu lieu, il peut se justifier de

réduire ou de supprimer la rente déjà à partir de la date de l'expertise (8C_670/2011).

- 4017 On est en présence d'une *situation instable*, lorsqu'une nouvelle détérioration de la capacité de gain reste possible, notamment en cas de rapports de travail provisoires et de reprise d'une activité lucrative à l'essai. En pareil cas, on ne tiendra compte de l'amélioration intervenue que si elle dure depuis trois mois sans interruption notable, et qu'il paraît vraisemblable qu'elle se maintiendra (RCC 1984 p. 137).

3.2.2 Effets

- 4018 1/14 Lorsqu'est prise une première décision concernant l'octroi simultané de deux rentes successives dont la seconde est d'un montant inférieur, ou même l'octroi d'une rente dont la suppression ultérieure est décidée simultanément, la réduction ou la suppression de la rente prend effet à l'un des délais mentionnés à l'art. 88a, al. 1, RAI. On n'est pas en présence d'une révision; l'art. 88^{bis}, al. 2, let. a, RAI n'est pas applicable (ATF 121 V 275, RCC 1980 p. 695).

Exemple:

Par décision du 13 novembre 2007, l'office AI a octroyé à un assuré une rente entière dès le 10 août 2006 et décidé simultanément de la réduire à une demi-rente dès le 1^{er} septembre 2006. L'assuré ne peut pas faire valoir que sa rente ne devrait être réduite qu'à partir du premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision, car il n'y a pas eu ici de révision de la rente.

- 4019 Pour la révision ou la reconsidération, les ch. 5001 ss et 5031 ss sont applicables.

Chapitre 4: Révision et reconsidération

1. Révision

1.1 Généralités

Art. 17, al. 1, LPGA

Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

- 5001 La révision tend à permettre l'adaptation d'une décision de rente à des circonstances qui se sont modifiées (motif de révision). Il faut tenir compte en particulier du ch. 9022.
- 5001.1
1/13 S'il existe un motif de révision, rien ne s'oppose à un examen complet du droit à la rente, également sous l'angle médical (état de santé et capacité de travail) (9C_251/2012 consid. 4.1 et 4.2).
- 5002
1/14 La date à partir de laquelle examiner si le taux d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations est celle de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente. Cet examen devrait avoir comporté une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108). Le recours à un acte administratif pour la comparaison suppose que cet acte se fonde sur les investigations nécessaires au vu de l'évolution de la situation. Une instruction matérielle au sens de l'ATF 133 V 108 compte comme une investigation pouvant justifier une augmentation, une réduction ou une suppression de rente si elle conclut à un autre résultat (8C_441/2012 consid. 6). Les communications rendues conformément à l'art. 74^{ter}, let. f, RAI et qui se basent sur une instruction matérielle exhaustive sont à considérer comme une décision entrée en force en ce qui concerne la date de comparaison (9C_46/2009 et 9C_552/2009). Les communications ou décisions qui se limitent à confirmer la décision de rente précédente ne doivent pas être prises en

considération. La date d'une décision entrée en force se basant sur un rapport ménager sans nouvel examen médical ne constitue pas une date de référence pour déterminer la modification de l'état de santé à prendre en considération pour fixer le droit à des prestations (9C_726/2011 consid. 3.3).

- 5003 Le fait qu'une date de révision ait été fixée au moment de l'attribution de la rente n'empêche pas de procéder à une révision plus tôt si les circonstances se modifient auparavant. Les rentes attribuées par jugement de tribunal peuvent également être sujettes à révision si un motif de révision survient après le prononcé de la décision.
- 5004 Les principes de révision s'appliquent
- aux rentes d'invalidité en cours;
 - aux rentes de vieillesse en cours, lorsqu'elles ont été accordées en raison de l'invalidité de l'un des conjoints, ou
 - lorsque la demande de rente a été rejetée parce que le taux d'invalidité était insuffisant. L'assuré doit, dans sa nouvelle demande de rente, rendre plausibles les motifs de révision (art. 87, al. 4, RAI; cf. ch. 2026 et 5013; RCC 1984 p. 355 et 364, 1983 p. 491, 1981 p. 123).
- 5004.1 Si la révision concerne un cas de recours contre les tiers responsables, l'office AI informe préalablement le service de recours compétent de l'ouverture de la procédure de révision, en particulier lorsque la révision implique la demande de nouvelles expertises médicales ou de nouvelles observations médicales, professionnelles ou concernant l'activité ménagère. Cela permet à l'OAI et au service de recours de coordonner leurs expertises. L'information doit aussi être faite dans les cas de recours déjà réglés par paiement.

1.2 Motifs de révision

- 5005 On est en présence d'un motif de révision, c'est-à-dire d'une modification déterminante des circonstances donnant droit à la rente, lorsqu'il y a modification de la situation personnelle de l'assuré, par ex. dans les cas suivants:
- amélioration ou aggravation (par ex. lorsque l'affection devient chronique; RCC 1989 p. 282) de l'état de santé;
 - reprise ou abandon de l'activité lucrative;
 - augmentation ou baisse du revenu d'invalidé ou du revenu sans invalidité;
 - modification de la capacité d'accomplir les travaux habituels (par ex. en cas d'augmentation de la capacité de travail d'un homme s'occupant du ménage du fait qu'il s'est habitué à utiliser les moyens auxiliaires qui lui ont été remis);
 - modification des critères d'évaluation de l'invalidité (par ex. si l'invalidité d'une femme jusqu'alors active exclusivement dans le ménage doit être évaluée à nouveau selon les règles applicables à une activité lucrative à temps partiel). On ne peut cependant s'écarter des critères de la première évaluation de l'invalidité que lorsque les conditions nécessaires à cet effet sont, selon toute vraisemblance, remplies (RCC 1989 p. 125, 1969 p. 699, ATF 110 V 285 consid. 1a, ATF 104 V 149 consid. 2);
 - modification de la situation familiale déterminante lors de l'évaluation de l'invalidité des assurés qui s'occupent du ménage.

Il faut en outre toujours vérifier si des éléments indiquent que la personne dispose d'un potentiel de réadaptation et pourrait améliorer sa capacité de gain à l'aide de mesures appropriées, entraînant par là même un motif de révision.

- 5005.1 Un autre motif de révision résulte de toute modification des dispositions légales ou réglementaires impliquant des conditions du droit à la rente plus larges ou plus strictes (RCC 1983 p. 538).
- 5005.2 Pour procéder à une révision, il faut un changement notable du taux d'invalidité. Toutefois, dans certains cas, même

une modification minimale du taux d'invalidité peut avoir des effets sur le droit à la rente (par exemple un passage d'un taux d'invalidité de 59 % à 60 % provoque le passage d'une demi-rente à trois quarts de rente). Dans les cas proches du seuil, même un changement minimal peut amener à une révision (ATF 133 V 545). Si le changement des circonstances à lui seul n'a pas d'incidence sur le droit à la rente, les conditions d'une révision au sens de l'art. 17, al. 1, LPGA ne sont pas réunies (9C_223/2011).

5005.3 La révision est possible indépendamment de la raison de l'amélioration de l'état de santé (9C_933/2010).

5006 Il n'y a pas de motif de révision quand:
1/14

- on est en présence d'une modification à caractère provisoire; par exemple, lorsque l'état de santé de l'assuré ne s'est détérioré, en raison d'une maladie, que de façon temporaire (cf. art. 88a RAI);
- des modifications de directives administratives rendent les conditions du droit à une rente plus strictes (RCC 1982 p. 252; cf. ch. 5033);
- on est en présence d'une évaluation simplement différente d'une situation qui est pour l'essentiel restée la même (RCC 1987 p. 36, 9C_223/2011);
- les modifications du taux d'invalidité et, partant, du droit à la rente sont uniquement dues à une modification des valeurs statistiques (9C 696/2007).

5007 La peine privative de liberté prononcée par une autorité pénale ne constitue pas un motif de révision mais un motif de suspension (ch. 5040 ss). Dans ce cas, les dispositions relatives à la révision ne sont pas directement applicables (ATF 116 V 20, RCC 1989 p. 255, 1988 p. 269).

1.3 Révision d'office

Art. 87, al. 2, RAI

La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité.

- 5008 L'office AI examine lors de chaque octroi de rente à quelle date une révision est prévue.
- 5008.1 Les règles suivantes sont applicables quant à la *date de révision*:
- Lorsque l'office AI prévoit au moment de la décision que la situation de l'assuré pourrait se modifier dans un proche avenir, la date de la révision sera fixée au moment des modifications prévues. Ce qui est déterminant alors, c'est non seulement le changement de situation envisagé, mais aussi l'estimation que la capacité de gain de l'assuré pourra être améliorée au moyen de mesures dans un proche avenir. Il ne faut donc pas se fonder sur une fréquence de révisions définie ou sur un volume fixé de cas à réviser dans une période donnée, mais sur l'estimation individuelle du potentiel de réadaptation.
 - Dans les autres cas, la date de révision est fixée à la fin d'une période de trois à cinq ans à compter de la décision d'octroi de rente. On peut également procéder à des révisions périodiques à de plus longs intervalles lorsque prévaut une situation stable ou lorsque l'état de santé de l'assuré exclut à l'avenir aussi toute réadaptation significative.
- 5009 La date de révision n'est pas inscrite dans la décision (RCC 1974 p. 132). L'office AI assure le contrôle des révisions prévues.
- 5010 Les révisions d'office doivent être fixées même pendant la période où l'assuré exécute une peine privative de liberté

prononcée par une autorité et où la rente a été suspendue (ch. 6010).

- 5011 La révision des rentes versées par les organes des PC s'effectue selon les dispositions de l'annexe III de la CPAI (ch. 3067 CPAI).

1.4 Révision sur demande

Art. 87, al. 3, RAI

Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ... de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

- 5012 L'office AI engage la procédure de révision sur demande lorsque l'assuré ou d'autres personnes légitimées (cf. CPAI) lui font parvenir une demande de révision écrite.
- 5013 Dans sa demande, l'assuré doit rendre plausible l'existence d'un motif de révision (RCC 1985 p. 332, 1981 p. 123). Au besoin, l'office AI peut exiger de lui des preuves (par ex. un certificat médical).
- 5014 L'office AI examine si des motifs de révision ont été rendus plausibles:
- si l'assuré ne fait pas valoir de motif de révision plausible, l'office AI n'entre pas en matière et rend une décision de non-entrée en matière (RCC 1985 p. 332, 1984 p. 364, 1983 p. 382);
 - si l'assuré fait valoir un motif de révision plausible, l'office AI entre en matière et entreprend les investigations nécessaires pour déterminer si la modification de situation alléguée est effectivement survenue et dans quelle mesure elle déploie des effets sur l'invalidité. Selon le résultat, l'office AI rend alors une décision d'acceptation ou de rejet de la demande (RCC 1984 p. 364, 1983 p. 386).

1.5 Révision procédurale

Art. 53 al. 1 LPGA

Les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

- 5014.1 L'office AI est tenu de reconsidérer une décision entrée en force si des faits ou des moyens de preuve susceptibles de modifier l'appréciation précédente (ATF 126 V 46) sont découverts. Il doit s'agir de faits décisifs ou de preuves concluantes intervenus après la passation en force de la décision (ATF V 24 consid. 4b) et que l'assuré ne pouvait pas faire valoir auparavant. La révision procédurale s'applique aussi lorsque la décision a été influencée par un crime ou un délit.

1.6 Evaluation de l'invalidité dans la procédure de révision

- 5015 L'évaluation de l'invalidité en procédure de révision obéit aux prescriptions générales applicables à l'évaluation du taux d'invalidité. Les circonstances déterminantes pour l'appréciation du cas doivent être à nouveau examinées et établies. Toutefois, si un assuré a repris une activité lucrative ou augmenté son taux d'occupation, on ne le prend en compte que si le revenu perçu dépasse 1500 francs (art. 31, al. 1, LAI). On ne tient pas compte des augmentations du revenu dues au renchérissement (art. 86^{ter} RAI).
- 5015.1
1/13 Par amélioration du revenu annuel, on entend la hausse du revenu au moment de la révision par rapport au revenu hypothétique sans invalidité déterminé lors de la décision d'octroi; autrement dit, l'augmentation du revenu correspond à la différence entre le revenu effectif provenant de l'activité au moment de la révision et le revenu déterminé (même hypothétique) lors de la précédente évaluation de l'invalidité (à l'occasion de la décision d'octroi ou de la der-

nière révision), déductions visées à l'art. 31, al. 2, LAI (dans la version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011) non comprises.

5015.2 Abrogé
1/13

5015.3 Abrogé
1/13

5015.4 En cas d'activité à temps partiel, le seuil de 1500 francs n'est pas réduit au prorata du taux d'activité.
1/13

Exemple :

	Revenu hypothétique	Revenu d'invalidé	Taux d'invalidité
Année de la décision	80 000	40 000	50 %
1 ^{re} année	80 000	40 600	<i>Pas de révision, taux d'invalidité inchangé, puisque l'amélioration du revenu est inférieure à 1500 francs.</i>
2 ^e année	80 000	41 200	<i>Pas de révision, taux d'invalidité inchangé, puisque l'amélioration du revenu est inférieure à 1500 francs.</i>
3 ^e année	80 000	42 100	<i>Révision, puisque l'amélioration du revenu est supérieure à 1500 francs.*</i>

* Nouveau taux d'invalidité: 47,4 %, arrondi à 47 %: passage à un quart de rente.

On pourra à nouveau procéder à une révision lorsque le revenu d'invalidé adapté à l'évolution générale des salaires aura augmenté de plus de 1500 francs par rapport à celui de 42 100 francs.

- 5016 Lors de l'évaluation de l'invalidité, on examine en particulier:
- si le ou la bénéficiaire de rente a suivi suffisamment de mesures de réadaptation ou s'il existe un droit à des mesures de réadaptation (art. 8a, al. 1 et 28, al. 1, let. a, LAI; RCC 1983 p. 74, 1980 p. 481, 1970 p. 285). Ce n'est qu'une fois la question des mesures de réadaptation éclaircie que le droit à la rente peut être examiné (RCC 1980 p. 481);
 - si la méthode d'évaluation appliquée précédemment est toujours applicable, eu égard au nouvel état de fait, ou s'il faut désormais appliquer une autre méthode (RCC 1979 p. 279);
 - si, dans les cas où la méthode générale s'applique, il convient de déterminer à nouveau l'un des revenus ou les deux;
 - si, dans les cas où s'applique la méthode spécifique, le type d'activité de l'assuré a changé.

1.7 Effets de la révision

1.7.1 Généralités

- 5017 La révision déploie en principe ses effets pour l'avenir (à l'exception du cas où l'assuré a irrégulièrement obtenu une rente, lors d'une révision procédurale ch. 5014.1 ou en cas de violation de l'obligation de renseigner, ch. 5024 ss).

1.7.2 Augmentation de la rente

Art. 88^{bis}, al. 1, let. a et b, RAI

L'augmentation de la rente prend effet au plus tôt:

- a. si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée;*
- b. si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel on l'avait prévue.*

- 5018 Dans tous les cas, l'augmentation de la rente ne peut prendre effet que lorsque l'aggravation de l'incapacité de gain

ou de l'incapacité d'accomplir les travaux habituels a duré trois mois sans interruption notable et qu'elle a entraîné une augmentation correspondante du taux d'invalidité (art. 88a, al. 2, RAI; ch. 4007 ss). Lorsque l'augmentation de la rente n'est pas due à l'évolution de l'état de santé de l'assuré, mais s'insère dans un contexte stabilisé, on peut déroger au délai de trois mois (ATF I 599/05, consid. 5.2.3; I 930/05).

Exemple 1:

En janvier 2006, l'état de santé de la bénéficiaire d'une demi-rente s'aggrave. L'assurée dépose une demande de révision le 15 novembre 2006. Instruction dûment accomplie, l'office AI établit que l'assurée est invalide à 75 % depuis avril 2006. En lieu et place de la demi-rente, une rente entière lui sera accordée dès le 1^{er} novembre 2006.

Exemple 2:

Un assuré est au bénéfice d'une demi-rente. L'office AI a prévu de soumettre celle-ci à révision au 31 janvier 2007. Instruction dûment accomplie, il constate en mai 2007 que l'assuré aurait eu droit à une rente entière dès juin 2006. Du fait que la révision a été prévue pour le 31 janvier 2007, la rente entière lui sera allouée à partir du 1^{er} janvier 2007. Si le même assuré remplit les conditions du droit en mars 2007 seulement, il reçoit la rente entière dès le 1^{er} mars 2007.

- 5019 En cas de décision tranchant simultanément sur plusieurs degrés de rente, les ch. 4007 ss sont applicables.

1.7.3 Réduction ou suppression de la rente

1.7.3.1 Généralités

- 5020 Les conditions de l'article 88a, al. 1, RAI doivent en principe être remplies (ch. 4015 ss).
- 5020.1 Si l'assuré ne fait manifestement preuve d'aucune volonté de réadaptation, il est possible de renoncer d'entrée de jeu

aux mesures d'instruction et de réduire ou de supprimer directement la rente (9C_831/2010).

5020.2
1/13 En règle générale, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, lorsqu'un certificat médical atteste l'amélioration de la capacité de travail, l'assuré doit mettre cette capacité en valeur dans le cadre de ses propres efforts de réadaptation. A titre exceptionnel, après des années de perception d'une rente, des exigences propres au marché du travail peuvent constituer un argument plaidant contre la prise en compte d'une capacité de travail médicalement constatée et d'une amélioration de la performance jugée possible d'un point de vue médical, s'il ressort indubitablement du dossier que, sans exécution préalable de mesures qualifiantes, la mise en valeur du potentiel professionnel de l'assuré n'est pas possible par un seul effort de volonté de celui-ci. Cette jurisprudence ne doit en principe s'appliquer qu'à des cas dans lesquels la révision aboutit à la suppression de la rente d'invalidité d'un assuré qui a plus de 55 ans ou qui perçoit cette rente depuis plus de quinze ans. Le droit à des mesures d'ordre professionnel présuppose que l'aptitude, objective et subjective, à la réadaptation est établie avec une vraisemblance prépondérante (9C_726/2011, consid. 5.1).

5020.3
1/13 Exemples tirés de la pratique du Tribunal fédéral (cf. l'aperçu publié dans la RSAS 2012/4):

La question de l'exigibilité des efforts de réadaptation a été tranchée *par l'affirmative*, pour des assurés ayant déjà atteint l'âge de 55 ans ou percevant une rente depuis au moins quinze ans au moment de la suppression ou de la réduction de la rente, dans les cas suivants:

- Bien que l'assuré ait déjà 60 ans au moment de la suppression de la rente, une exception a été faite dans son cas, car il était si agile (pratiquant le tennis et le ski), d'une telle prestance (présentation soignée et apparence concentrée) et si bien intégré socialement que rien ne s'opposait objectivement à ce qu'il contribue lui-même à sa réadaptation, malgré son âge avancé.

- L'assurée percevait certes depuis plus de 18 ans une rente au moment où la prestation a été supprimée, mais elle n'a jamais mis en valeur sa capacité de travail résiduelle d'au moins 30 %, ni même essayé de le faire. Les experts consultés avaient jugé, du fait que l'assurée était fermement persuadée (subjectivement) d'être malade et handicapée, que des mesures d'ordre professionnel n'étaient guère réalisables et n'étaient pas à conseiller. C'est donc le bénéfice secondaire de la maladie et le manque d'efforts personnels de l'assurée qui avaient empêché sa réinsertion professionnelle.
- Au moment prévu pour la réduction de la rente, l'assuré touchait certes sa rente depuis plus de quinze ans et avait tout juste 55 ans, mais il lui était toujours possible de mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle. Etabli en Suisse depuis 1980 et parlant bien l'allemand, le recourant avait suivi, après une scolarité obligatoire de huit ans, deux formations sanctionnées respectivement par un diplôme de maçon et un diplôme de charpentier, et disposait d'une expérience professionnelle relativement large, si bien que sa capacité de travail encore présente, tant sous l'angle des capacités fonctionnelles que du taux d'occupation, n'entraînait pas un besoin de réadaptation supplémentaire.

Cette même question a été tranchée *par la négative* dans les cas suivants:

- La situation concrète (assuré âgé de plus de 60 ans, absent du marché du travail depuis des années, expérience professionnelle limitée au métier de mécanicien en automobiles, retour à la vie active juste avant l'âge AVS) interdit de conclure que le recourant pourrait se réinsérer lui-même sur un marché général du travail équilibré, sans que l'on envisage d'abord des étapes de réadaptation.
- Dans un cas où l'assurée, qui avait travaillé en dernier dans le domaine commercial, avait tout juste 55 ans et percevait sa rente depuis 14 ans et 11 mois au moment

où la prestation a été supprimée, le Tribunal fédéral a renvoyé le dossier à l'office AI. L'administration et l'instance précédente n'avaient prêté qu'une attention marginale aux résultats d'une observation professionnelle en établissement – expérience qui s'était soldée par un échec – et n'avaient notamment pas tenu compte du fait que l'ensemble du processus avait ignoré de vastes domaines qui auraient pu entrer en ligne de compte pour une activité adaptée à l'atteinte à la santé.

- Dans le cas d'un assuré dont la rente d'invalidité avait été supprimée après plus de quinze ans de perception, le Tribunal fédéral a jugé que l'absence prolongée du champ d'activité commercial auquel l'assuré avait été formé rendait impossible le retour dans un cadre professionnel profondément modifié sans un soutien supplémentaire sous forme d'une aide à la réadaptation professionnelle.
- Dans le cas d'un assuré, actif en dernier lieu en tant que maçon, qui avait 55 ans au moment de la suppression d'une rente qu'il percevait depuis plus de huit ans, le Tribunal fédéral a exigé de l'administration – qui n'avait procédé ni à des mesures d'instruction d'ordre professionnel ni à des tentatives de réadaptation, en dépit de limitations physiques médicalement établies de façon claire, et du fait que des efforts personnels de réadaptation étaient difficilement exigibles – qu'elle entreprenne les démarches nécessaires.
- Le recourant, qui avait une formation de mécanicien de machines, avait déjà 60 ans au moment de la décision de révision de rente, fin juin 2011, et n'avait plus travaillé depuis août 1999. La fonction qu'il avait exercée en dernier, conseiller de vente au service extérieur (vente de matériel de bureau à des clients commerciaux) n'existait plus sous cette forme, selon les indications données par son ancienne employeuse.

1.7.3.2 En cas de mesures de nouvelle réadaptation

- 5020.4 La rente est réduite ou supprimée après des mesures de nouvelle réadaptation si l'instruction fait apparaître que les circonstances n'ont pas changé au sens de l'art. 17 LPGA mais que la personne présente un potentiel de réadaptation pour l'amélioration duquel des mesures ont été mises en œuvre.
- 5020.5 La rente peut être réduite ou supprimée parallèlement à la mise en œuvre de mesures de nouvelle réadaptation si un changement des circonstances au sens de l'art. 17 LPGA est constaté dès l'instruction et que la capacité de gain peut encore être améliorée par des mesures de nouvelle réadaptation.

1.7.3.3 En cas d'amélioration de la capacité de gain

Art. 88^{bis}, al. 2., let. a, RAI

La diminution ou la suppression de la rente prend effet:

a. au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision;

Exemple:

Par décision du 16 juillet 2007, il est communiqué à l'assurée que sa demi-rente est supprimée. La décision de suppression est envoyée par l'office AI le 29 août 2007 et notifiée à l'assurée le 2 septembre 2007. La rente peut dès lors être supprimée au 1^{er} novembre 2007.

- 5021
1/13 Cette règle s'applique aussi lorsqu'une rente est réduite ou supprimée dans le cadre d'une procédure judiciaire au détriment de l'assuré. La diminution ou la suppression de la rente déploie alors ses effets dès le début du deuxième mois qui suit la notification de l'arrêt (RCC 1982 p. 34). L'art. 88^{bis}, al. 2, let. a, RAI n'est en revanche pas applicable lorsque la décision initiale a été confirmée suite à un jugement de renvoi. Par conséquent, la décision de l'administration ou du tribunal n'est déterminante pour l'ouverture du délai prévu par l'art. 88^{bis}, al. 2, let. a, RAI (réduction ou suppression de la prestation au plus tôt le

premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision) que dans le cas où une capacité de travail pouvant raisonnablement être mise en valeur n'est apparue qu'après la prise de la première décision de l'administration et aboutit à la réduction ou à la suppression de la rente (8C_567/2011).

- 5021.1 Le délai d'un mois indiqué à l'art. 88^{bis}, al. 2, let. a, RAI ne peut pas être prolongé (8C_763/2008).
- 5022 La décision de révision par laquelle une rente est réduite ou supprimée précise qu'un éventuel recours n'aura pas d'effet suspensif («L'effet suspensif est retiré à un recours contre la présente décision, conformément à l'art. 97 LAVS, en corrélation avec l'art. 66, LAI»; RCC 1986 p. 624). Le retrait de l'effet suspensif doit ressortir explicitement du texte de la décision.
- 5023 En cas de décision simultanée concernant la réduction ou la suppression d'une rente, les ch. 4015 ss sont applicables.

1.7.3.4 En cas d'obtention irrégulière d'une rente ou de violation de l'obligation de renseigner

Art. 88^{bis}, al. 2, let. b, RAI

La diminution ou la suppression de la rente prend effet:

b. rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77.

- 5024
1/14 L'assuré ou son représentant légal, de même que les autorités et les tiers auxquels sont dues les prestations (RCC 1987 p. 519, 1986 p. 664), sont tenus de communiquer immédiatement à l'office AI ou à la caisse de compensation tout changement d'importance pour le droit aux prestations, par ex. l'état de santé de l'assuré, sa capacité de travail ou de gain, sa capacité d'accomplir ses travaux

habituels, sa situation personnelle ou économique (avis obligatoire, art. 31 LPGA et 77 RAI, 9C_245/2012).

- 5025
1/14 L'assuré salarié peut certes partir de l'idée que son employeur se comporte conformément à ses obligations et donc annonce le salaire à la caisse de compensation et verse les cotisations sociales qui s'y rapportent. Cela ne le dispense toutefois pas de l'obligation d'informer qui le concerne personnellement. En d'autres termes, on ne saurait admettre que l'office AI a connaissance de ce que sait la caisse de compensation (9C_245/2012).
- 5026 Si l'assuré n'observe pas son obligation de renseigner et touche de ce fait des prestations de l'AI auxquelles il n'avait pas droit, il est tenu de les rembourser (art. 25 LPGA; art. 2 à 5 OPGA). L'office AI ordonne la restitution du montant indûment touché (art. 3 OPGA). Ne sont en principe soumis à restitution que les montants de rente indûment touchés jusqu'à l'annonce tardive du renseignement. Ne sont plus soumises à restitution les rentes touchées après l'enregistrement du renseignement tardif (Pratique VSI 1994 p. 38).
- 5027 Une simple violation de l'obligation de renseigner suffit pour contraindre l'assuré à restituer les prestations indûment touchées. Toutefois, s'il a fait preuve de bonne foi et que l'on est en présence d'un cas de rigueur, on renoncera à exiger la restitution (art. 25, al. 1, LPGA; art. 5 OPGA; cf. ch. 10401 ss DR; ATF 112 V 97, RCC 1986 p. 664). Cependant, si la violation de l'obligation de renseigner résulte d'un comportement dolosif ou d'une négligence grave, on n'examinera pas si l'assuré peut être dispensé du remboursement des prestations indûment touchées selon l'art. 25, al. 1, LPGA, car le fait de violer l'obligation de renseigner par un comportement dolosif ou par une négligence grave exclut la bonne foi.
- 5028
1/14 L'office AI détermine si l'obligation de renseigner a été enfreinte de façon coupable et à quelle date la modification affectant de façon notable le droit à la rente est survenue. La rente est annulée avec effet rétroactif à partir du mo-

ment où la capacité de gain s'est durablement améliorée, sans interruption notable (9C_1022/2012 consid. 3.3.2).

1.7.3.5 Invalidité inchangée

- 5029 Lorsque la procédure de révision d'office ou sur demande ne révèle aucune modification déterminante de l'invalidité, la rente continue à être versée à son bénéficiaire sans changement.
- 5030 En principe, l'office AI rend une décision. Si l'assuré, suite à une révision d'office, a toujours droit au versement inchangé d'une rente, il pourra en être avisé sous forme de communication (art. 74^{ter}, let. f, RAI, ch. 5002). L'office AI informe la caisse de compensation du résultat de la révision.

2. Reconsidération

2.1 Généralités

Art. 53, al. 2 et 3, LPGA

² *L'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.*

³ *Jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours, l'assureur peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé.*

- 5031 La reconsidération a pour but de rectifier une décision manifestement erronée formellement passée en force. A la différence de la révision, aucune modification essentielle de la situation n'est nécessaire à la procédure de reconsidération (voir circ. sur le contentieux; RCC 1987 p. 36, 1985 p. 58 et 332, 1980 p. 58, 1963 p. 273). Il convient de tenir compte du ch. 9022.
- 5032 Pour qu'il y ait reconsidération, il faut, en plus du caractère indubitablement incorrect de la décision d'origine, que la

rectification revête une importance significative et que la décision n'ait pas déjà été prise par un tribunal.

Exemple:

Une rente entière a été accordée à une assurée chargée de travaux de correspondance atteinte de paralysie cérébrale, en raison d'une perte de gain de plus de 70 % après que cette assurée avait perdu son poste de travail dans l'industrie horlogère pour des raisons conjoncturelles et que l'assurance-chômage avait refusé de lui verser des prestations, vu son manque d'aptitude au placement. L'office AI peut reconsidérer son ancienne décision de rente parce que la notion de perte de gain de nature économique sur laquelle elle s'était fondée, qui relève de l'AC, était manifestement erronée.

- 5033
1/13
- Il n'y a pas de reconsidération lorsqu'une rente devrait être réduite ou supprimée au seul motif qu'une modification des directives administratives rend les conditions du droit plus strictes (RCC 1982 p. 252; cf. ch. 5006). De même, un changement de jurisprudence ne représente pas un motif de reconsidération (RCC 1974 p. 447, consid. 4b). La même règle s'applique si l'évaluation des conditions matérielles du droit est défendable dans le cadre de la pratique en vigueur à l'époque: l'hypothèse d'une erreur indubitable est exclue dans ce cas (9C_587/2010). L'art. 7b, al. 2, let. c, LAI n'introduit aucun motif propre pour revenir sur une décision entrée en force. Une telle décision doit plutôt être annulée préalablement sur la base d'un motif de révocation (reconsidération, révision), avant que ne se pose éventuellement la question d'une sanction contre l'assuré concerné (ATF 138 V 63 consid. 4.3).
- 5034
1/13
- Il revient à l'office AI de juger s'il veut procéder à une reconsidération. Ce n'est pas le tribunal mais l'OFAS qui peut l'y contraindre (art. 64 LAI).
- 5035
1/13
- Il importe de distinguer si la décision erronée se rapporte à un état des faits spécifiquement régi par le droit de l'AI, ou si elle se rapporte à un état des faits analogue à celui du régime AVS.

2.2 Reconsidération au détriment de l'assuré

Art. 85, al. 2, RAI

Lorsqu'il s'avère qu'une prestation doit être diminuée ou supprimée à la suite d'un nouvel examen de l'invalidité de l'assuré, cette modification ne prend effet qu'à partir du mois qui suit la nouvelle décision. Pour les rentes, l'art. 88^{bis}, al. 2, est applicable.

- 5036 – Si l'administration a manifestement mal apprécié des *facteurs régis spécifiquement par le droit de l'AI* (c'est-à-dire des conditions matérielles déterminantes pour l'attribution de prestations AI; par ex. l'évaluation de l'invalidité, le début de la rente, etc.), les prestations seront modifiées uniquement pour l'avenir. Dans ce cas, la rente sera réduite ou supprimée dès le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la nouvelle décision (art. 85, al. 2 et art. 88^{bis}, al. 2, RAI; RCC 1980 p. 120). Est réservée une éventuelle violation de l'obligation de renseigner commise par l'assuré (ch. 5024 ss).
- 5037 – Si l'erreur qui conduit à une demande de reconsidération d'une ancienne décision de rente se rapporte à un *état des faits analogue à celui du régime de l'AVS* (par ex. les conditions d'assurance ou le calcul de la rente), il faudra réduire ou supprimer rétroactivement les prestations touchées indûment (art. 25 LPGA).
- 5038 La question de savoir si l'erreur d'appréciation de l'administration se rapporte à un état des faits propre au domaine de l'AVS ou à des facteurs régis spécifiquement par le droit de l'AI doit être examinée du point de vue matériel. Il n'est pas déterminant que l'erreur ait été commise par l'une ou l'autre autorité (caisse de compensation ou office AI) (RCC 1981 p. 520).
- 5039 Si l'office AI communique correctement une décision de rente à la caisse de compensation mais que cette dernière la transforme à tort en une décision d'octroi de rente, on ne

peut parler de faits spécifiques au droit de l'AI (RCC 1985 p. 411).

2.3 Reconsidération au profit de l'assuré

Art. 88^{bis}, al. 1, let. c, RAI

L'augmentation de la rente prend effet au plus tôt:

c. s'il est constaté que la décision de l'office AI désavantageant l'assuré était manifestement erronée, dès le mois où ce vice a été découvert.

5040 S'il est établi qu'une décision de l'office AI prononcée au détriment de l'assuré était manifestement erronée, la rente sera augmentée ou attribuée dès le premier jour du mois où le vice a été découvert. Le vice est considéré comme découvert dès que les constatations de l'administration le font apparaître crédible ou vraisemblable et pas seulement lorsqu'il est établi avec certitude (RCC 1985 p. 235).

Exemple:

Un assuré touche une demi-rente depuis juin 2005. A l'occasion d'une procédure de révision d'office lancée le 1^{er} janvier 2007, l'office AI constate, en août 2007, qu'il présentait déjà sans aucun doute une incapacité de gain supérieure à 60 % en juin 2005, et qu'à cette époque-là déjà il aurait eu droit à trois quarts de rente. Etant donné que le vice n'a été découvert qu'en août 2007, la rente sera augmentée dès le 1^{er} août 2007.

5041 La fausse attribution du niveau de rente doit être considérée comme une erreur dans les bases de calcul de la rente ordinaire et de l'échelle de rente applicable, et constitue un état de fait non pas spécifique à l'assurance-invalidité mais analogue à l'AVS. C'est pourquoi la rente du montant correct revient à la personne assurée avec effet ex tunc (9C_409/2011 consid. 4.2.2).

1/13

Chapitre 5: Suspension de la rente

Art. 21, al. 5, LPGA

Si l'assuré subit une mesure ou une peine privative de liberté, le paiement des prestations pour perte de gain peut être partiellement ou totalement suspendu à l'exception des prestations destinées à l'entretien des proches visées à l'al. 3.

- 6001 Une peine privative de liberté prononcée par l'autorité pénale peut constituer un motif de suspension de la rente, mais pas un motif de révision (cf. ch. 5007; RCC 1989 p. 225, 1988 p. 269). La rente peut également être suspendue pendant une détention préventive (ATF 133 V 1; cf. ch. 6007) et en cas d'exécution anticipée de la peine (8C_702/2007). Peu importe que la peine ou la mesure soit exécutée en Suisse ou à l'étranger (9C_20/2008), ni que l'assuré ait une obligation d'entretien vis-à-vis de proches, étant donné que l'AI continue de verser des prestations en espèces pour les proches (rentes pour enfant) (9C_256/2009).
- 6001.1
1/13 Lorsqu'une personne condamnée n'a pas encore commencé (ne commence pas dans les délais) l'exécution d'une peine privative de liberté, elle n'est pas encore, sous l'angle du droit, sous le régime de l'exécution des peines, et la rente ne peut pas être suspendue. Il faut distinguer de ce cas la fuite durant l'exécution de la peine (dans un tel cas, la suspension de la rente est maintenue) (8C_289/2012).
- 6002 La suspension de la rente signifie que la rente principale est suspendue pendant la peine privative de liberté mais que le versement des rentes pour enfants peut être maintenu (art. 21, al. 3 et 5, LPGA).
- 6003 La suspension de la rente suppose que, pendant l'écoulement de la peine privative de liberté, une personne non handicapée n'a pas non plus la possibilité d'exercer une activité lucrative et que le régime d'accomplissement de sa

peine n'est pas lié de manière prépondérante au handicap de l'assuré.

- 6003.1 Le suspension de la rente dépendra donc exclusivement de la possibilité ou non d'exercer une activité lucrative durant l'exécution d'une mesure thérapeutique institutionnelle. Il n'y a pas lieu d'établir une distinction en fonction de critères de dangerosité sociale ou de la nécessité de suivre un traitement (9C_833/2010).
- 6004 La rente ne sera par conséquent pas suspendue mais continuera à être versée,
- si le régime d'accomplissement de la peine privative de liberté donne la possibilité aux détenus non handicapés d'exercer une activité lucrative (ATF 116 V 20);
 - si, dans le cas d'une privation de liberté à des fins d'assistance au sens des art. 397a ss CC, l'atteinte à la santé qui a conduit à l'invalidité constitue le motif de cette privation de liberté (RCC 1992 p. 508).
- 6005 Lorsque le droit à la rente prend naissance pour la première fois pendant l'accomplissement d'une peine privative de liberté:
- On peut renoncer à déterminer le taux d'invalidité et à fixer la rente principale par voie de décision tant qu'il n'existe pas de droit à des rentes pour enfant. L'office AI attire expressément l'attention de l'assuré sur le fait qu'il doit immédiatement annoncer l'éventuelle naissance d'un droit à une rente pour enfant à l'office AI.
 - Si l'assuré a droit à une rente pour enfant, l'office AI rend une décision d'octroi de rente à la fois pour la rente principale et pour la rente pour enfant. Il suspend simultanément la rente principale et verse la rente pour enfant.
 - Lorsque la réalisation des conditions d'assurance n'est pas clairement établie, l'invalidité doit dans tous les cas être évaluée à l'issue du délai d'attente, ou après la survenance de l'incapacité de gain permanente, étant donné que le moment de la survenance du cas d'assurance est décisif (RCC 1989 p. 276).

- 6006 Pour calculer le délai d'attente et le taux d'invalidité pendant une peine privative de liberté, on considérera les faits vraisemblables en faisant abstraction de la peine privative de liberté prononcée par l'autorité pénale (ch. 2009).
- 6007 *Début de la suspension:*
- peine privative de liberté: la rente est suspendue dès le mois qui suit le début de la peine;
 - détention préventive: la rente ne peut être suspendue qu'après 3 mois.
- En principe, la rente peut aussi être suspendue rétroactivement, puisque les prestations indûment touchées doivent être restituées, même si l'on n'est pas en présence d'une violation de l'obligation de renseigner (il ne s'agit pas d'un facteur régi spécifiquement par le droit de l'AI; ch. 5036). La restitution des rentes indûment perçues pendant la détention préventive peut être exigée rétroactivement au début de la période de privation de liberté. Les dispositions sur la révision ne sont pas applicables. En pareil cas, il faut également examiner la question d'une éventuelle dispense (art. 25, al. 1, LPGA; voir à ce sujet DR).
- 6008 *Fin de la suspension:* la rente doit être versée à nouveau pour le mois pendant lequel la privation de liberté cesse (par analogie avec l'art. 29, al. 3, LAI). Si la remise en liberté est annoncée tardivement aux organes de l'AI, la rente doit être versée rétroactivement dans le cadre des dispositions sur la péremption (art. 24, al. 1, LPGA).
- 1/13
- 6009 Après la remise en liberté, le droit à la rente renaît automatiquement, sans qu'il soit nécessaire de procéder préalablement à une révision et d'accorder à nouveau la rente.
- 6010 Pendant la période de privation de liberté, des *révisions* doivent être prévues afin de pouvoir prendre en compte d'éventuelles modifications touchant une rente pour enfant.
- 6011 La suspension du droit à la rente et la suppression de la suspension sont de la compétence de l'office AI. Celui-ci communique sa décision à la caisse de compensation.

6. Réduction et refus de prestations

1. Conditions

1.1 Généralités

Art. 21, al. 1 à 4, LPGA

¹ *Si l'assuré a aggravé le risque assuré ou en a provoqué la réalisation intentionnellement ou en commettant intentionnellement un crime ou un délit, les prestations peuvent être temporairement ou définitivement réduites ou, dans les cas particulièrement graves, refusées.*

² *Les prestations en espèces dues aux proches ou aux survivants de l'assuré ne sont réduites ou refusées que si ceux-ci ont provoqué la réalisation du risque intentionnellement ou en commettant intentionnellement un crime ou un délit.*

³ *Dans la mesure où des assurances sociales ayant le caractère d'assurance de perte de gain ne prévoient aucune prestation en espèces pour les proches, les prestations en espèces ne peuvent être réduites en vertu de l'al. 1 que de moitié. Pour l'autre moitié, la réduction prévue à l'al. 2 est réservée.*

⁴ *Les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés.*

Art. 7b, al. 4, LAI

En dérogation à l'art. 21, al. 1, LPGA, les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne peuvent être ni refusées, ni réduites.

- 7001 Si les conditions figurant à l'art. 21, al. 1 à 4, LPGA et à l'art. 7b LAI sont remplies, l'office AI peut réduire ou refuser les prestations en espèces dues (RCC 1986 p. 555, ATF 134 V 315). Dans l'AI, les prestations en espèces sont la rente, les indemnités journalières ainsi que l'allocation pour impotent (art. 15 LPGA).
- 7002 La sanction revêt toujours un caractère personnel. Les prestations en espèces en faveur de proches doivent donc être versées dans leur totalité, excepté lorsque les proches ont provoqué la réalisation du risque intentionnellement ou en commettant intentionnellement un crime ou un délit (art. 21, al. 2, LPGA, RCC 1962 p. 404). De ce fait, la rente pour enfant continue d'être versée dans son intégralité en cas de réduction de la rente AI. L'allocation pour enfant peut être versée malgré la suspension des indemnités journalières de l'AI.

1.2 Intention au sens de l'art. 21, al. 1, LPGA

- 7003 Agit *intentionnellement* celui ou celle qui, sachant à quoi s'en tenir, veut causer, aggraver ou maintenir l'atteinte à la santé et se comporte en conséquence. Le caractère intentionnel est pratiquement exclu en cas de dépendance (telle que l'abus d'alcool, de médicaments ou de drogues, ainsi qu'en cas d'obésité) ou de tentative de suicide.
- 7004 Le dol éventuel est mis sur le même pied que l'intention. On est en présence d'un *dol éventuel* lorsque l'auteur ne prévoit à vrai dire pas avec certitude la réalisation des éléments constitutifs de l'infraction mais qu'il la tient cependant sérieusement pour possible et qu'il la veut également au cas où ces éléments se produiraient («acceptation du résultat»).
- 7005 Il doit exister un *lien de causalité* entre l'atteinte à la santé à l'origine de l'invalidité et le comportement délictueux intentionnel (ou de dol éventuel) de l'assuré, c'est-à-dire que le comportement intentionnel constitue la cause, unique ou partielle, de l'invalidité (RCC 1969 p. 351). Le rapport de

causalité ne doit pas être prouvé avec certitude, la probabilité prépondérante suffit (RCC 1986 p. 555).

1.3 Crime ou délit

- 7006 Ce sont les dispositions de droit pénal (CP, LCR, etc.) qui déterminent si l'assuré a commis un crime ou un délit lorsque l'invalidité est survenue ou s'est aggravée. Sont réputées crimes les infractions passibles d'une privation de liberté de plus de trois ans; sont réputées délits les infractions passibles d'une privation de liberté de moins de trois ans ou d'une amende (art. 10 CP). L'office AI se fonde pour ce faire sur le jugement pénal, il se fait remettre le dossier pénal ou des photocopies des documents déterminants. Il ne peut s'écarter des faits et de l'appréciation retenus par le juge que si les faits établis lors de la procédure pénale et leur implication juridique ne sont pas convainquants ou reposent sur des principes qui, bien qu'applicables en droit pénal, ne sont pas pertinents en droit des assurances sociales (ATF 119 V 241, RCC 1988 p. 136, 1985 p. 649). En l'absence d'une décision pénale, il appartient à l'office AI d'examiner si une réduction ou un refus de prestations s'impose pour des motifs relevant du droit pénal (ATF 120 V 224 ss, 9C_785/2010).
- 7007 Il doit exister un lien matériel et temporel entre l'atteinte à la santé ayant causé l'invalidité et le crime ou le délit; il n'est en revanche pas nécessaire que l'acte délictueux en tant que tel constitue la cause de l'invalidité (ATF 119 V 241, consid. 3c = Pra 83 n° 261, 9C_785/2010).

1.4 Exigibilité d'un traitement ou d'une réinsertion dans la vie professionnelle

- 7008 Le caractère exigible d'un traitement ou de la réinsertion dans la vie professionnelle se fonde sur l'art. 7a LAI, c'est-à-dire sur des critères purement objectifs. En ce qui concerne la non-exigibilité d'une mesure de réadaptation, le fardeau de la preuve incombe à l'assuré (9C_842/2010).

1.5 Non-respect des obligations de réduire le dommage, d'informer et de collaborer

- 7009 L'obligation de réduire le dommage et celle de renseigner et de collaborer sont décrites aux ch. 1048 ss.
- 7010 On estime que l'assuré ne respecte pas son obligation de réduire le dommage ou celle de renseigner et de collaborer si son comportement est *inexcusable*. Du point de vue subjectif, il faut qu'il puisse être tenu pour responsable de son comportement. Cette condition manque par ex. quand, en raison d'une maladie ou d'une débilité mentale, il n'est pas capable de voir les conséquences de ses actes ou de se conduire de manière sensée.

2. Sanctions

2.1 Généralités

- 7011 La sanction consiste habituellement en une suspension des indemnités journalières ou en une réduction de la rente. Elle est déterminée à la lumière de l'ensemble des circonstances de l'affaire, d'après la gravité du comportement délictueux de l'assuré, la gravité de l'atteinte à la santé et d'éventuelles circonstances atténuantes qui ressortent du dossier pénal.
- 7012 Si d'autres assureurs sociaux (par ex. la Suva) ont décidé de réduire ou de refuser leur rente, l'office AI s'inspire de ces décisions (voir ATF 129 V 354). Il peut prendre une autre sanction lorsque de sérieux motifs l'y poussent.

2.2 Non-respect de l'obligation de renseigner et de collaborer

- 7013 Si l'assuré ne respecte pas son obligation de renseigner et de collaborer au sens de l'art. 43, al. 3, LPGA, l'office AI a la possibilité de décider, *sur la base du dossier*, qu'il peut examiner les faits pertinents sans difficultés et sans que cela représente une charge de travail importante, même si

l'assuré ne collabore pas. Dans le cas contraire, il interrompt l'instruction et rend une *décision de non-entrée en matière*. Le choix entre l'étude du dossier et la non-entrée en matière dépend de la situation dans chaque cas particulier. En cas de doute, l'office AI opte pour la variante la plus favorable à l'assuré (RCC 1983, p. 525 à 528; 1978, p. 478 à 478).

- 7014 L'office AI peut suspendre les prestations en cas de violation de l'obligation de collaborer. Une telle sanction suppose toutefois que les informations demandées en vain soient nécessaires pour clarifier la situation ou pour fixer les prestations, qu'elles ne soient pas accessibles autrement sans frais disproportionnés et que les renseignements refusés en violation fautive de l'obligation de collaborer soient pertinents pour fixer le taux d'invalidité de l'assuré (9C_345/2007).
- 7014.1 Le fardeau de la preuve est renversé lorsque des prestations sont en cours et que l'assuré qui les perçoit refuse de manière inexcusable de se conformer à son devoir de renseigner ou de collaborer à l'instruction de la procédure de révision, empêchant par là que l'OAI établisse les faits pertinents. Il appartient alors à l'assuré d'établir que son état de santé, ou d'autres circonstances déterminantes, n'ont pas subi de modifications susceptibles de changer le taux d'invalidité qu'il présente (8C_733/2010).

7015 Abrogé

7016 Abrogé

7017 Abrogé

3. Procédure

3.1 Généralités

- 7018 L'office AI examine d'office si les conditions requises pour une suspension des indemnités journalières ou pour une

réduction ou un refus de la rente sont remplies et, le cas échéant, fixe l'étendue de la réduction. En cas de suspension des indemnités journalières, on indique le nombre de jours de suspension; en cas de réduction de rente, le pourcentage de la réduction.

- 7019 Si, lors d'une révision de rente, il s'avère que les conditions d'une réduction de rente sont réunies, cette réduction ne peut être opérée que si les conditions d'une révision ou d'une reconsidération de la décision d'origine sont réalisées (RCC 1986 p. 563 et 567, 1983 p. 113).

3.2 Avertissement et délai de réflexion

- 7020 Avant de réduire ou de refuser des prestations, l'office AI 1/13 procède en règle générale à un avertissement avec délai de réflexion (Pratique VSI 1997 p. 36; voir aussi la CPAI). L'avertissement assorti d'un délai de réflexion convenable, avec mention des conséquences d'une opposition (réduction ou refus des prestations; décision en l'état du dossier ou décision de non-entrée en matière), prend la forme d'une communication sans indication des voies de droit (RCC 1983 p. 330). Il est possible de déroger à cette procédure dans les cas énumérés à l'art. 7b, al. 2, LAI. Conçu comme une disposition d'exception, l'art. 7b, al. 2, LAI ne permet un refus de prestation sans avertissement préalable assorti d'un délai de réflexion qu'en cas de violation qualifiée des obligations, ce qui est le cas notamment en présence d'un comportement constitutif d'une escroquerie en droit pénal ou qui suppose au moins une falsification consciente des résultats d'un examen médical, par exemple par la simulation d'un état de santé diminué (9C_744/2011).
- 7021 Si l'assuré ne se soumet pas aux injonctions dans le délai fixé, l'office AI, après une procédure de préavis, rend une décision, comme elle l'en avait avertie.
- 7022 La décision doit préciser qu'un recours éventuel sera privé de l'effet suspensif.

lorsqu'elle est faible, à 20 % du même montant. L'allocation est calculée par jour pour les mineurs.

² *Le montant de l'allocation pour impotent versée aux assurés qui séjournent dans un home correspond au quart des montants prévus à l'al. 1.*

8003 Il existe deux montants de l'allocation pour impotent: le montant intégral et le quart du montant. Le choix du montant dépend de la forme de logement et du lieu de séjour de l'assuré. Le montant intégral (80/50/20 % de la rente maximale de vieillesse) est appliqué lorsque l'assuré n'habite pas dans un home. En cas de séjour dans un home qui ne sert pas à l'exécution de mesures de réadaptation, l'assuré n'a droit qu'au quart du montant de l'allocation pour impotent.

8003.1 Sont considérées comme assurés vivant en home les personnes qui y passent plus de 15 nuits, c'est-à-dire 16 nuits ou davantage par mois. Celles qui y passent 15 nuits ou moins par mois ont droit à une allocation pour impotent entière (ATF 132 V 321). Lors d'un changement du lieu de séjour, le nouveau montant est pris en compte à partir du mois suivant (art. 82 al. 2 RAI). Les dispositions de révision (art. 88^{bis} RAI) et celles qui concernent l'extinction du droit à l'allocation (art. 35, al. 2, RAI) ne sont pas applicables (exception, cf. ch. 8115).

Exemple :

Un assuré au bénéfice d'une allocation pour impotent moyenne (fr. 1'170.- par mois), entre en home le 5 février. A partir du mois de mars il ne recevra plus qu'un montant de fr. 293.- par mois. S'il entre en home le 25 février, il est encore considéré comme résidant à la maison pour le mois de février, donc il continuera à recevoir fr. 1'170 en février et mars et seulement en avril le montant sera réduit à fr. 293.-.

Montants de l'allocation pour impotent pour les assurés majeurs (montants par mois à partir du 1^{er} janvier 2013)

<i>Degré d'impotence</i>	<i>Dans un home (quart du montant)</i>	<i>A domicile (montant intégral)</i>
Grave	468 fr./mois	1872 fr./mois
Moyen	293 fr./mois	1170 fr./mois
Faible	117 fr./mois	468 fr./mois

8004 1/13 S'agissant des mineurs, l'allocation pour impotent et l'éventuel supplément pour soins intenses (ch. 8070 ss) sont versés par jour.

Montants de l'allocation pour impotent destinée aux mineurs (montants par mois et par jour à partir du 1^{er} janvier 2013)

<i>Degré d'impotence</i>	<i>A domicile (montant intégral)</i>
Grave	1872,00 fr./mois 62,40 fr./ jour
Moyen	1170,00 fr./mois 39,00 fr./ jour
Faible	468,00 fr./mois 15,60 fr./ jour

Montants du supplément pour soins intenses (montants par mois et par jour à partir du 1^{er} janvier 2013)

<i>Besoin de soins découlant de l'invalidité au moins 8 heures/jour</i>	<i>A domicile</i>
	1404,00 fr./mois 46,80 fr./ jour
au moins 6 heures/jour	936,00 fr./mois 31,20 fr./ jour
au moins 4 heures/jour	468,00 fr./mois 15,60 fr./ jour

8005 1/13 Est réputée *home* toute forme de logement collectif qui sert à l'encadrement et/ou aux soins, mais non au traitement curatif. Est donc réputé séjour dans un home tout séjour de personnes handicapées dans une division pour séjours de

longue durée de cliniques ou d'établissements médico-sociaux. N'est cependant pas réputée séjour dans un home l'hospitalisation aux fins de traitement curatif; dans ce cas, l'assuré n'a pas droit à une allocation pour impotent (cf. art. 67, al. 2, LPGA, ch. 8109 ss). Le placement dans une famille d'accueil n'est pas assimilé à un séjour en home.

8005.1 Dans chaque cas, il faut faire la distinction entre communauté d'habitation ayant un statut de home et communauté d'habitation assimilable à un séjour à domicile.

On ne se fonde pas principalement sur le mode de financement pour définir un home. Que l'institution figure sur une liste fédérale ou cantonale n'est pas non plus déterminant. Il n'existe aucune base légale pour une telle distinction, qu'on ne trouve pas non plus dans le message concernant la 4^e révision de l'AI.

8005.2 *Communauté d'habitation avec statut de home*

Pour avoir un *statut de home*, il faut donc que la communauté d'habitation soit sous la responsabilité d'un support juridique ayant une direction et des employés, et que les résidents ne disposent pas seulement d'un espace qui leur est loué, mais bénéficient aussi, contre paiement, d'autres offres telles que nourriture, conseil, encadrement, soins, occupation ou réinsertion; autrement dit, de services dont ils ne disposeraient pas – ou pas de cette nature et dans cette mesure – s'ils vivaient dans leur propre logement ou que, dans ce cas, ils devraient organiser eux-mêmes. Le fait qu'il y règne une atmosphère particulière, de type familial, que l'individualité des résidents soit respectée et que ces derniers bénéficient d'un maximum d'autonomie à l'intérieur et à l'extérieur de la communauté d'habitation ne change rien à la nécessité de considérer celle-ci comme un home. L'élément déterminant est la fourniture d'une gamme de prestations qui ne sont pas fournies, ou du moins pas durablement, dans un logement individuel ou dans une communauté de vie ordinaire, mais qui sont caractéristiques d'un home.

- Au vu de ces explications, on parle de home quand:
- il y a une structure prédéfinie (par ex. direction, employés, etc.),
 - l'assuré n'est pas responsable du déroulement de la journée,
 - il y a dépendance et/ou rapport de subordination.

8005.3 *Communauté d'habitation sans caractère de home*
Une telle communauté se caractérise par l'auto-organisation et la responsabilité propre. «Auto-organisation» signifie que c'est aux personnes qui y vivent de décider tous les aspects de l'organisation, de la gestion et de la communauté. Les résidents décident donc eux-mêmes quand et par qui les soins sont fournis, et comment les soins et l'encadrement doivent être structurés. Ils choisissent les personnes qui prennent la place de ceux qui partent et donc avec qui ils partageront le logement, qui en assure la propreté, etc. Si le logement est fourni par un support juridique responsable du fonctionnement de la communauté, il n'y a pas auto-organisation. On ne peut en effet plus parler alors de groupe autonome et indépendant, qui tranche toutes les questions touchant la vie collective et décide de manière autonome de son encadrement et de tous les aspects qui y sont liés.

- Au vu de ces précisions, on ne parle pas de home quand:
- l'assuré peut payer lui-même les prestations dont il a besoin pour les soins et l'encadrement (soins de base et soins thérapeutiques, mais pas surveillance), c'est-à-dire, par ex., qu'il peut engager et congédier lui-même le personnel qui lui fournit ces prestations,
 - les résidents assument eux-mêmes, dans la mesure du possible, la responsabilité et la gestion de la communauté,
 - l'assuré peut choisir et organiser lui-même ses conditions de logement (location ou achat, aménagement).

8006 Lorsque l'assuré séjourne dans une institution pour l'exécution de mesures de réadaptation, il n'a pas droit à une allocation pour impotent (voir ch. 8098 et 8101 ss).

8007 Le montant intégral de l'allocation pour impotent s'applique toujours aux personnes majeures qui ne vivent pas dans un home et qui, du fait de l'accompagnement leur permettant de faire face aux nécessités de la vie, peuvent faire valoir le droit à une allocation pour une impotence de faible degré (voir ch. 8040 ss).

2. Impotence – définition et degrés

2.1 Définition

Art. 9 LPGA

Est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne.

Art. 42, al. 3, 1^{re} phrase, LAI

Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie.

Art. 42^{bis}, al. 5, LAI

Les mineurs n'ont pas droit à l'allocation pour impotent s'ils ont uniquement besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

2.2 Impotence – trois degrés

2.2.1 Impotence grave

Art. 37, al. 1, RAI

L'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle.

8008 On peut également se trouver en présence d'une impotence grave dans le cas particulier du ch. 8056.

2.2.2 Impotence moyenne

Art. 37, al. 2, RAI

L'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin:

- a. d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie;*
- b. d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessité, en outre, une surveillance personnelle permanente;*
ou
- c. d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessité, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38.*

8009 Selon la pratique, on est en présence d'une impotence de degré moyen au sens de la let. a lorsque l'assuré, même doté de moyens auxiliaires, requiert l'aide régulière et importante d'autrui pour accomplir *au moins quatre actes ordinaires de la vie* (cf. ch. 8010).

2.2.3 Impotence faible

Art. 37, al. 3, RAI

L'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin:

- a. de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie;*
- b. d'une surveillance personnelle permanente;*
- c. de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré;*
- d. de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux;*
ou
- e. d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38.*

3. Impotence – composantes

3.1 Actes ordinaires de la vie

3.1.1 Généralités

- 8010 Les actes ordinaires de la vie les plus importants se répartissent en six domaines:
- se vêtir, se dévêtir (éventuellement adapter la prothèse ou l'enlever);
 - se lever, s'asseoir, se coucher (y compris se mettre au lit ou le quitter);
 - manger (apporter le repas au lit, couper des morceaux, amener la nourriture à la bouche, réduire la nourriture en purée et prise de nourriture par sonde);
 - faire sa toilette (se laver, se coiffer, se raser, prendre un bain / se doucher);
 - aller aux toilettes (se rhabiller, hygiène corporelle / vérification de la propreté, façon inhabituelle d'aller aux toilettes);
 - se déplacer (dans l'appartement, à l'extérieur, entretien des contacts sociaux).
- 8011 Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que l'assuré requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart de ces fonctions partielles; il suffit bien au contraire qu'il ne requière l'aide *régulière et importante* d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 117 V 146, consid. 2, pour *l'aide régulière et importante* cf. ch. 8025 s.).
- 8012 Ne font en revanche pas partie des actes ordinaires de la vie ceux qui sont liés à l'exercice d'une profession ou à des activités équivalentes (ménage, études, vie en communauté religieuse) et les activités inhérentes à la réadaptation professionnelle (par ex. assistance pour se rendre au lieu de travail). Les effets du handicap dans ces domaines sont pris en considération lors de l'évaluation de l'invalidité aux fins d'octroi d'une rente.

- 8013 Que l'accomplissement des actes ordinaires de la vie soit plus ardu ou plus lent ne suffit en principe pas à justifier un cas d'impotence (RCC 1989 p. 228, 1986 p. 507).

3.1.2 Se vêtir, se dévêtir

(y compris, le cas échéant, ajuster ou retirer la prothèse)

- 8014 Il y a impotence lorsque l'assuré ne peut lui-même mettre ou enlever une pièce d'habillement indispensable ou une prothèse. Il y a également impotence lorsque l'assuré peut certes s'habiller seul, mais qu'il faut lui préparer ses habits ou contrôler si sa tenue correspond aux conditions météorologiques ou encore qu'il n'ait pas enfilé ses habits à l'envers (cf. ch. 8029 ss).

3.1.3 Se lever, s'asseoir, se coucher

(y compris se mettre au lit ou se lever de son lit)

- 8015 Il y a impotence lorsqu'il est impossible à l'assuré de se lever, de s'asseoir ou de se coucher sans l'aide d'un tiers. Les différentes situations (à la maison, au travail, ailleurs à l'extérieur) doivent être évaluées séparément (9C_839/2009).
- 8016 L'aide d'autrui nécessitée pour se lever de sièges bas (dont l'assuré n'a pas absolument besoin) ou du sol ou pour monter dans une automobile n'est pas importante et quotidienne. Par conséquent, on n'est pas en présence d'un cas d'impotence régulière et importante (RCC 1987 p. 263). En revanche, s'il est impossible à l'assuré, une fois au lit, de se couvrir ou de s'allonger lui-même, il est considéré comme impotent en ce qui concerne cet acte ordinaire de la vie.
- 8017 La nécessité de la présence d'un tiers lorsque l'assuré doit se lever la nuit n'a d'importance que du point de vue de la surveillance personnelle (ch. 8035 ss), elle n'en a cepen-

nant pas en ce qui concerne la fonction partielle «se lever» (RCC 1987 p. 263).

3.1.4 Manger

- 8018 Il y a impotence lorsque l'assuré ne peut pas se nourrir avec des aliments préparés normalement sans l'aide d'autrui (8C_728/2010). Un régime alimentaire (par ex. dans le cas de diabétiques) ne justifie pas un cas d'impotence. En revanche, il y a impotence lorsque l'assuré peut certes manger seul mais ne peut pas couper ses aliments lui-même, lorsqu'il ne peut manger que des aliments réduits en purée ou encore lorsqu'il ne peut les porter à sa bouche qu'avec ses doigts (RCC 1981 p. 364).
- 8019 La nécessité de se faire accompagner pour se rendre à table ou quitter la table ou d'être aidé pour y prendre place ou se lever n'est pas significative puisqu'elle est déjà prise en considération dans les actes ordinaires de la vie correspondants (se lever, s'asseoir, se coucher et se déplacer) (RCC 1983 p. 71). En revanche, il y a impotence lorsqu'il s'avère nécessaire d'apporter un des repas principaux au lit en raison de l'état de santé – objectivement considéré – de l'assuré (RCC 1985 p. 408).

3.1.5 Faire sa toilette

- 8020 Il y a impotence lorsque l'assuré ne peut effectuer lui-même un acte ordinaire de la vie quotidiennement nécessaire du domaine de l'hygiène corporelle (se laver, se coiffer, se raser, prendre un bain ou se doucher).

3.1.6 Aller aux toilettes

- 8021 Il y a impotence lorsque l'assuré a besoin de l'aide d'un tiers pour vérifier son hygiène, pour se rhabiller, pour s'asseoir sur les toilettes ou pour s'en relever (ATF 121 V 88 consid. 6). C'est également le cas lorsqu'il faut procéder à une manière inhabituelle d'aller aux toilettes (par ex.

apporter le vase de nuit et le vider, apporter un urinal, l'ajuster pour l'assuré, apporter une aide régulière pour uriner etc.; Pratique VSI 1996 p. 182; cf. ch. 8027).

- 8021.1 1/14 Le fait de ne pas pouvoir fermer la porte des toilettes pendant leur utilisation ne constitue pas une des fonctions partielles de l'acte «aller aux toilettes» (9C_633/2012, consid. 4.2.2), tout au moins dans le sphère privée.

3.1.7 Se déplacer (dans le logement ou à l'extérieur), entretenir des contacts sociaux

- 8022 Il y a impotence lorsque l'assuré ne peut plus lui-même, quand bien même il dispose de moyens auxiliaires, se déplacer dans le logement ou à l'extérieur ou entretenir des contacts sociaux.
- 8023 Par contacts sociaux, on entend les relations humaines telles qu'elles se pratiquent quotidiennement (par ex. lire, écrire, fréquenter des concerts, des manifestations politiques ou religieuses, etc.; RCC 1982 p. 119 et 126).
- 8024 La nécessité de l'aide pour entretenir des contacts, afin de prévenir le risque d'isolement durable (notamment pour les personnes psychiquement handicapées), ne doit être prise en compte qu'au titre de «l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie» (ch. 8040 ss), mais non de la fonction partielle «entretenir des contacts sociaux» (ch. 8048).

3.2 Aide d'autrui

3.2.1 Aide régulière et importante

- 8025 L'aide est *régulière* lorsque l'assuré en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour. C'est par exemple le cas lors de crises pouvant ne se produire que tous les deux ou trois jours, mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (RCC 1986 p. 510).

- 8026 L'aide est *importante* lorsque l'assuré ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie (par ex. «se laver» en ce qui concerne l'acte ordinaire «faire sa toilette» [Pratique VSI 1996 p. 182, RCC 1979 p. 272]),
- ou qu'il ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle (RCC 1981 p. 364) ou que, en raison de son état psychique, il ne peut l'accomplir sans incitation particulière;
 - lorsque, même avec l'aide d'un tiers, il ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour lui (par ex. si l'assuré souffre de graves lésions cérébrales et que sa vie se trouve réduite à des fonctions purement végétatives de sorte qu'il est condamné à vivre au lit et qu'il ne peut entretenir de contacts sociaux [RCC 1991 p. 479, 1982 p. 126]).
- 8027 Les fonctions partielles d'un acte ordinaire de la vie pour lesquelles l'assuré a besoin de l'aide d'autrui, parfois à plusieurs reprises si la même fonction s'inscrit dans plusieurs actes ordinaires, ne peuvent être prises en considération qu'une seule fois (RCC 1983 p. 71). La jurisprudence prévoit toutefois une exception pour la fonction «aller aux toilettes». Selon cette dernière, font également partie des fonctions partielles de cet acte ordinaire de la vie le rhabillage, l'accompagnement aux toilettes ainsi que l'aide apportée pour s'y asseoir et se relever (Pratique VSI 1996 p. 182).

3.2.2 Aide directe et indirecte

- 8028 Il y a *aide directe* de tiers lorsque l'assuré n'est pas ou n'est que partiellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie.
- 8029 Il y a *aide indirecte* de tiers lorsque l'assuré est fonctionnellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie mais ne le ferait pas, qu'imparfaitement ou à contretemps s'il était livré à lui-même (RCC 1984 p. 368, 1980 p. 62).

- 8030 L'aide indirecte, qui concerne essentiellement les personnes affectées d'un handicap psychique ou mental, suppose la présence régulière d'un tiers qui veille particulièrement sur l'assuré lors de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie concernés, l'enjoignant à agir, l'empêchant de commettre des actes dommageables et lui apportant son aide au besoin. Elle doit cependant être distinguée de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ch. 8040 ss).
- 8031 Une aide indirecte de tiers peut en outre être nécessaire dans le cas de handicapés physiques. Il en va ainsi de l'assuré qui est certes fonctionnellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie mais qui a toutefois besoin d'une surveillance personnelle – et pas seulement générale – pour en effectuer certains (par ex. en raison d'un risque d'étouffement en mangeant, d'un risque de noyade dans le bain, d'un risque de blessures en cas de chute dans la douche ou lors d'un déplacement; RCC 1986 p. 510).

3.3 Soins permanents (médicaux ou infirmiers)

- 8032 Les soins permanents ou les prestations d'aide médicale ou infirmière comprennent par exemple l'administration quotidienne de médicaments ou la nécessité de faire un pansement chaque jour (RCC 1980 p. 62).
- 8033 Les prestations d'assistance doivent être fournies pendant une période assez longue et non pas seulement passagèrement, par ex. en raison d'une maladie intercurrente.
- 8034 Dans le cas des mineurs, les prestations de soins intenses peuvent ouvrir le droit à un supplément pour soins intenses. Une durée minimale est notamment requise pour ces soins (ch. 8070 ss).

3.4 Surveillance personnelle permanente

- 8035 La notion de surveillance personnelle permanente ne se rapporte pas aux actes ordinaires de la vie. Des prestations d'aide qui ont déjà été prises en considération en tant qu'aide directe ou indirecte au titre d'un acte ordinaire de la vie ne peuvent pas entrer à nouveau en ligne de compte lorsqu'il s'agit d'évaluer le besoin de surveillance. Cette notion doit au contraire être comprise comme une assistance relevant de la médecine et des soins, spécialement nécessaire en raison de l'état de santé de l'assuré. Une telle surveillance est nécessaire par exemple lorsque ce dernier ne peut être laissé seul toute la journée en raison de défaillances mentales (RCC 1986 p. 512, consid. 1a avec renvois), ou lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions, auprès de l'assuré parce qu'il ne peut être laissé seul (RCC 1989 p. 190, consid. 3b, 1980 p. 64, consid. 4b; cf. ch. 8020). Pour qu'elle puisse fonder un droit, la surveillance personnelle doit présenter un certain degré d'intensité. Il ne suffit pas que l'assuré séjourne dans une institution spécialisée et se trouve sous une surveillance générale de cette institution. La question de savoir si une aide ou une surveillance personnelle permanente est nécessaire doit être tranchée de manière objective selon l'état de l'assuré (9C_608/2007). En principe, peu importe l'environnement dans lequel celui-ci se trouve. En évaluant l'impuissance, on ne saurait faire aucune différence selon que l'assuré vit dans sa famille, en logement privé ou dans un foyer. La nécessité d'une surveillance doit être admise s'il s'avère que l'assuré, laissé sans surveillance, mettrait en danger de façon très probable soit lui-même soit des tiers.
- 8036 La surveillance personnelle permanente doit en outre être requise pendant une période prolongée, par opposition à une surveillance «passagère», par ex. suite à une maladie intercurrente.
- 8037 On n'accordera qu'une importance minimale à la surveillance personnelle dans les cas d'impuissance grave, étant donné que, par définition, l'impuissance grave présuppose

que l'assuré dépend régulièrement de l'aide d'autrui pour l'accomplissement de tous les actes ordinaires de la vie. Il faut en revanche attribuer plus d'importance à la surveillance personnelle permanente dans les cas d'impotence moyenne ou faible parce que les situations exigeant l'aide d'autrui dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie sont beaucoup moins fréquentes en cas d'impotence moyenne (art. 37, al. 2, let. b, RAI) et inexistantes en cas d'impotence faible (art. 37, al. 3, let. b, RAI) [RCC 1982 p. 126].

- 8038 N'est pas assimilée à la surveillance personnelle permanente la surveillance collective telle qu'elle est pratiquée par exemple dans un foyer, une maison de retraite ou un home médicalisé (RCC 1986 p. 510, 1970 p. 292). Toutefois, si la personne qui réside dans un foyer, une maison de retraite ou un home médicalisé a besoin d'une surveillance individuelle, celle-ci doit être prise en considération.

Un besoin de surveillance peut cependant exister lorsqu'une clinique spécialisée dans certaines pathologies se sert de techniques de surveillance particulières (I 373/92, consid. 3b/cc; 9C_608/2007).

- 8039 Pour les mineurs, une surveillance permanente peut ouvrir le droit à un supplément pour soins intenses (ch. 8078 ss).

3.5 Accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie

3.5.1 Généralités

Art. 37, al. 3, let. e, RAI

L'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie.

Art. 38, al. 1 et 2, RAI

¹ Le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 42, al. 2, LAI, existe

lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut pas en raison d'une atteinte à la santé:

- a. vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne;*
- b. faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne;*
ou
- c. éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur.*

² *Si une personne souffre uniquement d'une atteinte à la santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente.*

8040
1/14 L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie ne comprend pas l'aide (directe ou indirecte) d'un tiers pour accomplir les six actes ordinaires de la vie, ni les soins, ni la surveillance. Il constitue plutôt un élément d'aide supplémentaire et autonome (ATF 133 V 450). L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit avoir pour but d'éviter que des personnes ne soient complètement laissées à l'abandon ou ne doivent être placées dans un home ou une clinique (pour ces notions, voir n^{os}8005 ss et 8109). Les prestations d'aide prises en considération doivent poursuivre cet objectif.

En l'occurrence, il faut tenir compte de l'obligation de réduire le dommage: outre l'aide des membres de la famille, il faut envisager le recours à des cours ou à des thérapies pour apprendre à utiliser des moyens auxiliaires adaptés afin d'exécuter les tâches ménagères (9C_410/2009).

8040.1
1/14 Lorsqu'un assuré nécessite durablement cet accompagnement, il est réputé atteint d'une impotence faible, pour autant que les conditions suivantes soient remplies:

- 8041 – L'assuré a *atteint l'âge de 18 ans*. Le droit à une allocation pour impotent en raison d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie peut donc prendre naissance au plus tôt le premier jour du mois qui suit le 18^e anniversaire.

- 8042 – L'assuré est *atteint dans sa santé*. Le droit à l'allocation ne se limite pas aux personnes atteintes dans leur santé psychique ou mentale. Il est tout à fait envisageable que d'autres handicapés puissent également faire valoir un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (I 211/05; I 661/05; 9C_28/2008).
- 8043 – L'assuré *n'habite pas dans un home* (ch. 8005 ss et 8007).
- 8044 – Il s'agit de l'un des *trois cas d'application possibles* (ch. 8049 ss).
- 8045 – Le besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie est *régulier et durable* (ch. 8053 et 8095 ss).
- 8046 – Si l'assuré n'est atteint que dans sa santé psychique, il faut qu'il ait *droit à un quart de rente au moins* (c'est-à-dire présente un taux d'invalidité de 40 % au moins); il n'a donc droit à une allocation pour impotent en raison d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie qu'à partir du moment où il a droit à une rente de l'AI.
- 8047 Il n'est pas nécessaire que l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie soit assuré par du personnel d'encadrement qualifié ou spécialement formé.
- 8047.1 Abrogé
1/14
- 8047.2 Abrogé
1/14
- 8048 Si l'assuré nécessite non seulement un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, mais aussi une aide pour une fonction partielle des actes ordinaires de la vie (par ex. une aide pour entretenir des contacts sociaux), la même prestation d'aide ne peut être prise en compte qu'une seule fois, soit à titre d'aide pour la fonction partielle

des actes ordinaires de la vie, soit à titre d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ch. 8024).

3.5.2 Cas d'application

Art. 38, al. 3, 1^{re} phrase, RAI

N'est pris en considération que l'accompagnement qui est nécessaire et lié aux situations mentionnées à l'al. 1.

- 8049 Il y a besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de la loi lorsque l'assuré
- ne peut pas vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'un tiers;
 - a besoin de l'accompagnement d'autrui pour accomplir des activités et établir des contacts hors de son domicile, ou
 - risque sérieusement de s'isoler durablement du monde extérieur.
- Cette énumération est exhaustive.

3.5.2.1 Accompagnement pour permettre à la personne handicapée de vivre chez elle

- 8050 L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne concernée de gérer elle-même sa vie quotidienne. Il intervient lorsque la personne nécessite de l'aide pour au moins l'une des activités suivantes:
- structurer la journée;
 - faire face aux situations qui se présentent tous les jours (par ex. problèmes de voisinage, questions de santé, d'alimentation et d'hygiène, activités administratives simples);
 - tenir son ménage (instructions et surveillance/contrôle).
- 8050.1 1/14 Outre l'aide indirecte, l'aide directe d'un tiers peut aussi être considérée comme faisant partie de l'accompagnement au sens de l'art. 38, al. 1, let. a, RAI. A ce titre, la personne qui accompagne peut aussi accomplir

elle-même les actes nécessaires lorsque, malgré les instructions, la surveillance ou le contrôle, l'assuré n'est pas en mesure de le faire à cause de son atteinte à la santé (ATF 133 V 450, I 211/05 et I 661/05).

- 8050.2
1/14 Un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie est accordé aux assurés qui, pour des raisons de santé, ne peuvent pas vivre de manière autonome sans l'aide d'une tierce personne (9C_28/2008).
Or, un assuré ne doit pas entrer dans un home simplement parce qu'il ne peut pas nettoyer ses vitres ou faire son repassage lui-même. De telles activités ne sont donc pas considérées comme un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Pour que cela soit le cas, il faudrait qu'en l'absence de toutes les prestations d'aide de tiers et en tenant compte de l'obligation de réduire le dommage, l'assuré serait obligé d'entrer dans un home.

3.5.2.2 Accompagnement pour les activités hors du domicile

- 8051 L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à l'assuré de quitter son domicile pour certaines activités ou rendez-vous nécessaires (achats, loisirs, contacts avec les services officiels ou le personnel médical, coiffeur, etc.; 9C_28/2008).

3.5.2.3 Accompagnement pour éviter l'isolement durable

- 8052 L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit prévenir le risque d'isolement durable de l'assuré, de perte de contacts sociaux et, par là, de détérioration notable de son état de santé. Le risque purement hypothétique d'isolement du monde extérieur ne suffit pas; l'isolement de l'assuré et la détérioration subséquente de son état de santé doivent au contraire s'être déjà manifestés (9C_543/2007). L'accompagnement nécessaire consiste à s'entretenir avec l'assuré en le conseillant et à le motiver pour établir des contacts (en l'emmenant par ex. assister à des rencontres).

- 8052.1
1/14 Si une impotence faible est attestée en vertu de l'art. 37, al. 3, let. d, RAI, il n'est pas possible d'approuver un accompagnement pour éviter l'isolement durable (par analogie au ch. 8048). Un éventuel accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie qui permet à l'assuré de vivre à domicile est néanmoins possible et doit faire l'objet d'une instruction le cas échéant (I 317/06).
- 8052.2
1/14 Il n'y a pas lieu de parler d'isolement, si l'assuré entretient une relation avec un partenaire, exerce un emploi (même dans un atelier protégé) ou fréquente une structure d'accueil de jour.

3.5.3 Accompagnement régulier pour faire face aux nécessités de la vie

Art. 38, al. 3, 1^{re} phrase, RAI

N'est pris en considération que l'accompagnement qui est régulièrement nécessaire.

- 8053 L'accompagnement est *régulier* lorsqu'il est nécessité en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois (I 211/05).

3.5.4 Délimitation entre accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie et mesures de curatelle

- 8054
1/14 N'est pas accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie l'aide fournie dans le cadre du mandat pour cause d'incapacité ou celle apportée par un curateur dans le cadre de ses obligations en matière de droit de la protection des adultes (assistance personnelle, gestion du patrimoine, représentation dans les rapports juridiques). Une telle aide doit être mentionnée dans le cahier des charges du curateur et doit être indemnisée.

- 8054.1
1/14 Si l'aide est prodiguée gratuitement par les parents dans le cadre du mandat pour cause d'inaptitude, on peut en tenir compte au titre de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

3.5.5 Forme mixte: impotence pour les actes ordinaires de la vie et besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie

Art. 37, al. 2, let. c, RAI

L'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin:

c. d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessité, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38.

- 8055 On peut imaginer des situations où l'assuré nécessite non seulement une aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie, mais aussi un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Même dans de telles situations, toutes les conditions en matière d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doivent être remplies (ch. 8040 ss). La double prise en compte de la même prestation d'aide n'est cependant pas admissible (ch. 8048).

4. Cas particuliers d'impotence

4.1 Cas particuliers d'impotence grave

- 8056 Les sourds aveugles et les sourds gravement atteints de la vue (ch. 8065) sont considérés comme gravement impotents. Aussi n'est-il pas nécessaire d'effectuer une enquête pour déterminer le degré d'impotence.

4.2 Cas particuliers d'impotence de faible degré

4.2.1 Soins particulièrement astreignants

Art. 37, al. 3, let. c, RAI

L'impotence est de faible degré si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin de façon permanente de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré.

- 8057 Les soins peuvent être qualifiés d'astreignants pour diverses raisons. Le critère peut être quantitatif, ce qui signifie qu'ils nécessitent beaucoup de temps ou sont particulièrement coûteux. Il peut aussi être qualitatif, ce qui signifie que leur exécution se fait dans des conditions difficiles, par ex. parce qu'ils sont particulièrement pénibles ou qu'ils doivent être donnés à des heures inhabituelles.
- 8058
1/14 Il faut veiller à ce que l'intensité des prestations d'aide nécessaires dans les situations visées à l'art. 37, al. 3, let. a à e, RAI, reste relativement constante. Un besoin de soins de plus de deux heures par jour sera qualifié de particulièrement astreignant si des aspects qualitatifs aggravants doivent aussi être pris en compte (I 314/92 et I 142/86). Si le besoin de soins est supérieur à trois heures par jour, l'aide peut être qualifiée d'astreignante si au moins un aspect qualitatif (par ex. soins pendant la nuit) s'y ajoute. Un besoin de soins de quatre heures par jour ou plus est qualifié d'astreignant sans aspect qualitatif supplémentaire.
- 8059
1/14 Les conditions peuvent être réputées remplies pour les assurés qui souffrent de mucoviscidose ou pour ceux qui doivent se soumettre à une hémodialyse à domicile. S'il ne ressort pas clairement du dossier que les conditions sont remplies (à savoir un besoin de soins de plus de deux heures par jour avec des aspects qualitatifs aggravants ou plus de quatre heures de soins par jour), une enquête sur place s'impose. Même pour ces maladies, on ne saurait supposer d'office une impotence faible (9C 384/2013).

- 8060 – Dans le cas de la *mucoviscidose* (fibrose kystique), seuls sont considérés au titre de soins les traitements qui ne sont pas exécutés par le personnel infirmier. La remise de moyens auxiliaires aux frais de l'AI (par ex. appareil à tapotement ou masque PEP) exclut le droit à une allocation pour impotent. Des règles particulières s'appliquent aux mineurs (ch. 8063).
- 8061 – Dans le cas de *l'hémodialyse à domicile*, l'octroi d'une allocation est soumis à la condition que l'assuré se soumette à une hémodialyse à domicile.
Le droit à une allocation pour impotent prend naissance après l'écoulement d'une année depuis le début de l'hémodialyse à domicile (installation de l'appareil de dialyse dans le logement de l'assuré) et pour autant que, d'après les indications médicales, on doive admettre que la dialyse devra probablement être poursuivie. Des règles particulières s'appliquent aux mineurs (ch. 8063).
- 8062 Le fait de se soumettre à une dialyse péritonéale ne fonde en principe pas un droit à une allocation pour impotent car ce mode de dialyse nécessite beaucoup moins d'efforts qu'une hémodialyse à domicile. Comme dans tous les cas particuliers, il faut cependant encore examiner s'il n'existe pas déjà un droit à une allocation pour impotent en vertu des règles générales.
- 8063 Les enfants qui souffrent de *mucoviscidose* (fibrose kystique) ou qui se soumettent à une *dialyse à domicile* ou à une *dialyse péritonéale* peuvent avoir droit, jusqu'à l'âge de 15 ans, à une allocation pour impotent même si un moyen auxiliaire leur a été remis, car ils ont généralement besoin de l'aide de tiers pour son utilisation (art. 37, al. 3, let. c, RAI; RCC 1988 p. 414). Dans ces cas, il faut également procéder à une enquête pour éclaircir une situation peu claire.

4.2.2 Entretien des contacts sociaux

Art. 37, al. 3, let. d, RAI

L'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux.

- 8064 Ces conditions sont réputées remplies
- pour les assurés aveugles ou gravement handicapés de la vue (ch. 8065);
 - pour les enfants gravement handicapés de l'ouïe qui, pour établir des contacts avec leur entourage, nécessitent une aide importante de tiers (ch. 8067);
 - pour les handicapés physiques qui, en raison de leur grave infirmité corporelle, ne peuvent se déplacer aux alentours de leur domicile, même avec un fauteuil roulant, sans l'aide de tiers.
- 8065 *Assurés aveugles ou gravement handicapés de la vue* (RCC 1982 p. 255): on admet qu'il y a grave faiblesse de la vue lorsque l'assuré présente une acuité visuelle à distance corrigée bilatéralement de moins de 0,2 ou lorsqu'il présente une limitation bilatérale du champ visuel à 10 degrés à partir du centre (20 degrés de diamètre horizontal; mesure du champ visuel: Goldmann-Perimeter III/4). S'il existe à la fois une diminution de l'acuité visuelle et une limitation du champ visuel sans que les valeurs limites soient atteintes, on admettra tout de même une grave faiblesse de la vue lorsqu'elle entraîne les mêmes effets qu'une diminution de l'acuité visuelle ou une limitation du champ visuel dans les limites mentionnées (RCC 1982 p. 255). C'est également valable pour d'autres atteintes du champ visuel (par ex. pertes sectorielles ou en croissant, hémianopsies, scotome central).

Exemple:

Un assuré dispose d'une acuité visuelle à distance corrigée de 0,6 à l'œil gauche et de 0,3 à l'œil droit. En outre, son

champ visuel est tubulaire avec une limitation de 15 degrés à partir du centre. Comme ces deux handicaps considérés ensemble requièrent une aide fournie par des tiers pour établir des contacts sociaux au moins aussi importante qu'une limitation de l'acuité visuelle de moins de 0,2, l'assuré a droit à une allocation pour impotence faible.

- 8066
1/14 Dans le cas des *malentendants adultes*, les conditions ne sont en principe pas remplies. Celles-ci doivent être examinées dans chaque cas (I 114/98).
- 8067 Les *enfants atteints de surdité grave* ont droit à une allocation pour une impotence de faible degré lorsqu'ils ont besoin d'une aide importante de tiers pour pouvoir établir le contact avec leur environnement (Pratique VSI 1998 p. 211). C'est le cas lorsque des prestations régulières et importantes des parents ou de tiers sont nécessaires pour que l'enfant concerné puisse entretenir des contacts sociaux. Entrent dans cette catégorie toutes les dépenses destinées à stimuler la capacité de communication de l'enfant handicapé (par ex. mesures scolaires et pédagogo-thérapeutiques comme l'exécution à domicile d'exercices appris et recommandés par des spécialistes, aide découlant de l'invalidité pour l'apprentissage de l'écriture, l'acquisition de la langue ou la lecture labiale). Le droit prend naissance, en règle générale, à l'issue du délai d'attente d'une année à partir de l'introduction de la mesure pédagogo-thérapeutique et il prend fin au moment où l'assuré n'a plus besoin d'aide pour l'entretien de ses contacts, généralement déjà avant la fin de l'école obligatoire. Dans les cas où les mesures en question commencent dès la première année de vie, la loi (art. 42^{bis}, al. 3, LAI) n'impose pas de délai de carence.
- 8068 Il y a en outre impotence faible dans le cas des *handicapés physiques* qui, en raison de leur grave infirmité corporelle, ne peuvent se déplacer aux alentours de leur domicile, même avec un fauteuil roulant, sans l'aide de tiers. En cas de paraplégie totale, une allocation pour une impotence faible peut être versée sans que l'on effectue une enquête. Une automobile remise par l'AI ne sera pas prise en consi-

dération lors de la détermination de l'impotence puisqu'elle a été remise pour de simples raisons professionnelles et que l'AI n'indemnise pas les trajets privés (RCC 1991 p. 479).

5. Droits particuliers des mineurs

5.1 Généralités

8069 Les mineurs ont droit, s'ils nécessitent des soins particulièrement intenses et qu'ils vivent chez eux, non seulement à l'allocation pour impotent, mais aussi à un *supplément pour soins intenses*.

5.2 Supplément pour soins intenses

5.2.1 Généralités

Art. 36, al. 2, RAI

Les mineurs ayant droit à une allocation pour impotent, qui ne séjournent pas dans un home, mais qui ont besoin de soins intenses, ont droit à un supplément pour soins intenses au sens de l'art. 39.

Art. 39, al. 1, RAI

Chez les mineurs, sont réputés soins intenses au sens de l'art. 42^{ter}, al. 3, LAI, les soins qui nécessitent, en raison d'une atteinte à la santé, un surcroît d'aide d'au moins quatre heures en moyenne durant la journée.

8070 Les mineurs ont droit à un supplément pour soins intenses lorsque:

- ils ont droit à une allocation pour impotent;
- ils ne séjournent pas dans un home (ch. 8005 ss);
- l'assistance est nécessaire en raison de l'atteinte à leur santé;
- cette assistance découlant de l'invalidité nécessite, en comparaison avec les mineurs ne souffrant d'aucun handicap, quatre heures ou plus par jour en moyenne

(pour la prise en compte de la surveillance permanente, voir ch. 8078 s.).

- 8071 Toutes les combinaisons de l'allocation pour impotent et du supplément pour soins intenses sont envisageables (par ex. allocation pour une impotence faible + supplément pour soins intenses à raison d'au moins six heures d'assistance; allocation pour une impotence moyenne + supplément pour soins intenses à raison d'au moins quatre heures d'assistance, etc.).
- 8072 Les mineurs ont droit au supplément, que du personnel auxiliaire ait été engagé ou non pour décharger les parents (ou les personnes responsables de l'assistance). Les coûts ne doivent pas être prouvés.
- 8073 Les mineurs ont droit au supplément pour les jours pour lesquels ils ont droit à une allocation pour impotent (ch. 8107).

5.2.2 Assistance prise en compte

5.2.2.1 Traitement et soins de base

Art. 39, al. 2, RAI

N'est pris en considération dans le cadre des soins intenses, que le surcroît de temps apporté au traitement et aux soins de base tel qu'il existe par rapport à un mineur du même âge et en bonne santé. N'est pas pris en considération le temps consacré aux mesures médicales ordonnées par un médecin et appliquées par du personnel paramédical ni le temps consacré aux mesures pédagogiques thérapeutiques.

- 8074 Est déterminant le surcroît de temps consacré à l'assistance par rapport aux mineurs du même âge non handicapés et découlant de:
- traitements (mesures médicales, pour autant qu'elles ne soient pas fournies par des auxiliaires paramédicaux, ch. 8077) et/ou de
 - soins de base (ch. 8076).
- 8075 Les *traitements* doivent être pris en considération:
- s'ils sont ordonnés par un médecin;
 - s'ils sont reconnus scientifiquement;
 - s'ils ne sont pas fournis par des auxiliaires paramédicaux (ch. 8077);
 - s'ils sont économiques et adéquats.
- Les mesures suivantes sont en général considérées comme traitements à prendre en considération (énumération non exhaustive):

a) Mesures diagnostiques

- mesurer la tension artérielle et la température;
- prélever des matières pour analyses de laboratoire (prises de sang incluses);
- déterminer de manière simple le taux de glucose dans le sang et l'urine.

b) Mesures thérapeutiques

- pose et entretien de sondes et de cathéters;
- administration par instillation, injection ou perfusion de médicaments et de solutions pour alimentation parentérale, ainsi que transfusion sanguine (l'administration de médicaments par voie orale ou anale n'entre pas dans cette catégorie de mesures);
- rinçage, nettoyage et traitement de plaies et cavités corporelles (y compris mesures pour entérostomisés);
- mesures en cas de traitement respiratoire (par ex. administration d'oxygène, inhalation, exercices respiratoires simples);

- mesures en cas de dialyse à domicile et de dialyse péritonéale;
- mesures curatives en cas de troubles de la miction ou de la défécation;
- mesures de surveillance médico-technique (perfusions et transfusions; surveillance d'appareils servant à contrôler et à maintenir des fonctions vitales);
- mesures physiothérapeutiques;
- mesures ergothérapeutiques.

8076 Les *mesures relatives aux soins de base* sont prises en considération

- si elles sont simples et adéquates;
- si elles correspondent aux normes usuelles.

Les mesures suivantes sont en général prises en considération (énumération non exhaustive):

- mesures d'hygiène corporelle (lavage, douche, bain, soins des cheveux, hygiène buccale, manucure et pédicure, installation, mobilisation);
- mesures destinées au maintien des actes et fonctions quotidiens (aider à manger, aider à aller aux toilettes, soins en cas de troubles de la miction et de la défécation, utilisation de moyens auxiliaires);
- accompagnement lors de visites médicales et pour suivre un traitement (mais pas le fait d'accompagner à l'école spéciale).

8077 N'est pas pris en considération le temps consacré aux

- mesures médicales ordonnées par un médecin qui sont appliquées par du personnel paramédical (physiothérapeutes, ergothérapeutes, infirmiers et infirmières diplômés, etc.). Ces mesures sont remboursées soit par l'AI (en vertu de l'art. 14, al. 1, LAI, autrement dit selon les tarifs en vigueur; cf. ch. 1202 ss CMRM), soit par l'assurance-maladie ou l'assurance-accident;
- mesures pédago-thérapeutiques.

8077.1
1/13 Si l'AI a refusé de couvrir les coûts d'une thérapie donnée (par ex. parce que les conditions d'assurance ne sont pas remplies), le temps éventuellement consacré à domicile à des exercices dans le contexte ou en soutien

de cette thérapie ne peut pas être pris en compte dans le cadre du supplément pour soins intenses.

5.2.2.2 Surveillance permanente

Art. 39, al. 3, RAI

Lorsqu'un mineur, en raison d'une atteinte à la santé, a besoin en plus d'une surveillance permanente, celle-ci correspond à un surcroît d'aide de deux heures. Une surveillance particulièrement intense liée à l'atteinte à la santé est équivalente à quatre heures.

8078 Les ch. 8035 ss sont applicables par analogie.

8079 Il y a surveillance permanente particulièrement intense lorsqu'on exige de la personne chargée de l'assistance une attention supérieure à la moyenne et une disponibilité constante.

Exemple:

Un enfant autiste a des problèmes considérables pour percevoir son environnement et communiquer avec lui. Cela se manifeste dans sa manière de traiter les objets dans la vie quotidienne (vider des récipients, lancer des objets, endommager des meubles, etc.). L'enfant ne reconnaît pas non plus les dangers; il peut par ex. vouloir à l'improviste passer par la fenêtre. Il n'est pas toujours capable de réagir de manière adéquate aux injonctions ou avertissements verbaux. Dans certaines situations, il peut vouloir se faire du mal à lui-même ou avoir un comportement agressif envers des inconnus. La personne chargée de l'assistance doit donc rester très attentive, se tenir en permanence à proximité immédiate de l'enfant et être à tout moment prête à intervenir.

8080 Abrogé

8081 Abrogé

6. Evaluation de l'impotence et de l'assistance

6.1 Généralités

8082 L'office AI est compétent pour procéder à l'évaluation de l'impotence et, dans le cas des mineurs nécessitant en plus une assistance intense, à l'évaluation de cette dernière. Pour la procédure, cf. ch. 8129 ss.

6.2 Evaluation de l'impotence des adultes

8083 Pour évaluer l'impotence des adultes, l'office AI part du critère objectif que constitue l'état de santé de l'assuré. C'est ainsi que l'environnement dans lequel vit l'assuré importe peu, à savoir s'il vit seul ou dans sa famille, dans un home ou non (RCC 1969 p. 575, 1966 p. 485). On ne saurait non plus faire de différence selon que l'assuré peut compter sur l'aide de son conjoint ou de ses enfants ou qu'il doit avoir recours à l'aide de personnes étrangères à la famille pour accomplir les actes ordinaires de la vie (voir cependant ch. 8038).

8084 La perte d'une fonction corporelle ou sensorielle ne crée en principe pas d'emblée une présomption d'impotence ouvrant un droit à l'allocation. Il s'agit plutôt d'évaluer l'impotence d'après les normes générales en se fondant sur la situation particulière du cas d'espèce (voir cependant ch. 8056 ss; RCC 1969 p. 702).

8085
1/14 En vertu de l'obligation de réduction du dommage, l'assuré est tenu de prendre les mesures appropriées et celles que l'on peut raisonnablement attendre de lui en vue du maintien ou du recouvrement de son indépendance (par ex. vêtements adaptés à son handicap, souliers à fermeture velcro pour les manchots, moyens auxiliaires, installations auxiliaires). S'il omet de le faire, on ne pourra tenir compte de l'aide dont il a alors besoin lors de l'évaluation de l'impotence (RCC 1989 p. 228, 1986 p. 507). Ainsi, il est possible qu'un moyen auxiliaire exclue une impotence (voir cependant RCC 1991 p. 479, où une automobile remise

par l'AI à des fins professionnelles n'exclut pas pour autant une impotence concernant des trajets privés). Il faut notamment prendre en considération l'aide apportée par les membres de la famille, en tenant compte du fait que celle-ci peut aller plus loin que celle normalement apportée lorsque la personne n'a pas d'atteinte à la santé (9C_410/2009). En particulier les enfants mineurs (en fonction de leur âge) peuvent aussi être appelés à collaborer. Il ne faut cependant pas que cela entraîne une charge disproportionnée.

6.3 Evaluation de l'impotence des mineurs

Art. 37, al. 4, RAI

Dans le cas des mineurs, seul est pris en considération le surcroît d'aide et de surveillance que le mineur handicapé nécessite par rapport à un mineur du même âge et en bonne santé.

- 8086 Sont applicables à l'évaluation de l'impotence des mineurs les lignes directrices relatives à l'évaluation de l'impotence déterminante des mineurs citées dans l'annexe III.
- 8087 L'impotence due à l'invalidité d'un mineur est évaluée selon les mêmes critères que celle d'un adulte (ch. 8083 ss). Il faut en outre tenir compte des points suivants:
- 8088 – Ne peut être pris en considération que le *surcroît d'aide et de surveillance personnelle nécessaire* par rapport aux mineurs du même âge ne souffrant d'aucun handicap. Plus l'âge d'un enfant est bas, plus il a besoin d'une aide conséquente et d'une certaine surveillance, même s'il est en parfaite santé (RCC 1986 p. 503).
- 8089 – L'importance des frais occasionnés par la prise en charge de l'enfant (présence constante de personnel soignant, usure du linge, etc.) constitue un critère supplémentaire d'appréciation (RCC 1986 p. 503).

- 8090 – Ne sont déterminantes que les dépenses objectivement requises pour les soins à donner, c'est-à-dire les dépenses survenant lorsque les mineurs sont soignés dans les limites de ce qui est vraiment nécessaire (RCC 1970 p. 274 et 465).

6.4 Evaluation du besoin d'assistance des mineurs pour déterminer le supplément pour soins intenses

- 8091 Lors du calcul de l'assistance supplémentaire quotidienne, il y a lieu de supposer que la personne à assister séjourne de manière durable à son domicile. Sont décisifs des *besoins matériellement importants* et non tributaires du lieu de séjour de la personne à assister. Il faut se fonder sur une *valeur moyenne*. Le temps consacré à des soins non quotidiens (par ex. l'accompagnement pour des visites médicales ou de traitements) (ch. 8076) devra être converti de manière à obtenir une moyenne quotidienne.

Exemple:

Un enfant qui requiert beaucoup de soins est soigné à domicile. Cinq jours par semaine, il fréquente une institution en qualité d'externe. L'assistance supplémentaire moyenne découlant de l'invalidité a une durée de 6 heures les jours de classe, de 9 heures lorsque l'enfant reste toute la journée à domicile. Il y a lieu d'admettre une assistance d'une durée de 9 heures par jour.

Chapitre 2: Allocation pour impotent de l'AI: naissance, exclusion, révision et extinction du droit

1. Naissance du droit

1.1 Généralités

Art. 42, al. 4, LAI

L'allocation pour impotent est octroyée au plus tôt à la naissance et au plus tard à la fin du mois au cours duquel l'assuré a fait usage de son droit de percevoir une rente anticipée, conformément à l'art. 40, al. 1, LAVS, ou du mois au cours duquel il a atteint l'âge de la retraite. La naissance du droit est régie, à partir de l'âge d'un an, par l'art. 29, al. 1.

Art. 42^{bis}, al. 3, LAI

Pour les assurés âgés de moins d'un an, le droit à l'allocation pour impotent prend naissance dès qu'il existe une impotence d'une durée probable de plus de douze mois.

Art. 35, al. 1, RAI

Le droit à l'allocation pour impotent prend naissance le premier jour du mois au cours duquel toutes les conditions de ce droit sont réalisées.

- 8092 Le droit à une allocation pour impotent prend naissance en principe à l'expiration du délai d'attente d'une année. Cette règle s'applique par analogie avec l'art. 28, al. 1, let. b, LAI. Les règles de l'art. 29, al. 1, LAI ne s'appliquent pas ici (9C_286/2011).
- 8093 Le niveau de l'allocation pour impotent à attribuer sera déterminé d'après le degré d'impotence existant au cours du délai d'attente et suivant l'étendue de l'impotence persistant une fois le délai d'attente écoulé. Il ne peut dès lors y avoir d'impotence grave que si l'assuré a présenté une impotence grave pendant tout le délai d'attente et que cette dernière persistera probablement dans la même mesure

(voir ch. 4001 et 4002). En cas de modification de l'impotence pendant le délai d'attente d'une année, il faut établir de manière analogue au calcul de l'incapacité de travail moyenne pour le droit à une rente (ch. 2017 ss) – le degré d'impotence moyen, qui sera déterminant pour le calcul de l'allocation pour impotent au début du droit, en tenant compte des taux d'allocation prévus à l'art. 42^{ter} LAI. Selon cet article, une impotence faible s'élève à 20 %, une impotence moyenne à 50 % et une impotence grave à 80 % (Pratique VSI 1999 p. 252).

Exemple:

Une assurée est impotente à un faible degré du 1^{er} mai au 31 juillet 2003. En août 2003, son état de santé s'aggrave. Elle souffre dès lors d'une impotence grave. A l'échéance du délai d'attente, en mai 2004, le degré moyen d'impotence calculé pendant le délai d'attente s'élève à 65 % ($3 \times 20 \% \text{ plus } 9 \times 80 \% = 780 \%$; $780 \% : 12 = 65 \%$). Etant donné que l'impotence de l'assurée persiste après l'écoulement du délai d'attente au moins à un degré moyen, elle a droit, dès le 1^{er} mai 2004, à une allocation pour impotent de degré moyen. A partir du 1^{er} août 2004, une allocation pour impotent prévue pour une impotence grave peut lui être allouée en application de l'art. 88a, al. 2, 1^{re} phrase, RAI (l'art. 88a, al. 2, 2^e phrase, RAI n'entre pas en ligne de compte parce que le degré d'impotence d'au moins 80 % requis pour le droit à une allocation plus élevée n'existait pas lors de la naissance du droit le 1^{er} mai 2004; cf. Pratique VSI 2001, p. 274).

1.2 Particularités concernant les assurés de moins d'un an

Art. 42^{bis}, al. 3, LAI

Pour les assurés âgés de moins d'un an, le droit à l'allocation pour impotent prend naissance dès qu'il existe une impotence d'une durée probable de plus de douze mois.

8094 Pour les enfants de moins d'un an, le droit prend naissance au moment où leur impotence atteint le degré nécessaire; il

n'y a pas de délai d'attente. A ce moment-là, il doit être établi avec un degré de vraisemblance prépondérant, sur la base de l'examen effectué par l'office AI, que l'impotence durera probablement plus de douze mois.

1.3 Particularités concernant l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie

- 8095 Le droit aux prestations en raison d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie ne peut prendre naissance qu'à l'issue du délai d'attente d'une année (ch. 8092; art. 28, al. 1, let. b, LAI). Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré séjourne dans un hôpital (ch. 8109 ss) ou dans un home (ch. 8043; pour la notion de home, cf. ch. 8005 ss).
- 8096 Le délai d'attente court dès que le besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie est établi. Le délai d'attente peut toutefois déjà commencer à courir durant le séjour dans un hôpital, dans une institution de réadaptation ou dans un home. Dans ces cas, il faut déterminer si le besoin d'accompagnement existerait selon toute probabilité si l'assuré ne se trouvait pas à l'hôpital, dans l'institution ou dans le home.
- 8097 La condition de l'année d'attente est remplie lorsque le besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie équivaut en moyenne à deux heures au moins par semaine durant une année (cf. ch. 8053).

2. Exclusion du droit

2.1 Généralités

Art. 67, al. 2, LPGA

Si le bénéficiaire d'une allocation pour impotent séjourne dans un établissement hospitalier aux frais de l'assurance sociale, le droit à l'allocation est supprimé pendant cette période.

Art. 42, al. 5, LAI

Lorsqu'il séjourne dans un établissement pour l'exécution de mesures de réadaptation au sens de l'art. 8, al. 3, l'assuré n'a pas droit à l'allocation pour impotent. Le Conseil fédéral définit la notion de séjour. Il peut exceptionnellement prévoir un droit à une allocation pour impotent lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, l'assuré ne peut entretenir des relations sociales avec son entourage que grâce à d'importants services fournis de façon régulière par des tiers.

- 8098
1/14 L'assuré n'a pas droit à une allocation pour impotent
- s'il séjourne dans une institution pour *l'exécution de mesures de réadaptation de l'AI* (ch. 8101 ss);
 - s'il séjourne à *l'hôpital pour un traitement curatif aux frais d'une assurance sociale* (ch. 8109 ss);
 - s'il séjourne en home alors que l'allocation pour impotence faible est octroyée en raison d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.
- 8099
1/13 Si l'assuré séjourne en home *dans un autre but que l'exécution d'une mesure de réadaptation aux frais de l'AI* (par ex. dans un home destiné à l'habitation dans le cas des adultes ou dans un home de vacances dans le cas des enfants), il ne perçoit que le quart du montant de l'allocation pour impotent s'il est adulte; aucune allocation n'est versée dans le cas des mineurs (cf. ch. 8003 ss).
- 8100 Etant donné que l'allocation pour impotent est calculée et versée par mois pour les assurés adultes, mais par jour pour les assurés mineurs (ch. 8003 ss), des règles différentes s'appliquent dans ces deux cas en ce qui concerne l'exclusion du droit (ch. 8101 ss et 8104 ss).

2.2 Séjour dans une institution pour l'exécution de mesures de réadaptation

2.2.1 Assurés adultes

Art. 35^{bis}, al. 1, 3 et 4, RAI

¹ *Les assurés âgés de 18 ans ou plus, qui séjournent au moins 24 jours en l'espace d'un mois civil dans une institution pour l'exécution de mesures de réadaptation au sens de l'art. 8, al. 3, LAI, n'ont pas droit à l'allocation pour impotent durant le mois civil en question. L'al. 4 est réservé.*

³ *Pour les séjours en institution sont déterminants les jours durant lesquels l'assurance-invalidité prend en charge les frais de séjour en internat.*

⁴ *Les restrictions des al. 1 et 2 ne s'appliquent pas aux allocations octroyées pour une impotence au sens de l'art. 37, al. 3, let. d.*

- 8101
1/14 Pour les séjours en institution (internat), sont déterminants les jours pour lesquels des contributions pour la nuitée peuvent être facturées. S'il est convenu d'une indemnité mensuelle forfaitaire avec l'institution, aucune allocation pour impotent ne peut être allouée. Font exception les cas où n'est versée qu'une partie proportionnelle de l'indemnité.
- 8102 Si l'assuré a droit à une allocation pour impotence faible parce qu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il nécessite l'aide de tiers pour établir des contacts sociaux avec son entourage (art. 37, al. 3, let. d, RAI), ce droit lui est également reconnu pendant son séjour dans un internat pour l'exécution de mesures de réadaptation (RCC 1986 p. 592). Comme il ne s'agit pas d'un séjour à domicile, l'assuré n'a droit qu'à un quart du montant de l'allocation pour impotent. Cette exception à la règle ne vaut pas pour les séjours à l'hôpital destinés au traitement curatif et non à l'exécution de mesures médicales de réadaptation (cf. ch. 8109 ss).

- 8103 Le séjour en institution en vue de l'exécution de mesures de réadaptation n'entrave pas le cours du délai d'attente avant la perception d'une allocation pour impotent. Ce délai peut commencer à courir durant ledit séjour. S'il court déjà, il n'est pas interrompu par le séjour en institution. Si le droit à une allocation pour impotent a déjà pris naissance avant le début de la mesure de réadaptation, aucun nouveau délai d'attente ne commence à courir lorsque la mesure est achevée.

2.2.2 Assurés mineurs

Art. 35^{bis}, al. 2, RAI

Les assurés mineurs, qui séjournent dans une institution pour l'exécution de mesures de réadaptation au sens de l'art. 8, al. 3, LAI, n'ont pas droit à l'allocation pour impotent durant ces jours. L'al. 4 est réservé.

- 8104 Dans le cas des mineurs, il faut respecter non seulement les règles applicables aux assurés adultes (ch. 8101 ss), mais aussi les suivantes:
- 8105 Un mineur n'a pas droit à une allocation pour impotent pour les jours qu'il passe dans une institution pour l'exécution de mesures de réadaptation s'il y passe également la nuit (par ex. séjour hospitalier pour le traitement médical d'une infirmité congénitale).
- 8106 Lorsque les mineurs n'ont pas droit à une allocation pour impotent, ils n'ont pas droit non plus à un éventuel supplément pour soins intenses (ch. 8073).
- 8107 Lorsque les mesures de réadaptation sont interrompues et que les mineurs impotents rentrent chez eux (vacances, fins de semaine, maladie, accident, etc.), l'allocation pour impotent ainsi qu'un éventuel supplément pour soins intenses sont versés pour chaque journée passée à domicile. Sont réputés séjour à domicile les jours où le mineur y passe également la nuit (par ex. jour du retour de l'internat d'une école spéciale où le mineur séjourne régulièrement

pendant la semaine; jour où les mesures de réadaptation s'achèvent). Les indications relatives au séjour à domicile doivent figurer dans la communication ou dans la décision.

- 8108 Si le mineur a besoin de l'aide de tiers pour entretenir des contacts sociaux avec son entourage en raison de la grave infirmité dont il souffre et qu'il a de ce fait droit à une allocation pour impotence faible réservée aux cas particuliers (art. 37, al. 3, let. d, RAI; RCC 1988 p. 414), cette allocation – mais pas le supplément pour soins intenses – est versée également pendant son séjour en internat (art. 35^{bis}, al. 4, RAI; RCC 1986 p. 618; ch. 8056). Comme il ne s'agit pas d'un séjour à domicile, l'assuré n'a droit qu'à un quart du montant de l'allocation pour impotent. Cette règle ne s'applique cependant pas aux séjours hospitaliers destinés aux traitements curatifs (ch. 8109 ss).

2.3 Séjour dans un établissement hospitalier

Art. 67, al. 2, LPGA

Si le bénéficiaire d'une allocation pour impotent séjourne dans un établissement hospitalier aux frais de l'assurance sociale, le droit à l'allocation est supprimé pour chaque mois civil entier passé dans l'établissement.

Art. 42^{bis}, al. 4, LAI

Les mineurs n'ont droit à l'allocation pour impotent que pour les jours qu'ils ne passent pas dans un home, ou, en dérogation à l'art. 67, al. 2, LPGA, pour les jours qu'ils ne passent pas dans un établissement hospitalier aux frais de l'assurance sociale.

- 8109 La notion d'«établissement hospitalier» utilisée dans la LPGA correspond à celle d'hôpital, qui recouvre également celles de «clinique», etc. Peu importe qu'il s'agisse d'un hôpital public ou privé.
- 8110 Lorsque l'assuré séjourne dans un hôpital aux frais d'un autre assureur social pour un traitement curatif, il n'a pas droit à une allocation pour impotent, car les soins sont ré-

munérés par les forfaits journaliers de cet assureur. Il y a exceptionnellement droit lorsque l'assureur social ne prend pas en charge *la plus grande partie* des frais de séjour en division commune.

- 8111 La règle suivante s'applique aux assurés adultes: quand l'assuré est hospitalisé pendant un mois entier, l'allocation pour impotent n'est pas versée pendant ce mois. Comme elle est toujours versée à l'avance pour le mois entier, les montants alloués en trop sont déduits après coup des sommes à verser par la suite.
- 8112 L'allocation pour impotent n'est pas versée pour les jours (nuits comprises) où les mineurs séjournent à l'hôpital. Durant les jours en question, ils n'ont pas droit non plus à un supplément pour soins intenses (ch. 8073).

2.4 Accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie en cas de séjour en home

Art. 38, al.1, RAI

Le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 42, al. 3, LAI, existe lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution(...)

- 8112.1 Pour un assuré percevant une allocation pour impotence
1/14 faible en raison d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, le droit à l'allocation s'éteint à la fin du mois au cours duquel l'assuré entre en home (art. 35, al. 2, RAI).

3. Révision – modification du droit

Art. 35, al. 2, RAI

Lorsque, par la suite, le degré d'impotence subit une modification importante, les art. 87 à 88^{bis} sont applicables. Le droit à l'allocation s'éteint à la fin du mois au cours duquel l'une des autres conditions de ce droit n'est plus remplie ou au cours duquel le bénéficiaire du droit est décédé.

- 8113
1/13 Les règles en vigueur relatives à la modification du droit à la rente (ch. 4008 ss et 5001 ss; art. 17, al. 2, LPGA) s'appliquent par analogie à la modification de l'impotence et de l'assistance en relation avec le supplément pour soins intenses destiné aux mineurs (ch. 8074 ss). Ces dispositions s'appliquent en particulier lorsque le bénéficiaire mineur d'une allocation pour impotent accède à la majorité (9C_395/2011).
- 8114 Les allocations pour impotent versées aux assurés adultes font si possible l'objet d'une révision en même temps que les rentes. Il faut cependant tenir compte des cas particuliers.
- 8115
1/14 Le changement de lieu de séjour d'un assuré adulte (passage de la maison à un home ou vice versa, voir ch. 8003 et 8005 ss) ne constitue en principe pas un motif de révision étant donné que le degré d'impotence ne change pas dans ce cas. Par conséquent la première phrase de l'art. 35, al. 2 en corrélation avec les art. 87 à 88^{bis} RAI ne sont pas applicables. Le nouveau montant de l'allocation pour impotent doit être fixé en tenant compte du ch. 8003.1. Pour les assurés mineurs, un tel changement de lieu de séjour doit être immédiatement pris en considération, car l'allocation est calculée et remboursée par jour (ch. 8004).
- Exemple:*
Un assuré titulaire d'une allocation pour impotence moyenne (de 1170 francs) vit à domicile. Le 13 octobre, il entre dans un home. A partir du mois de novembre, le montant de l'allocation pour impotence moyenne est porté à 293 francs. Si l'assuré était entré au home le 19 octobre, le montant de l'allocation pour impotence moyenne aurait été réduit seulement à partir de décembre.
- 8116 Les autres causes d'extinction du droit (transfert du domicile à l'étranger, limite d'âge, décès) sont traitées dans les DR. A la différence des cas d'augmentation ou de réduction, lors d'une modification du degré d'impotence, le droit s'éteint dans ces cas-là à la fin du mois concerné.

4. Extinction du droit

Art. 42, al. 4, 1^{re} phrase, LAI

L'allocation pour impotent est octroyée au plus tard à la fin du mois au cours duquel l'assuré a fait usage de son droit de percevoir une rente anticipée, conformément à l'art. 40, al. 1, LAVS, ou du mois au cours duquel il a atteint l'âge de la retraite.

- 8117 Le droit à une allocation pour impotent de l'AI s'éteint au plus tard lorsque l'assuré perçoit une rente anticipée ou atteint l'âge de la retraite. Il a dès lors droit à une allocation pour impotent de l'AVS. S'il continue d'être impotent, les droits acquis sont garantis (ch. 8123 ss).

Chapitre 3: Allocation pour impotent de l'AVS

1. Conditions du droit

Art. 43^{bis}, al. 1 et 1^{bis}, LAVS

¹ Ont droit à l'allocation pour impotent les bénéficiaires de rentes de vieillesse ou de prestations complémentaires qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGGA) en Suisse, qui présentent une impotence (art. 9 LPGGA) grave, moyenne ou faible. La rente de vieillesse anticipée est assimilée à la perception d'une rente de vieillesse.

^{1bis} Le droit à une allocation pour une impotence faible est supprimé lors d'un séjour dans un home.

- 8118 Ont droit à une allocation pour impotent de l'AVS les personnes
- bénéficiaires d'une rente de vieillesse ou de prestations complémentaires (voir DR),
 - qui ont présenté pendant au moins une année sans interruption une impotence faible, moyenne ou grave, et continuent de présenter une impotence au moins faible,
 - qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (ch. 1041; voir DR),
 - qui ne vivent pas en home si elles présentent une impotence faible et

– qui ne perçoivent pas d'allocation pour impotent de l'AA ou de l'AM (ch. 9024 ss).

- 8118.1 Lorsque l'assuré présente une impotence faible, le délai d'attente d'une année commence au plus tôt le 1^{er} janvier 2010 (c'est-à-dire une année avant l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales).
- 8118.2 Les personnes présentant une impotence faible n'ont droit à une allocation que si elles vivent à domicile. Ce droit ne s'applique pas si elles vivent en home (art. 43^{bis}, al. 1^{bis}, LAVS).
- 8118.3 1/13 En dérogation à la définition des ch. 8005.1 ss, est réputé home pour les assurés impotents ayant atteint l'âge de la retraite toute institution qui est reconnue comme telle par un canton ou qui dispose d'une autorisation cantonale d'exploiter (art. 66^{bis}, al. 3, RAVS; art. 25a, al. 1, OPC-AVS/AI; ch. 3151.02, 3151.03, 3151.05 et 3151.06 DPC, 9C_177/2012).
- 8119 Les dispositions de la LAI relatives à la notion et à l'évaluation de l'impotence sont applicables par analogie (art. 43^{bis}, al. 5, 1^{re} phrase, LAVS). L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ch. 8040 ss) n'est cependant pas pris en considération dans l'AVS. Les mêmes prescriptions que pour l'allocation pour impotent de l'AI sont applicables si le présent chapitre ne prévoit pas expressément une réglementation spéciale. Cela est valable en particulier pour les cas spéciaux d'impotence faible.

2. Montant de l'allocation pour impotent

Art. 43^{bis}, al. 3, LAVS

L'allocation mensuelle pour impotence grave s'élève à 80 %, celle pour impotence moyenne à 50 % et celle pour impotence faible à 20 % du montant minimum de la rente de vieillesse prévu à l'art. 34, al. 5.

- 8120 L'AVS ne connaît qu'un seul montant de l'allocation pour impotent. Ce montant équivaut dans tous les cas à la moitié du montant de l'allocation pour impotent de l'AI (ch. 8003). Les cas de garantie des droits acquis sont réservés (ch. 8123 ss).

3. Naissance du droit après avoir atteint l'âge de la retraite AVS

Art. 43^{bis}, al. 2, 1^{re} phrase, LAVS

Le droit à l'allocation pour impotent prend naissance le premier jour du mois au cours duquel toutes les conditions de ce droit sont réalisées, mais au plus tôt dès que l'assuré a présenté une impotence grave, moyenne ou faible sans interruption durant une année au moins.

- 8121 Abrogé

- 8122 Le niveau de l'allocation pour impotent à accorder au début du droit s'établit d'après le degré d'impotence moyen calculé pendant le délai d'attente cité au ch. 8093. Pour ce calcul, le degré faible est pris en compte au plus tôt à partir du 1^{er} janvier 2010.

Exemple 1:

Un assuré de 70 ans présente une impotence faible dès le 1^{er} mai 2009 et une impotence grave dès le 1^{er} août 2009. Il perçoit une allocation pour impotence grave dès le 1^{er} août 2010.

Exemple 2:

Un assuré de 70 ans présente une impotence faible dès le 1^{er} mai 2010 et une impotence grave dès le 1^{er} août 2010. Il perçoit dès le 1^{er} mai 2011 une allocation pour impotence moyenne (impotence moyenne pendant le délai d'attente: 65 %) qui devient une allocation pour impotence grave dès le 1^{er} août 2011.

Exemple 3:

Un assuré de 70 ans présente une impotence faible dès le 1^{er} mars 2009 et une impotence moyenne dès le 1^{er} août 2010. Le délai d'attente ne commence à courir que le 1^{er} janvier 2010, ce qui signifie qu'il perçoit dès le 1^{er} janvier 2010 une allocation pour impotence faible, qui est transformée en une allocation pour impotence moyenne le 1^{er} août 2011.

4. Remplacement de l'allocation pour impotent de l'AI par une allocation pour impotent de l'AVS (droits acquis)

Art. 43^{bis}, al. 4, LAVS

La personne qui était au bénéfice d'une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité à la fin du mois au cours duquel elle a atteint l'âge de la retraite ou a fait usage du droit de percevoir une rente anticipée touchera une allocation de l'assurance-vieillesse au moins égale.

8123
1/13

L'allocation pour impotent versée jusque-là par l'AI est convertie en une allocation pour impotent de l'AVS de même montant (cf. ch. 8011 DR), pour autant que l'impotence persiste et que le bénéficiaire continue de résider à domicile. La même règle s'applique aux bénéficiaires d'une allocation pour impotence faible qui séjournent en home. Lorsque le bénéficiaire d'une allocation pour impotence moyenne ou grave séjourne en home (cf. ch. 8003 et 8005), le montant de l'allocation pour impotent de l'AI est adapté aux montants en vigueur dans l'AVS conformément à l'art. 43^{bis}, al. 3, LAVS (ch. 8011.1 DR). Cependant, si le bénéficiaire d'une allocation pour impotence faible entre en home après avoir atteint l'âge AVS, son droit à l'allocation s'éteint (art. 43^{bis}, al. 1^{bis}, LAVS). Ces droits acquis sont également garantis lorsqu'une allocation pour impotent de l'AI doit être versée rétroactivement dans les limites de la prescription prévues à l'art. 48, al. 1, LAI ou que l'application des règles en matière de prescription conduit au report de l'octroi à un moment où l'assuré a déjà atteint l'âge de la retraite (cf. ch. 8011 DR; RCC 1980 p. 54).

Exemple:

Avant d'atteindre l'âge légal de la retraite, un assuré perçoit une allocation pour impotence moyenne. Comme il ne vit pas dans un home, mais dans son propre appartement, il touche le montant entier de l'allocation pour impotent de l'AI (au 1^{er} janvier 2013: 1170 francs par mois, soit 50 % de la rente de vieillesse *maximale*). En mars 2013, il atteint l'âge de la retraite et perçoit désormais une rente AVS. A partir de ce moment-là, son allocation pour impotent de l'AI est convertie en une allocation pour impotent de l'AVS. Celle-ci équivaut, avec la garantie des droits acquis, au montant (entier) de l'allocation pour impotence moyenne versée par l'AI (au 1^{er} janvier 2013: 1170 francs par mois).

- 8123.1
1/14
- Lorsque l'assuré perçoit une allocation pour impotent en vertu de la garantie des droits acquis, cette garantie n'est plus applicable en cas de changement du lieu de séjour (du home au domicile ou inversement, cf. ch. 8003 et 8005 ss), autrement dit, suite à un tel changement, les montants qui s'appliquent sont ceux de l'allocation pour impotent de l'AVS et non de l'AI (ATF 137 V 162). S'il perçoit une allocation pour faire face aux nécessités de la vie, le droit à l'allocation pour impotent s'éteint.

Exemple 1:

Une assurée invalide habitait dans son appartement et percevait une allocation pour impotence moyenne de l'AVS dont le montant équivalait, avec la garantie des droits acquis, au montant intégral de l'allocation pour impotence moyenne versée par l'AI (au 1^{er} janvier 2013: 1170 francs par mois, c'est-à-dire 50 % de la rente *maximale* de vieillesse). Elle entre dans un home le 5 août. Elle ne touche plus que la moitié de son allocation pour impotent à partir du mois de septembre (au 1^{er} janvier 2013: 585 francs par mois). Si elle retourne à la maison, elle continuera de percevoir une allocation pour impotence moyenne de l'AVS d'un montant identique (au 1^{er} janvier 2013: 585 francs par mois).

Exemple 2:

Une assurée invalide qui habite dans son appartement perçoit une allocation pour impotence faible de l'AVS dont le montant équivaut, avec la garantie des droits acquis, au montant intégral de l'allocation pour impotence faible versée par l'AI (au 1^{er} janvier 2013: 468 francs par mois, c'est-à-dire 20 % de la rente *maximale* de vieillesse). Elle entre dans un home le 5 mai. A partir du moins de juin, elle ne touche plus aucune allocation pour impotent (cf. ch. 8115). Si elle retourne à la maison le 20 septembre, elle percevra de nouveau une allocation pour impotence faible de l'AVS à partir du mois de novembre (au 1^{er} janvier 2013: 234 francs par mois).

- 8123.2
1/14 Dans le cas d'une allocation pour impotent octroyée sur la base d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, le changement du lieu de séjour entraîne la suppression de l'allocation pour impotent. L'art. 35, al. 2, 2^e phrase, RAI est applicable.

Exemple:

Une assurée souffrant d'un handicap psychique vivant dans son propre appartement et ayant besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie perçoit une allocation pour impotent de l'AVS avec une garantie des droits acquis équivalant au montant intégral de l'allocation pour impotence faible versée précédemment par l'AI (au 1^{er} janvier 2013: 468 francs par mois, soit 20 % de la rente de vieillesse *maximale*). Le 5 mai elle entre dans une maison de retraite. A partir du mois de juin, elle n'a plus droit à l'allocation pour impotence. Si elle quitte la maison de retraite le 20 septembre, le droit à l'allocation pour impotence faible au titre de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie ne reprend pas effet.

- 8124 La question de l'ajournement de la rente AVS ne se pose pas. Les rentes de vieillesse assorties d'une allocation pour impotent ne peuvent être ajournées (art. 55^{bis}, let. c, RAVS).

5. Exclusion du droit

8124.1 Abrogé
1/13

8124.2 En cas de séjour en home, le droit à une allocation pour impotence faible de l'AVS ne cesse de s'appliquer qu'à titre provisoire. Dès sa sortie du home, l'assuré a à nouveau droit à l'allocation. Si son état de santé ne s'est pas modifié pendant son séjour en home, les dispositions de révision ne sont pas applicables (par analogie avec l'ATF 114 V 143).

8124.3 Le ch. 8003.1 s'applique par analogie pour les conditions de versement de l'allocation pour impotent lors d'une entrée ou une sortie d'un home.
1/14

Exemple 1:

Un assuré reçoit une allocation pour impotence faible depuis le 1^{er} janvier 2012. Le 25 juin 2012, il entre sans un home. A partir de août, il ne reçoit donc plus d'allocation (voir ch. 8003.1 et 8124.2). Le 12 septembre 2012, il rentre à la maison; il a donc de nouveau droit à une allocation pour impotence faible à partir du mois d'octobre 2012.

Exemple 2:

Un assuré reçoit une allocation pour impotence faible depuis le 1^{er} janvier 2012. Le 5 juin 2012, il entre dans un home. Il ne reçoit donc plus d'allocation à partir de juillet (parce qu'en juin, il a passé plus que quinze jours dans le home). Le 22 septembre 2012, il rentre à la maison; il reçoit à nouveau une allocation pour impotence faible à partir de novembre 2012.

8124.4 Le séjour en home n'entrave pas le cours du délai d'attente avant la perception d'une allocation pour impotent, qui peut donc commencer à courir pendant ce séjour. De même, si le délai court déjà, il n'est pas interrompu par un séjour en home. Si le droit à une allocation pour impotent est né avant le séjour en home, la fin de celui-ci ne fait pas courir un nouveau délai d'attente.

Exemple:

Un assuré de 80 ans habite dans un home. Il présente une impotence faible depuis le 1^{er} janvier 2010. Dès novembre 2010, son impotence devient de degré moyen. En mars 2011, il retourne à la maison. Il perçoit une allocation pour impotence faible en mars 2011. Au mois de juin, il rentre au home. Le versement de l'allocation est suspendu jusqu'au mois de novembre 2011, lorsqu'une allocation pour impotent moyenne lui est versée.

6. Révision – modification du droit**6.1 Généralités**

- 8125 Les dispositions en vigueur relatives à la modification du droit à la rente sont applicables par analogie à la modification de l'impotence (art. 66^{bis}, al. 2, RAVS; ch. 4008 ss et 5001 ss).

6.2 Révision dans les cas de droits acquis

- 8126 Abrogé

6.2.1 Aggravation de l'impotence

- 8127
1/13 Lorsqu'une personne perçoit une allocation pour impotent avec une garantie des droits acquis et que, après qu'elle a atteint l'âge de la retraite, son impotence s'aggrave, le montant de l'allocation révisée ne peut pas être inférieur à celui de l'allocation versée auparavant.

Exemple 1:

Un assuré vivant dans son propre appartement perçoit une allocation pour impotence moyenne de l'AVS avec une garantie des droits acquis, qui équivaut au montant entier de l'allocation pour impotence moyenne versée auparavant par l'AI (au 1^{er} janvier 2013: 1170 francs par mois, soit 50 % de la rente de vieillesse *maximale*). Son état de santé s'aggrave. Il nécessite maintenant l'aide d'autrui pour faire face aux nécessités de la vie et, en outre, une surveillance

constante. Il continue malgré tout de vivre dans son propre appartement. Au bout de trois mois, son allocation pour impotent est relevée au niveau de celle versée pour une impotence grave. Notre assuré ne perçoit désormais pas le montant ordinaire de l'allocation pour impotent de l'AVS (au 1^{er} janvier 2013: 936 francs par mois, soit 80 % de la rente de vieillesse *minimale*), car ce montant est inférieur à celui qu'il touchait pour une impotence moyenne avant de percevoir une rente de vieillesse. Il continue cependant de percevoir, en raison de la garantie des droits acquis, une allocation pour impotent de même montant (au 1^{er} janvier 2013: 1170 francs par mois).

Exemple 2:

Une assurée vivant dans son propre appartement perçoit une allocation pour impotence faible de l'AVS avec une garantie des droits acquis, qui équivaut au montant entier de l'allocation pour impotence faible versée auparavant par l'AI (au 1^{er} janvier 2013: 468 francs par mois, soit 20 % de la rente de vieillesse *maximale*). Son état de santé s'aggrave et elle nécessite désormais l'aide d'autrui pour faire face aux nécessités de la vie. Au bout de trois mois, son allocation pour impotent est relevée au niveau de celle versée pour une impotence moyenne. Notre assurée, qui continue de ne pas vivre dans un home, perçoit désormais le montant ordinaire de l'allocation pour impotent de l'AVS (au 1^{er} janvier 2013: 585 francs par mois, soit 50 % de la rente de vieillesse *minimale*), car ce montant est supérieur à celui qu'elle touchait auparavant lorsqu'elle avait droit aux prestations de l'AI.

6.2.2 Réduction de l'impotence

- 8127.1
1/13
- Lorsqu'une personne percevant une allocation pour impotent avec une garantie des droits acquis voit son impotence se réduire après l'âge de la retraite, le montant de l'allocation révisée équivaut, avec la garantie des droits acquis, au montant de l'allocation pour impotent versée par l'AI pour le même degré d'impotence.

Exemple:

Un assuré habitant dans son propre appartement perçoit une allocation pour impotence moyenne de l'AVS avec une garantie des droits acquis, qui équivaut au montant intégral de l'allocation versée précédemment par l'AI (au 1^{er} janvier 2013: 1170 francs par mois, soit 50 % de la rente de vieillesse *maximale*). Son état de santé s'améliore. Au bout de trois mois, on lui octroie une allocation pour impotent de degré faible. L'assuré perçoit désormais le montant ordinaire de l'allocation pour impotent de l'AI (au 1^{er} janvier 2013: 468 francs par mois, soit 20 % de la rente de vieillesse *maximale*).

7. Fin du droit

- 8127.2
1/14 Si l'ayant droit ne présente plus aucune impotence, le droit à l'allocation pour impotent s'éteint. Le cas échéant, la suppression prend effet le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (art. 88^{bis}, al. 2, let. a, RAI).

Chapitre 4: Procédure**1. Allocation pour impotent de l'AI****1.1 Dispositions générales sur la procédure****1.1.1 Enquête**

- 8128 En règle générale, la demande d'allocation pour impotent doit être présentée au moyen du formulaire «Demande de prestations» AI ou AVS: «allocation pour impotent» (n° 001.004 ou 009.002). Pour les mineurs, il faut recourir au formulaire «Demande pour mineurs: allocation pour impotent» (n° 001.005).
- 8129 L'office AI soumet généralement le formulaire dûment rempli au médecin traitant. Ce dernier devra s'exprimer sur la concordance des indications contenues dans le formulaire avec ses propres résultats. Sur la base de ces données,

l'office AI pourra demander au SMR de prendre position. Celui-ci lui fera parvenir un rapport écrit comportant les résultats de l'examen médical et une recommandation pour la suite du traitement de la demande de prestations du point de vue médical. Se fondant sur ce rapport, l'office AI ordonnera, le cas échéant, d'autres enquêtes d'ordre médical (par ex. un rapport médical complémentaire).

- 8130 Le SMR peut être consulté dans les cas suivants:
- première demande d'allocation pour impotent, assortie, le cas échéant, d'un supplément pour soins intenses pour les mineurs;
 - demande d'augmentation de l'allocation pour impotent en raison d'une aggravation de l'impotence et demande de supplément pour soins intenses ou d'augmentation de celui-ci en raison d'un besoin d'assistance accru;
 - révision d'office en cas de modification de l'impotence ou du besoin d'assistance.
- 8131 L'office AI procède en outre à une enquête sur place. Celle-ci portera sur l'impotence, sur un éventuel besoin d'assistance supplémentaire dans le cas des mineurs et sur le lieu de séjour des intéressés (chez eux ou dans un home, voir ch. 8003 ss). Les indications de l'assuré, de ses parents ou de son représentant légal seront appréciées de façon critique. Le début de l'impotence et, le cas échéant, du besoin d'assistance supplémentaire sera fixé aussi précisément que possible. Dans les cas énumérés au ch. 8130, l'office AI procède toujours à une enquête sur place. Dans les autres cas, il peut décider de ne pas le faire.
- 8132 Si l'assuré se trouve dans un home, la personne chargée de l'enquête discute du résultat de l'enquête avec le personnel soignant et/ou la direction du home. Elle reste libre dans son appréciation mais mentionnera toutefois dans son rapport une éventuelle divergence d'appréciation avec la direction du home.
- 8133 En cas de divergences importantes entre le médecin traitant et le rapport d'enquête, l'office AI éclaircit la situation

en demandant des précisions et en faisant appel au SMR. Pour le reste, la CPAI est applicable.

1.1.2 Décision et versement des prestations: assurés adultes

- 8134 L'office AI informe les assurés adultes par voie de décision (avec une copie à l'intention de la caisse de compensation) qu'ils ont en principe droit à une allocation pour impotent et leur indique les conditions particulières régissant le séjour en internat pour l'exécution de mesures de réadaptation ou le séjour à l'hôpital (voir ch. 8101 ss et 8109 ss). Il les informe que, dans les circonstances susmentionnées, des paiements provisoires seront effectués et que, lorsque la mesure de réadaptation sera achevée ou que le séjour hospitalier sera terminé, un décompte précis sera établi. Les personnes assurées sont tenues de signaler régulièrement à l'office AI les éventuelles interruptions du séjour en internat ou à l'hôpital.
- 8135 Dès que l'existence du droit à l'allocation pour une période donnée – normalement pour un mois – est établie avec certitude, l'office AI ordonne le paiement provisoire de l'allocation pour impotent par la caisse de compensation.
- 8136 A la fin du séjour en internat ou à l'hôpital, l'office AI établit un décompte précis des montants mensuels dus et des paiements provisoires effectués. Un solde éventuel sera versé ou fera l'objet d'une demande de remboursement.

1.1.3 Décision et versement des prestations: assurés mineurs

- 8137 Dans sa décision portant sur la demande de versement d'une allocation pour impotent, assortie ou non d'un supplément pour soins intenses, l'office AI indique les points suivants:
- le degré d'impotence ainsi que le montant de l'allocation pour impotent par mois et par jour (ch. 8004);

- en cas de supplément pour soins intenses, l'assistance exprimée en heures et le montant du supplément par mois et par jour (ch. 8004);
- les règles applicables en cas d'interruption des mesures de réadaptation (pour cause de vacances, de fins de semaine, de maladie, d'accident, etc.; cf. ch. 8107);
- les règles applicables en cas d'hospitalisation (ch. 8109 ss).

8138 Abrogé

8139 L'allocation pour impotent et l'éventuel supplément pour soins intenses sont versés à terme échu contre facture par la Centrale de compensation, en règle générale tous les trois mois (art. 82, al. 3, RAI).

8140 Lorsque l'assuré mineur est soigné à la maison, la facture doit être établie par les parents ou les parents nourriciers, ou, en cas de séjour en home, par le home en question.

8141 Lorsque des mineurs impotents sont placés chez des parents nourriciers, les intéressés qui déposent une demande de contribution aux soins spéciaux doivent démontrer, avant toute décision, soit qu'ils sont au bénéfice d'une autorisation au sens de l'ordonnance du Conseil fédéral du 19 octobre 1977 réglant le placement d'enfants à des fins d'entretien et en vue d'adoption (OPEE, RS 211.222.338), soit que le placement n'est pas soumis à autorisation (cf. ch. 8080).

1.2 Dispositions particulières relatives à la procédure concernant l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie

8142 Pour déterminer si des personnes psychologiquement handicapées qui ont besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie ont droit à une allocation pour impotent, il faut procéder de la manière suivante:

- l'office AI demande un rapport au médecin traitant (diagnostic médical);

- lorsqu'un service spécialisé (par ex. un service psychosocial ou un service de conseil) s'est déjà occupé de l'assuré, l'office AI demande un rapport à ce service;
- l'impotence et le besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie sont examinés dans le cadre d'une enquête systématique sur place;
- le SMR donne son avis, sous une forme appropriée (par ex. inscription dans le procès-verbal électronique), sur les indications fournies dans le rapport d'enquête.

8143 Dans le cas des personnes souffrant d'un handicap autre que psychique qui ont besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, la procédure générale est applicable (ch. 8128 ss). Pour le reste, la CPAI est applicable.

1.3 Dispositions particulières pour la procédure concernant les cas spéciaux d'impotence

8144 1/13 Lorsque, dans un cas particulier au sens des ch. 8057 ss, les conditions posées à la reconnaissance de l'impotence sont remplies, il ne sera procédé à une enquête supplémentaire que si une impotence d'un degré plus élevé paraît possible.

8145 En cas de doute, le SMR établit l'existence d'une impotence en se fondant sur les rapports médicaux ou sur d'autres avis médicaux. Il tranche en particulier sur la nécessité de poursuivre l'instruction du dossier.

- 8146
- Dans le cas d'une hémodialyse à domicile, le médecin responsable du traitement doit attester qu'une hémodialyse est effectuée à domicile.
 - Pour les assurés gravement atteints de la vue, on demandera notamment, lors de la demande de rapport médical, des renseignements sur l'acuité visuelle corrigée, ainsi que sur le genre, les mesures et les conséquences de la limitation du champ visuel.
 - Pour les assurés atteints d'une grave infirmité physique, on demandera des renseignements sur le genre d'infir-

4^e partie: Concours de droits

Chapitre 1: Rente AI – Mesures de réadaptation et indemnités journalières de l'AI

1. Principe de la priorité du droit à l'indemnité journalière»

Art. 29, al. 2, LAI

Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22.

Art. 43, al. 2, 1^{re} phrase, LAI

Si les conditions dont dépend l'octroi d'indemnités journalières de l'assurance-invalidité sont remplies ou que cette assurance prenne en charge, de façon prépondérante ou complète, les frais de nourriture et de logement pendant la réadaptation, l'assuré n'a pas droit à une rente de l'assurance-invalidité.

- 9001 Le principe en vigueur dans l'AI selon lequel «la réadaptation prime la rente» (ch. 1045 ss) a pour effet que la rente ne doit en principe entrer en ligne de compte qu'à la suite d'une mesure de réadaptation, voire à la suite de l'indemnité journalière correspondante:
- 9002 – Le droit à une rente ne peut en principe prendre naissance qu'à l'issue des mesures de réadaptation. Avant ce moment, une rente ne peut être attribuée, le cas échéant avec effet rétroactif, que si:
- l'assuré n'est pas (encore) susceptible de réadaptation ou
 - des mesures d'instruction visant à mesurer la capacité de réadaptation sont effectuées et que leur résultat démontre que la réadaptation n'est pas possible (Pratique VSI 1996 p. 200).
- 9003 – Une rente en cours est interrompue par l'accomplissement de mesures d'instruction et de réadaptation pour autant que celles-ci durent plus de trois mois. A l'issue

de la mesure en question, le droit à la rente renaît (Pratique VSI 1998 p. 183). L'office AI procède immédiatement à une révision et contrôle le droit à une rente AI. Pour les mesures de nouvelle réadaptation des bénéficiaires de rente, le ch. 9016.1 s'applique.

- 9004 Si, pendant le délai d'attente et jusqu'au début d'une formation professionnelle initiale ou d'un reclassement, des indemnités journalières sont versées, le droit à la rente ne peut pas non plus prendre naissance (art. 18 RAI).
- 9005 L'incapacité de travail existant tout au long de l'exécution de mesures de réadaptation est comptée dans le délai d'attente d'un an.

Exemple:

Une assurée suit une réadaptation professionnelle du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007 et touche une indemnité journalière. Une fois la réadaptation professionnelle terminée, l'office AI constate que l'assurée est incapable de travailler à 50 % depuis le 1^{er} juillet 2003. Pourtant, du fait que le droit à une rente AI ne peut pas prendre naissance pendant la période où s'exerce le droit à une indemnité journalière, la demi-rente ne peut être allouée qu'à partir du 1^{er} janvier 2008 (ch. 1028).

2. Convalescence après des mesures médicales de réadaptation

- 9006 L'assuré qui, après avoir subi des mesures médicales de réadaptation, se trouve en convalescence (pendant laquelle il continue à toucher des indemnités journalières) a droit à une rente en lieu et place des indemnités journalières, à l'issue d'une période d'incapacité de travail d'une année, pour autant que ni la récupération d'une capacité de gain supérieure à 60 % ni l'application d'une nouvelle mesure ne soient imminentes (RCC 1966 p. 312).

3. Remplacement de la rente AI par une indemnité journalière (voir CIJ)

Art. 20^{ter}, RAI

¹ *Lorsque l'assuré a droit à une indemnité journalière, la prestation pour enfant y comprise, au sens des art. 23 et 23^{bis} LAI, inférieure à la rente versée jusqu'ici, la rente continue d'être allouée au lieu de l'indemnité journalière.*

² *Lorsque l'assuré a droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 24, al. 3, LAI, inférieure à la rente versée jusqu'ici, la rente est remplacée à l'expiration du délai mentionné à l'art. 47, al. 1^{bis} lit. b, LAI par une indemnité journalière correspondant, y compris les éventuels suppléments, à un trentième du montant de la rente.*

- 9007 En règle générale, la rente de l'assuré est remplacée par une indemnité journalière pendant la durée des mesures de réadaptation ou d'instruction (exceptions: nouvelle réadaptation des bénéficiaires de rente et mesures de réinsertion, cf. ch. 9017 et 9018).
- 9008 Cependant, si l'indemnité journalière, prestation pour enfant comprise (art. 23, al. 1, et art. 23^{bis} LAI), est inférieure à la rente versée jusqu'alors (RCC 1965 p. 429), la rente continue d'être allouée (art. 20^{ter}, al. 1, RAI).
- 9009 Si l'indemnité journalière calculée selon l'art. 23, al. 2^{bis}, LAI est inférieure à la rente versée jusqu'alors, la rente est remplacée, à l'expiration d'un délai de trois mois, par une indemnité journalière correspondant au minimum à un trentième du montant de la rente (art. 20^{ter}, al. 2, RAI).
- 9010 Cette rente peut être versée pendant la durée de l'instruction ou de la réadaptation en sus d'une éventuelle indemnité journalière aux personnes veuves et aux orphelins qui remplissent les conditions du droit à une rente de survivant ainsi qu'aux enfants remplissant les conditions du droit à une rente pour enfant de l'AVS ou de l'AI.

9011 L'office AI rend la décision relative aux mesures de réadaptation assorties d'une indemnité journalière. Il en fait parvenir à la caisse de compensation une copie contenant les données nécessaires à la fixation de l'indemnité journalière.

4. Absence de droit à une rente AI pendant l'instruction du dossier ou lors de mesures de réadaptation pendant lesquelles l'AI prend en charge de façon prépondérante les frais de nourriture et de logement

9012 Si l'AI ne verse pas d'indemnités journalières pendant la durée des mesures d'instruction ou de réadaptation, mais qu'en revanche, elle prend en charge les frais de nourriture et de logement, complètement ou de façon prépondérante, l'assuré n'a en principe pas droit à une rente AI (art. 43, al. 2, LAI).

9013 La rente n'est supprimée que pour les mois civils entiers pendant lesquels l'AI prend en charge de façon prépondérante les frais de nourriture et de logement (RCC 1983 p. 335).

9014 La prise en charge des frais est considérée comme *prépondérante* lorsque l'AI subvient entièrement aux frais de nourriture et de logement pendant cinq jours par semaine au minimum (art. 28, al. 3, RAI; RCC 1983 p. 335). Cette condition est réputée remplie lorsque, dans une institution (par ex. les centres de réadaptation), la semaine de cinq jours est d'usage.

9015 La seule prise en charge des frais de nourriture n'est jamais considérée comme prépondérante, étant donné que, lorsque l'assuré loge à un autre endroit, l'expérience montre qu'il ne prend qu'une partie de ses repas au lieu où ils sont pris en charge.

9016 L'office AI se base sur les conditions effectives existant dans les centres de réadaptation. Il est indifférent de savoir

si l'assuré fait ou non usage des possibilités qui lui sont offertes.

5. Remplacement d'une indemnité journalière de l'AI par une rente AI (voir CIJ)

Art. 47, al. 2, LAI

Lorsqu'une rente succède à une indemnité journalière, elle est versée, en dérogation à l'art. 19, al. 3, LPGA, sans réduction pour le mois durant lequel le droit à l'indemnité journalière prend fin. Durant ce mois, l'indemnité journalière est en revanche réduite d'un trentième du montant de la rente.

6. Nouvelle réadaptation des bénéficiaires de rente et mesures de réinsertion: la rente à la place de l'indemnité journalière

Art. 22, al. 5^{bis} LAI

Lorsqu'un assuré reçoit une rente de l'AI, celle-ci continue de lui être versée en lieu et place d'indemnités journalières durant la mise en œuvre des mesures de réinsertion au sens de l'art. 14a et des mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a.

Art. 47, al. 1 et 1^{bis} LAI

¹ *Durant la mise en œuvre des mesures d'instruction, des mesures de réadaptation et des mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a les bénéficiaires perçoivent leur rente en dérogation à l'art. 19, al. 3, LPGA¹³.*

^{1bis} *Les rentes sont perçues:*

- a. jusqu'à la décision de l'office AI visée à l'art. 17 LPGA s'ils suivent des mesures de nouvelle réadaptation prévues à l'art. 8a;*
- b. pour les autres mesures de réadaptation, au plus jusqu'à la fin du troisième mois civil entier qui suit le début des mesures.*

- 9016.1 Durant la mise en œuvre de mesures de nouvelle réadaptation, la rente continue à être versée sans changements. Cela s'applique même lorsque pendant ce temps l'assuré perçoit un revenu supplémentaire.
- 9016.2 Si l'assuré perçoit une rente de l'AI, celle-ci continue de lui être versée, en lieu et place d'indemnités journalières, durant la *mise en œuvre de mesures de réinsertion* au sens de l'art. 14a LAI (art. 22, al. 5^{bis}, LAI).

7. Cumul de l'indemnité journalière et de la rente

Art. 22, al. 5^{ter}, LAI

Si [l'assuré] subit une perte de gain ou s'il perd une indemnité journalière d'une autre assurance en raison de la mise en œuvre d'une mesure, l'assurance lui verse une indemnité journalière en plus de la rente.

Art. 47, al. 1^{ter}, LAI

[Les bénéficiaires de rente] ont droit en outre à une indemnité journalière. Durant la mise en œuvre des mesures d'instruction ou de réadaptation, l'indemnité est toutefois réduite d'un trentième du montant de la rente pendant la période au cours de laquelle deux prestations sont dues.

- 9016.3 L'assuré qui perçoit une rente de l'AI pendant les mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a LAI a droit à une indemnité journalière lorsqu'il subit une perte de gain à cause de la mise en œuvre de ces mesures. Tel est le cas par exemple, lorsque l'assuré exerce une activité lucrative en plus de percevoir une rente, mais qu'il ne peut pas exercer cette activité parce qu'il doit suivre des mesures de nouvelle réadaptation pendant toute la journée. Sont aussi concernés les assurés qui perçoivent un revenu de remplacement sous forme d'indemnité journalière d'une autre assurance. Lorsque le versement de cette indemnité journalière est suspendu à cause de la mesure, ils doivent pouvoir bénéficier de l'indemnité journalière de l'AI.

- 9016.4 Lors de mesures de nouvelle réadaptation, l'indemnité n'est pas réduite d'un trentième du montant de la rente.

Chapitre 2: Rente AI – Rente AVS

Art. 43, al. 1, LAI

Si les veuves, veufs ou orphelins ont droit simultanément à une rente de survivants de l'assurance vieillesse et survivants et à une rente de l'assurance-invalidité, ils bénéficieront d'une rente d'invalidité entière. La rente la plus élevée leur sera versée.

Art. 28^{bis}, LAVS

Si un orphelin remplit simultanément les conditions d'obtention d'une rente d'orphelin et d'une rente de veuve ou de veuf ou d'une rente en vertu de la LAI, seule la rente la plus élevée sera versée. Si les deux parents sont décédés, la comparaison s'opère sur la base de la somme des deux rentes d'orphelin.

- 9017 Prendre en considération les ch. 3401, 3405 et 5618 DR.

Chapitre 3: Rente AI – Rente ou mesures de réadaptation de l'assurance accidents obligatoire (AA), de l'assurance militaire (AM) ou de la prévoyance professionnelle (PP)

1. Rente AI – Mesures de réadaptation de l'AA ou de l'AM

- 9018 D'après le principe «la réadaptation prime la rente», une mesure de réadaptation de l'AA ou de l'AM exclut normalement une rente AI (RCC 1986 p. 627). Ce n'est toutefois pas le cas lorsque la prestation assumée par l'AA ou l'AM ne constitue pas une véritable mesure de réadaptation, mais par exemple le traitement d'une maladie (soins infirmiers) [RCC 1963 p. 406].

Exemple:

En septembre 2006, une ouvrière de fabrique a subi de graves fractures lors d'un accident de travail. Par la suite, sont encore survenues diverses complications (reins, vessie). En septembre 2007, c'est-à-dire une année après l'accident, le traitement pris en charge par la CNA n'est pas encore terminé et une réadaptation professionnelle n'est pas encore possible. Cette assurée peut donc prétendre à une rente AI entière dès septembre 2007 bien que la CNA continue à lui accorder des mesures médicales.

2. Rente AI – Rente de l'AA ou de l'AM

Art. 66, al. 1 et 2, let. a et b, LPGA

¹ *Sous réserve de surindemnisation, les rentes et les indemnités en capital des différentes assurances sociales sont cumulées.*

² *Les rentes et indemnités en capital sont, selon les dispositions de la loi spéciale concernée et dans l'ordre suivant, versées par:*

a. l'AVS ou l'AI;

b. l'assurance militaire ou l'assurance-accidents;

Art. 69, al. 1 et 2, LPGA

¹ *Le concours de prestations des différentes assurances sociales ne doit pas conduire à une surindemnisation de l'ayant droit. Ne sont prises en compte dans le calcul de la surindemnisation que des prestations de nature et de but identiques qui sont accordées à l'assuré en raison de l'événement dommageable.*

² *Il y a surindemnisation dans la mesure où les prestations sociales légalement dues dépassent, du fait de la réalisation du risque, à la fois le gain dont l'assuré est présumé avoir été privé, les frais supplémentaires et les éventuelles diminutions de revenu subies par les proches.*

9019 L'évaluation de l'invalidité par l'assurance-accidents n'a pas d'effets contraignants pour l'assurance-invalidité (ATF 133 V 549; ATF 131 V 362; Pratique VSI 2004 p. 186), et réciproquement.

- 9020 Le taux d'invalidité peut différer d'une assurance à l'autre, par exemple, pour l'une des raisons suivantes:
- le taux d'invalidité déterminé par l'AA repose sur une violation du droit ou sur une décision basée sur un abus du pouvoir d'appréciation non défendable,
 - une rente AI indemnise aussi une invalidité non assurée par la LAA (activité dans le ménage, activité indépendante, etc.),
 - l'AA n'a pas procédé à une comparaison des revenus mais a octroyé une indemnité en capital (RCC 1983 p. 110, 1981 p. 38),
 - le taux d'invalidité déterminé par l'AA repose sur une transaction avec l'ayant droit (Pratique VSI 2003 p. 107),
 - la CNA et l'assuré ont conclu un accord salarial dans le cadre de l'assurance facultative (art. 66, al. 4, LAA, art. 135, al. 2, OLAA),
 - l'AA a échelonné la rente ou l'a limitée dans le temps déjà lors de sa fixation,
 - l'AA n'a pas tenu compte de l'âge avancé de l'assuré lors de l'évaluation de l'invalidité (art. 28, al. 4, OLAA), ou
 - en cas d'affections supplémentaires étrangères à l'accident (9C_7/2008).
- 9021 Pour l'évaluation de l'invalidité, l'AI est tenue de se conformer aux décisions de l'AM en la matière qui sont entrées en force. Le lien de force obligatoire entre ces deux assurances sociales est maintenu.
- 9022 Lorsqu'il n'est pas exclu que l'AA ou l'AM soient tenues à prestations, un échange de données a lieu entre les assureurs. Pour les cas d'invalidité due exclusivement à un accident, l'office AI se concerte préalablement avec l'AA (voir la convention sur la collaboration interinstitutionnelle [CII-plus] en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008).
- 9023 Lors de la révision d'une rente en cours, le taux d'invalidité ne peut être adapté à celui établi par l'AA ou l'AM qu'aux conditions mises à la révision des rentes (ch. 5001 ss) ou à la reconsidération (ch. 5031 ss).

3. Rente AI – Rente de la PP

- 9023.1
1/13 Il peut être dans l'intérêt de l'assuré que le taux d'invalidité soit établi avec précision dans l'AI, lorsqu'un taux légèrement plus élevé a pour conséquence un échelon de rente supérieur dans le 2^e pilier (9C_858/2010).

Chapitre 4: Allocation pour impotent de l'AI ou de l'AVS – Allocation pour impotent de l'AA ou de l'AM

Art. 66, al. 3, LPGA

Les allocations pour impotents sont, selon les dispositions de la loi spéciale concernée et dans l'ordre suivant, versées exclusivement par:

- a. l'assurance militaire ou l'assurance-accidents;*
- b. l'AVS ou l'AI.*

- 9024 Au sens de l'art. 66, al. 3, LPGA, les cas *d'impotence due exclusivement à un accident* ne peuvent permettre de toucher simultanément des prestations aussi bien de l'AI ou de l'AVS que de l'AA ou de l'AM. Si en revanche, pendant une période déterminée, seules les conditions de droit de l'AI ou de l'AVS sont remplies, il existe un droit à l'allocation pour impotent de l'AI ou de l'AVS aussi longtemps que le droit à une prestation correspondante de l'AA ou l'AM n'a pas encore pris naissance (RAMA 1999 n° U 321 p. 84).
- 9025 En cas *d'impotence due partiellement à un accident*, l'AA a droit à la partie de l'allocation pour impotent de l'AI ou de l'AVS que ces assurances verseraient si l'assuré n'avait pas eu d'accident (art. 42, al. 6, LAI; art. 43^{bis}, al. 5, LAVS; art. 39^{bis}, al. 2, RAI; art. 38, al. 5, OLAA; voir Circulaire sur l'allocation pour impotent de l'AVS et de l'AI en cas d'impotence due à un accident).

Annexe II

Calcul de l'incapacité de travail moyenne et du délai d'attente à l'aide de deux exemples (voir ch. 2017 ss)

Exemple 1:

Une femme chauffeur de taxi s'est trouvée en incapacité de travail à 25 % pendant toute l'année 2008 et à 90 % dès le 1^{er} janvier 2009. Quand le délai d'attente pendant lequel elle souffrait d'une incapacité de travail moyenne de 40 % au moins est-il échu?

Formule

$$(a \text{ mois à } 25 \%) + (b \text{ mois à } 90 \%) = (12 \text{ mois à au moins } 40 \%)$$

compte tenu que

$$a \text{ mois} + b \text{ mois} = 12 \text{ mois}$$

$$\Rightarrow b \text{ mois} = 12 \text{ mois} - a \text{ mois}$$

Calcul

$$(a \times 25 \%) + ([12 - a] \times 90 \%) = 12 \times 40 \%$$

$$25a + 12 \times 90 - 90a = 480$$

$$25a + 1080 - 90a = 480$$

$$1080 - 65a = 480$$

$$600 - 65a = 0$$

$$600 = 65a$$

$$600 : 65 = a$$

$$9,2 = a$$

$$\Rightarrow a = 9 \text{ mois} \quad b = 3 \text{ mois}$$

Le délai d'attente est par conséquent échu le 1^{er} avril 2009 (9 mois de l'année 2008 à 25 % et 3 mois de l'année 2009 à 90 %).

Exemple 2:

Un agriculteur a été en incapacité de travail pendant des années à raison de 20 %. Du 15 octobre au 31 décembre 2008, il l'était à 100 % et, dès le 1^{er} janvier 2009, à 50 %. Quand le délai d'attente pendant lequel il a subi une incapacité de travail moyenne de 40 % au moins est-il échu?

Formule

$$(a \text{ jours à } 20 \%) + (b \text{ jours à } 100 \%) + (c \text{ jours à } 50 \%) = (365 \text{ jours à au moins } 40 \%)$$

compte tenu que

$$a \text{ jours} + b \text{ jours} + c \text{ jours} = 365 \text{ jours}$$

$$b = 78 \text{ jours (15.10.–31.12.2008)}$$

$$c = 365 \text{ jours} - 78 \text{ jours} - a = 287 \text{ jours} - a$$

Calcul

$$\begin{aligned} (a \times 20 \%) &+ (78 \times 100 \%) &+ ([287 - a] \times 50 \%) &= 365 \times 40 \% \\ 20a &+ 7\,800 &+ 14\,350 - 50a &= 14\,600 \\ &&22\,150 - 30a &= 14\,600 \\ &&7\,550 - 30a &= 0 \\ &&7\,550 &= 30a \\ &&7\,550 : 30 &= a \\ &&251,6 &= a \end{aligned}$$

$$\Rightarrow a = 251 \text{ jours}, \quad c = 287 - 251 = 36 \text{ jours}, \quad b = 78 \text{ jours}$$

Le délai d'attente est échu le 5 février 2009 (36 jours à 50 % en 2009).

Annexe III

Recommandations concernant l'évaluation de l'impotence déterminante chez les mineurs

Les recommandations ci-dessous représentent des normes de référence qui ne s'appliquent pas impérativement dans tous les cas. Pour certains cas particuliers, des décalages «normaux» ou non liés à une pathologie (maladie) peuvent exister par rapport à ces normes temporelles, aussi bien vers le haut que vers le bas; ils ne seront pas pris en considération lors de l'évaluation du besoin d'assistance d'autrui. Dans cet esprit, ces recommandations seront appliquées avec souplesse.

Age moyen, déterminant pour le début du délai d'attente, à prendre en compte pour l'assistance supplémentaire, due à l'invalidité, nécessaire à l'accomplissement des actes ordinaires de la vie	Remarques
<p>1. Se vêtir et se dévêtir</p> <p>A 3 ans, un enfant peut se vêtir et se dévêtir, quoiqu'il ait encore besoin d'aide pour quelques opérations telles que boutonner et déboutonner ses habits. Il met ses chaussures au bon pied et remarque l'endroit et l'envers des habits.</p> <p>A 6 ans, un enfant peut lacer ses souliers (déterminant pour les enfants qui doivent porter des chaussures à lacets en raison de leur handicap).</p>	<p>Adaptation de prothèses: dès le début du surcroît de soins.</p> <p>En cas de forte spasticité (par ex. IMC): dès le début du surcroît de soins.</p>

Age moyen, déterminant pour le début du délai d'attente, à prendre en compte pour l'assistance supplémentaire, due à l'invalidité, nécessaire à l'accomplissement des actes ordinaires de la vie	Remarques
<p>2. Se lever, s'asseoir, se coucher</p> <p>A 10 mois, l'enfant se tient assis bien droit (par terre ou sur les genoux de sa mère) et est particulièrement sûr de sa position dans sa chaise de bébé.</p> <p>A 14 mois, il se tient debout sans aide.</p> <p>A 23 mois, il s'assoit seul sur une chaise ou à la table.</p>	<p>Surcroît de soins dès 4 ans: Se lever régulièrement la nuit, parce qu'il faut attacher l'enfant dans le lit (couverture «zewi », par ex.).</p>
<p>3. Manger</p> <p>A 20 mois, l'enfant peut manier sa cuillère avec assurance, de même que sa tasse, qu'il soulève et repose seul lorsqu'il a bu.</p> <p>A 2 1/2 ans, il n'a plus que rarement besoin d'aide pour manger de la nourriture coupée en morceaux.</p> <p>A 5 1/2 ans, il peut couper lui-même ses aliments (excepté les aliments relativement durs comme la viande, etc.). Il se sert de ses couverts sans plus aucun problème.</p> <p>A 8 ans, l'enfant mange de façon indépendante y compris les aliments relativement durs.</p>	<p>Il faut également prendre en considération comme surcroît de soins:</p> <ul style="list-style-type: none"> – la préparation de purées ou de bouillies alors que l'âge est normalement passé – l'alimentation par sonde – la surveillance en raison de risque d'étouffement en mangeant (par ex. épilepsie), RCC 1986 p. 510; ch. 8031 – des repas plus fréquents (par ex. en cas de troubles du métabolisme et d'affections de l'estomac et des intestins).

Age moyen, déterminant pour le début du délai d'attente, à prendre en compte pour l'assistance supplémentaire, due à l'invalidité, nécessaire à l'accomplissement des actes ordinaires de la vie	Remarques
<p>4. Se laver, se coiffer, prendre un bain / une douche</p> <p>A 6 ans, l'enfant n'accepte plus volontiers d'aide pour son hygiène. Un contrôle est cependant encore nécessaire. Il ne peut pas encore se laver les cheveux et se coiffer seul.</p>	<p>Surcroît de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> – en cas de handicap profond, quand, pour des raisons médicales, deux personnes sont nécessaires – en cas d'épilepsie, pour la surveillance personnelle (danger de noyade dans le bain ou danger de blessure lié à une chute dans la douche), ch. 8031.
<p>5. Aller aux toilettes</p> <p>A 2 1/2 ans, l'enfant n'a plus besoin de couches pendant la journée.</p> <p>A 4 ans, les couches ne sont plus nécessaires la nuit étant donné que, en règle générale, les enfants ne «mouillent» plus la nuit.</p> <p>A 6 ans, l'enfant peut se nettoyer lui-même (âge de l'école enfantine).</p>	<p>A titre de surcroît de soins, il faut prendre en considération:</p> <ul style="list-style-type: none"> – l'évacuation intestinale manuelle – la pose régulière de cathéters – les massages quotidiens de la paroi abdominale, les lavements nécessitant un surcroît de temps, le changement fréquent des couches pour des raisons médicales, la difficulté à changer les couches en raison d'une forte spasticité, dès le début du surcroît de soins.

Age moyen, déterminant pour le début du délai d'attente, à prendre en compte pour l'assistance supplémentaire, due à l'invalidité, nécessaire à l'accomplissement des actes ordinaires de la vie	Remarques
<p>6. Se déplacer, dans le logement ou à l'extérieur, entretenir des contacts sociaux</p> <p>A 14 mois, un enfant peut marcher seul.</p> <p>A 2 ans, il peut monter seul les escaliers.</p> <p>A 6 ans, l'enfant fait seul le trajet sans danger qui mène à l'école enfantine et entretient des contacts sociaux dans son environnement proche.</p>	<p>Dès 4 ans, la poussette ne devrait plus être nécessaire pour effectuer les trajets normalement parcourus à pied. A prendre en considération en cas de troubles de la marche, de maladies du cœur, etc.</p> <p>Dès 6 ans, en cas d'épilepsie, en ce qui concerne la surveillance personnelle en cas de danger très fréquent de chute, ch. 8031.</p>
<p>Soins de longue durée</p> <p>A 15 ans, l'enfant devrait pouvoir prendre seul ses médicaments.</p> <p>Dès le début des prestations de soins, il faut prendre en considération:</p> <ul style="list-style-type: none"> – la mise en place d'instruments de traitement médical – les changements de position nécessaires, par ex. en raison d'escarres, pour assurer la mobilité des parties du corps paralysées – l'accomplissement d'inhalations – le régime alimentaire – la pose de bandages 	

Age moyen, déterminant pour le début du délai d'attente, à prendre en compte pour l'assistance supplémentaire, due à l'invalidité, nécessaire à l'accomplissement des actes ordinaires de la vie	Remarques
<p>Surveillance personnelle</p> <p>Avant l'âge de <i>6 ans</i>, une surveillance personnelle ne doit en règle générale pas être prise en considération. Les enfants éréthiques et autistes doivent être évalués selon la gravité de leur handicap. Il en va de même pour les enfants sujets à de fréquentes crises d'épilepsie ou à des absences.</p>	<p>En cas de risque d'étouffement suite à de fréquents vomissements, il faut prendre en compte une surveillance dès le départ, RCC 1989 p. 189.</p>
<p>Cas particuliers d'impotence faible</p> <ul style="list-style-type: none"> – Enfants atteints de mucoviscidose (ch. 8060). – Enfants soumis à une hémodialyse à domicile ou à une dialyse péritonéale (ch. 8063) – Enfants aveugles ou gravement atteints de la vue ainsi que les enfants physiquement gravement handicapés dès <i>6 ans</i> (ch. 8065 et 8068). – Enfants atteints de surdité grave pour lesquels une assistance régulière et importante de la part des parents ou de tiers est nécessaire pour encourager la capacité de communication, dès l'introduction des mesures thérapeutiques à but pédagogique (ch. 8067). 	<p>Le droit des mineurs au bénéfice d'un masque PEP ou soumis à une dialyse péritonéale s'étend au plus tard <i>jusqu'à 15 ans révolus</i> (ch. 8063).</p>

