



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 depuis le 1^{er} janvier 2015

Etat au 1^{er} janvier 2018

318.507.13 f

10.17

Cette nouvelle édition de la présente circulaire remplace la version en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017.

Chiffres modifiés, complétés ou nouveaux au 1^{er} janvier 2018 :

Ch.	Modification, description
1048.1	Renvoi à l'arrêt du TF 9C_671/2016
2027	Renvoi à l'arrêt du TF 8C_544/2016
2028	Selon l'arrêt du TF 544/2016, l'art. 48 LAI n'est pas applicable au droit à la rente ; en conséquence, ce chiffre est abrogé
3012.1	Mention des personnes qui exercent une activité lucrative à un taux d'occupation réduit sans accomplir par ailleurs de travaux habituels
3020 à 3020.5	Adaptation en lien avec l'arrêt du TF 8C_2/2017
3042.1 et 3042.2	Mention des personnes qui exercent une activité lucrative à un taux d'occupation réduit sans accomplir par ailleurs de travaux habituels
3053 à 3053.2	Précision et adaptation en lien avec l'arrêt du TF 9C_140/2017
3067.4	Précision selon laquelle une déduction n'est pas effectuée automatiquement sur le salaire du barème pour les hommes qui ne peuvent plus travailler qu'à temps partiel (arrêt du TF 8C_805/2016)
3078.1	Nouvelle formule de calcul pour le taux d'invalidité des personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel sans accomplir de travaux habituels
3081 à 3102	Refonte complète des dispositions concernant le calcul du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel, vu la modification du RAI entrée en vigueur le 1 ^{er} janvier 2018 (méthode mixte)
3103	Renvoi à l'arrêt du TF 9C_812/2015
5005	Complément sur la base de l'arrêt du TF 9C_33/2016
5020.3	Renvoi à l'arrêt du TF 8C_393/2016
8003.1	Correction : les dispositions relatives à l'extinction du droit sont applicables
8004	Nouveaux montants du SSI
8005.1	Renvoi à la définition du home dans l'AVS
8006	Renvoi au ch. 8102 (exception)
8007	Abrogé
8009.1	La combinaison entre une API dans un cas particulier et une API pour impotence faible ne donne pas droit à une API pour impotence moyenne
8015	Précision (il n'y a pas impotence lorsque l'assuré peut changer de position lui-même)
8016	Précision
8018.1	Précision (impotence lorsque l'assuré est paralysé d'un bras)
8020	Renvoi à l'arrêt du TF 8C_393/2016

8021	Suppression de la fréquence minimale pour l'utilisation d'un cathéter
8025	Renvoi à l'arrêt du TF 9C_562/2016
8034	Abrogé
8035	Suppression de l'indication « relevant de la médecine ou des soins », introduction de l'indication « mental »
8039	Abrogé
8040	Adaptation en lien avec la lettre circulaire AI n° 365
8050	Inclusion du ménage (conformément à la lettre circulaire AI n° 365)
8050.1	Suppression de la règle selon laquelle le besoin d'aide dans le ménage ne peut être pris en compte que cumulativement (cf. lettre circulaire AI n° 365)
8050.3	L'obligation de diminuer le dommage implique aussi une aide apportée par les autres membres de la famille (cf. lettre circulaire AI n° 365)
8051	Adaptation rédactionnelle
8052	Adaptation rédactionnelle
8056.1	Définition de la surdité
8058	Prise en compte des prestations de soins à domicile dans le cas particulier des soins « astreignants »
8059	Reformulation
8065.1	Précision selon laquelle il s'agit de la perte auditive corrigée, indication de la source
8067	Précision concernant le moment auquel naît le droit à une API pour les mineurs
8074	Possibilité d'appliquer des limites de temps pour le SSI
8075	Les séquences ludiques au cours d'une mesure médicale ne peuvent pas être prises en compte
8076	Possibilité de prendre en compte le temps consacré à l'accompagnement pour les thérapies que l'assurance-maladie prend en charge
8076.1	Prise en compte des vacances dans le calcul du temps consacré à l'accompagnement pour des thérapies
8077.1	Possibilité de prendre en compte le temps consacré aux exercices pour les thérapies que l'assurance-maladie prend en charge
8077.2	Précision concernant le temps pouvant être pris en compte pour les exercices
8078 ss	Description plus précise de la surveillance chez les enfants, exemples
8079	Définition d'une surveillance particulièrement intense
8079.1	Remarque selon laquelle les 2 ou 4 heures indiquées pour la surveillance en ce qui concerne le SSI correspondent à des forfaits
8088	Remarque selon laquelle une certaine quantité d'aide indirecte est de règle également pour les enfants en bonne santé
8089	Abrogé

8092.1	Insertion de l'ancien ch. 2028 (simplifié), puisque selon l'arrêt du TF 8C_544/2016, l'art. 48 LAI n'est applicable qu'à l'API
8118.1	Abrogé
8123	Déplacement d'une phrase
8123.1	Corrections apportées à l'exemple
8124.3	Corrections apportées aux exemples
8129	Simplification concernant la prise de contact avec le médecin traitant en cas d'API
Annexe III	Ajout de différents compléments
Annexe IV	Définition de valeurs maximales

Table des matières

Abréviations.....	15
1^{re} partie : Introduction.....	18
Chapitre 1 :Invalidité.....	18
1. Définition	18
2. Atteinte à la santé (élément médical)	18
2.1 Généralités	18
3. Incapacité de gain de longue durée (élément économique) ...	21
4. Lien de causalité entre l'incapacité de gain et l'atteinte à la santé (élément causal).....	22
Chapitre 2 :Survenance de l'invalidité (cas d'assurance).....	24
1. Généralités.....	24
2. Survenance de l'invalidité lorsqu'il s'agit de prestations de même nature échelonnées dans le temps	26
Chapitre 3 :Conditions d'assurance	27
Chapitre 4 :Priorité de la réadaptation sur la rente et réadaptation des bénéficiaires de rente.....	28
1. Principe.....	28
2. Procédure	29
Chapitre 5 :Obligation de réduire le dommage et obligation de renseigner et de collaborer	30
Chapitre 6 :Procédure pour déterminer l'existence du droit aux prestations	34
1. Généralités.....	34
2. Examen médical.....	34
3. Enquête sur place	35
2e partie : Rente AI.....	36

Chapitre 1 : Début et fin du droit à la rente	36
1. Conditions générales du droit à la rente	36
1.1 Incapacité de travail (art. 6 LPGA)	36
1.2 Incapacité de gain (art. 7 LPGA)	37
1.3 Délai d'attente (art. 28, al. 1, let. b, LAI)	37
1.3.1 Généralités	37
1.3.2 Calcul de l'incapacité de travail moyenne et du délai d'attente	39
1.4 Incapacité de gain permanente postérieure à l'échéance du délai d'attente	39
1.5 Assurés domiciliés en dehors des Etats de l'UE et de l'AELE	40
1.6 Bases de décision	40
2. Début du droit à la rente	41
3. Demande tardive	42
4. Extinction du droit à la rente	43
 Chapitre 2 : Evaluation du taux d'invalidité	 44
1. Méthodes d'évaluation	44
1.1 Généralités	44
1.2 Détermination de la méthode d'évaluation	45
2. Méthode générale de comparaison des revenus	47
2.1 Cas d'application	47
2.2 Eléments de comparaison	48
2.2.1 Mise en parallèle des revenus	49
2.3 Revenu sans invalidité	52
2.3.1 Notion	52
2.3.2 Evaluation du revenu sans invalidité	54
2.3.2.1 Salariés	54
2.3.2.2 Indépendants en général	56
2.3.2.3 Indépendants qui exploitent une entreprise familiale	57
2.3.2.4 Invalides de naissance ou précoces sans connaissances professionnelles suffisantes	57
2.3.2.5 Assurés qui n'ont pas pu achever leur formation professionnelle en raison de leur invalidité	59

2.3.2.6	Assurés en formation professionnelle dont on peut raisonnablement attendre qu'ils entreprennent une activité lucrative.....	60
2.3.2.7	Assurés qui exercent une activité lucrative à temps partiel sans accomplir de travaux habituels.....	60
2.4	Revenu d'invalidé	61
2.4.1	Notion.....	61
2.4.2	Activité lucrative exigible	61
2.4.2.1	Généralités.....	61
2.4.2.2	Possibilités de travail exigibles	62
2.4.2.3	Mesures de réadaptation préalables raisonnablement exigibles	62
2.4.2.4	Marché du travail équilibré	63
2.4.3	Evaluation du revenu d'invalidé	66
2.4.3.1	Conditions permettant d'assimiler le revenu effectif au revenu d'invalidé	66
2.4.3.2	Revenus exclus du calcul.....	67
2.4.3.3	Déduction des frais d'obtention du revenu dus à l'invalidité.....	70
2.4.3.4	Barèmes de salaires.....	70
2.4.3.5	Salariés	73
2.4.3.6	Indépendants en général.....	73
2.4.3.7	Indépendants qui exploitent une entreprise familiale	74
2.5	Calcul du taux d'invalidité	75
2.5.1	Généralités.....	75
2.5.2	Assurés qui exercent une activité lucrative à temps partiel sans accomplir de travaux habituels.....	75
3.	Méthode spécifique de comparaison des types d'activité	77
3.1	Cas d'application	77
3.2	Evaluation du taux d'invalidité.....	78
3.2.1	Généralités.....	78
3.2.2	Assurés qui s'occupent du ménage.....	79
3.2.3	Assurés en formation professionnelle.....	82
3.2.4	Membres de communautés religieuses	83
4.	Méthode mixte.....	83
4.1	Cas d'application	84

4.2	Évaluation du taux d'invalidité.....	84
4.2.1	Personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et qui s'occupent du ménage.....	84
4.2.2	Collaboration non rémunérée dans l'entreprise du conjoint.....	87
5.	Méthode extraordinaire	89
5.1	Généralités	89
5.2	Evaluation du taux d'invalidité.....	89
Chapitre 3 :Echelonnement des rentes lors de la première attribution de rente		91
1.	Principe.....	91
2.	Cas particuliers	92
2.1	Reprise de l'invalidité.....	92
3.	Modification du droit à la rente	94
3.1	Aggravation de l'incapacité de gain	94
3.1.1	Principe	94
3.1.2	Effets.....	96
3.2	Amélioration de la capacité de gain	96
3.2.1	Principe	96
3.2.2	Effets.....	97
Chapitre 4 :Révision et reconsidération		98
1.	Révision	98
1.1	Généralités	98
1.2	Motifs de révision.....	100
1.3	Révision d'office.....	103
1.4	Révision sur demande	104
1.5	Révision procédurale	105
1.6	Evaluation de l'invalidité dans la procédure de révision ...	105
1.7	Effets de la révision	107
1.7.1	Généralités.....	107
1.7.2	Augmentation de la rente	107
1.7.3	Réduction ou suppression de la rente	108
1.7.3.1	Généralités.....	108
1.7.3.2	En cas de mesures de nouvelle réadaptation	109

1.7.3.3 En cas d'amélioration de la capacité de gain	110
1.7.3.4 En cas d'obtention irrégulière d'une rente ou de violation de l'obligation de renseigner	111
1.7.3.5 Invalidité inchangée.....	113
2. Reconsidération	113
2.1 Généralités	113
2.2 Reconsidération au détriment de l'assuré	115
2.3 Reconsidération au profit de l'assuré	116
Chapitre 5 :Suspension de la rente.....	117
Chapitre 6 :Réduction et refus de prestations	120
1. Conditions	120
1.1 Généralités	120
1.2 Intention au sens de l'art. 21, al. 1, LPGA.....	121
1.3 Crime ou délit	122
1.4 Exigibilité d'un traitement ou d'une réinsertion dans la vie professionnelle	122
1.5 Non-respect des obligations de réduire le dommage, d'informer et de collaborer	123
2. Sanctions	123
2.1 Généralités	123
2.2 Non-respect de l'obligation de renseigner et de collaborer.....	124
3. Procédure	125
3.1 Généralités	125
3.2 Avertissement et délai de réflexion	125
3e partie : Allocations pour impotent de l'AI et de l'AVS.....	127
Chapitre 1 :Allocation pour impotent de l'AI – droit et fixation.....	127
1. Conditions du droit	127
1.1 Généralités	127
1.2 Montants de l'allocation pour impotent.....	127
1.2.1 Définition de la notion de home	130

2. Impotence – définition et degrés	134
2.1 Définition.....	134
2.2 Impotence – trois degrés	135
2.2.1 Impotence grave.....	135
2.2.2 Impotence moyenne	135
2.2.3 Impotence faible	136
3. Impotence – composantes	136
3.1 Actes ordinaires de la vie.....	136
3.1.1 Généralités.....	136
3.1.2 Se vêtir, se dévêtir (y compris, le cas échéant, ajuster ou retirer la prothèse).....	137
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.....	140
3.1.6 Aller aux toilettes	140
3.1.7 Se déplacer (dans le logement ou à l’extérieur), entretenir des contacts sociaux	141
3.2 Aide d’autrui.....	142
3.2.1 Aide régulière et importante.....	142
3.2.2 Aide directe et indirecte	143
3.3 Soins permanents (médicaux ou infirmiers)	143
3.4 Surveillance personnelle permanente	144
3.5.1 Généralités.....	146
3.5.2 Cas d’application	149
3.5.2.1 Accompagnement pour permettre à la personne handicapée de vivre chez elle	149
3.5.2.2 Accompagnement pour les activités hors du domicile.....	151
3.5.2.3 Accompagnement pour éviter l’isolement durable	151
3.5.3 Accompagnement régulier pour faire face aux nécessités de la vie	152
3.5.4 Délimitation entre accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie et mesures de curatelle.....	152
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.....	153

4. Cas particuliers d'impotence	153
4.1 Cas particuliers d'impotence grave	153
4.2 Cas particuliers d'impotence de faible degré.....	154
4.2.1 Soins particulièrement astreignants.....	154
4.2.2 Entretien des contacts sociaux	157
5. Droits particuliers des mineurs	160
5.1 Généralités	160
5.2 Supplément pour soins intenses	160
5.2.1 Généralités.....	160
5.2.2 Assistance prise en compte.....	161
5.2.2.1 Traitement et soins de base	161
5.2.2.2 Surveillance permanente.....	165
6. Evaluation de l'impotence et de l'assistance	167
6.1 Généralités	167
6.2 Evaluation de l'impotence des adultes	167
6.3 Evaluation de l'impotence des mineurs.....	168
6.4 Evaluation du besoin d'assistance des mineurs pour déterminer le supplément pour soins intenses	169

Chapitre 2 : Allocation pour impotent de l'AI : naissance, exclusion, révision et extinction du droit..... 170

1. Naissance du droit	170
1.1 Généralités	170
1.2 Particularités concernant les assurés de moins d'un an...	172
1.3 Particularités concernant l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie	172
2. Exclusion du droit.....	173
2.1 Généralités	173
2.2 Séjour dans une institution pour l'exécution de mesures de réadaptation.....	174
2.2.1 Assurés adultes.....	174
2.2.2 Assurés mineurs.....	175
2.3 Séjour dans un établissement hospitalier.....	177
2.4 Accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie en cas de séjour en home	178
Art. 38, al.1, RAI.....	178
3. Révision – modification du droit.....	179
4. Extinction du droit.....	180

Chapitre 3 :Allocation pour impotent de l'AVS	181
1. Conditions du droit	181
2. Montant de l'allocation pour impotent.....	182
3. Naissance du droit après avoir atteint l'âge de la retraite AVS.....	182
4. Remplacement de l'allocation pour impotent de l'AI par une allocation pour impotent de l'AVS (droits acquis)	183
5. Exclusion du droit.....	186
6. Révision – modification du droit.....	187
6.1 Généralités	187
6.2 Révision dans les cas de droits acquis	188
6.2.1 Aggravation de l'impotence	188
6.2.2 Réduction de l'impotence	189
7. Fin du droit.....	190
Chapitre 4 :Procédure	190
1. Allocation pour impotent de l'AI	190
1.1 Dispositions générales sur la procédure	190
1.1.1 Enquête.....	190
1.1.2 Décision et versement des prestations : assurés adultes.....	191
1.1.3 Décision et versement des prestations : assurés mineurs	192
1.2 Dispositions particulières relatives à la procédure concernant l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie	193
1.3 Dispositions particulières pour la procédure concernant les cas spéciaux d'impotence	194
2. Allocation pour impotent de l'AVS	194
4e partie : Concours de droits	196
Chapitre 1 :Rente AI – Mesures de réadaptation et indemnités journalières de l'AI	196
1. Principe de la priorité du droit à l'indemnité journalière	196

2. Convalescence après des mesures médicales de réadaptation	197
3. Remplacement de la rente AI par une indemnité journalière ..	198
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.....	199
5. Remplacement d'une indemnité journalière de l'AI par une rente AI (voir CIJ).....	200
6. Nouvelle réadaptation des bénéficiaires de rente et mesures de réinsertion : la rente à la place de l'indemnité journalière ..	200
7. Cumul de l'indemnité journalière et de la rente.....	201
Chapitre 2 : Rente AI – Rente AVS	202
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)	202
1. Rente AI – Mesures de réadaptation de l'AA ou de l'AM	202
2. Rente AI – Rente de l'AA ou de l'AM.....	203
3. Rente AI – Rente de la PP	205
Chapitre 4 : Allocation pour impotent de l'AI ou de l'AVS – Allocation pour impotent de l'AA ou de l'AM	205
5e partie : Disposition finale	206
Annexe I : Formulaires	207
Annexe II : Calcul de l'incapacité de travail moyenne et du délai d'attente à l'aide d'un exemple (voir ch. 2017 ss)	208
Annexe III : Recommandations concernant l'évaluation de l'impotence déterminante chez les mineurs	209

Annexe IV : Valeurs maximales et aide en fonction de l'âge.	217
Annexe V : Processus API.....	226
Annexe VI : Indicateurs standards en détail.....	228
Annexe VII : Comparaison entre les barèmes de l'ESS jusqu'à 2010 et ceux de l'ESS 2012.....	233

Abréviations

AA	Assurance-accidents obligatoire
AC	Assurance-chômage obligatoire
AI	Assurance-invalidité
AM	Assurance militaire
API	Allocation pour impotent
ATF	Recueil officiel des arrêts du Tribunal fédéral
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
Circ.	Circulaire
CI	Compte individuel
CIJ	Circulaire concernant les indemnités journalières de l'assurance-invalidité
CNA/Suva	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
COPAI	Centre d'observation professionnelle de l'AI
CP	Code pénal suisse
CPAI	Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité
DPC	Directives concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI
DR	Directives concernant les rentes
ECF	Evaluation des capacités fonctionnelles
ESS	Enquête sur la structure des salaires
LAA	Loi fédérale sur l'assurance-accidents

LACI	Loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité
LAI	Loi fédérale sur l'assurance-invalidité
LAM	Loi fédérale sur l'assurance militaire
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LAPG	Loi fédérale sur les allocations pour perte de gain en cas de service ou de maternité
LAVS	Loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants
LCR	Loi fédérale sur la circulation routière
LIPPI	Loi fédérale sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides
LPC	Loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité
LPGA	Loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales
OACI	Ordonnance sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OLAA	Ordonnance sur l'assurance-accidents
OPC-AVS/AI	Ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité
OPGA	Ordonnance concernant la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales
PC	Prestations complémentaires
Pra	« Die Praxis »

Pratique VSI	Revue bimestrielle de l'AVS, de l'AI et des APG, éditée par l'Office fédéral des assurances sociales, supprimée fin 2004 (jusqu'en 1992 : RCC)
RAI	Règlement sur l'assurance-invalidité
RAMA	Revue bimestrielle de l'assurance-maladie et accidents, éditée par l'Office fédéral de la santé publique, supprimée fin 2006
RAVS	Règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants
RCC	Revue mensuelle de l'AVS, de l'AI et des APG, éditée par l'Office fédéral des assurances sociales (depuis 1993 : Pratique VSI)
RS	Recueil systématique du droit fédéral
RSAS	Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle
SMR	Service médical régional
SVR	Sozialversicherungsrecht. Rechtsprechung des Schweizerischen Bundesgerichts, des Bundesverwaltungsgerichts und kantonaler Instanzen = Droit des assurances sociales. Jurisprudence du Tribunal fédéral, du Tribunal administratif fédéral et des instances cantonales
TF	Tribunal fédéral
TFA	Tribunal fédéral des assurances (jusqu'en 2006)

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
3/16 L'invalidité suppose une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique causée par une infirmité congénitale, une maladie ou un accident. Les lésions causées par une tentative de suicide (RCC 1965 p. 368) ou par une intervention médicale sont également réputées atteintes dommageables assurées.

- 1003
3/16 Une atteinte à la santé est assurée lorsqu'un diagnostic approfondi et fondé sur les critères d'un système de classification scientifiquement reconnu a été posé (ATF 130 V 396, arrêts du TF 9C_862/2014 et 9C_366/2015). De plus, des indications sur le degré de gravité que doit présenter l'atteinte à la santé sont indispensables (ATF 141 V 281).
- 1004
3/16 Il n'y a en général pas d'atteinte à la santé assurée lorsque la limitation des capacités repose sur une exagération ou une manifestation similaire (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1, ATF 131 V 49, arrêts du TF 9C_173/2015 et 9C_899/2014). Des indices de telles manifestations apparaissent notamment lorsque :
- les douleurs exposées ne correspondent pas du tout au comportement révélé ou à l'anamnèse ;
 - des douleurs intenses sont alléguées, mais que leur caractérisation demeure vague ;
 - l'assuré ne suit aucun traitement médical ni aucune thérapie ;
 - des plaintes formulées avec ostentation ne paraissent pas crédibles aux yeux de l'expert ;
 - de sérieuses limitations affectant le quotidien sont invoquées, mais que l'environnement psychosocial demeure largement intact.
- 1005
3/16 La constatation d'une atteinte à la santé invalidante présuppose un diagnostic médical fondé sur une procédure structurée d'administration des preuves (ATF 141 V 281 ; ch. 1006). Une telle procédure est applicable à tous les types d'atteinte à la santé. Etant donné que la pose du diagnostic, le relevé des limitations des capacités fonctionnelles et la prise en compte des facteurs individuels et sociaux ne présentent pas toujours la même complexité pour les tableaux cliniques (objectivables ou non objectivables) physiques, mentaux ou psychiques, les exigences qualitatives auxquelles doit répondre cette procédure pourront différer d'un tableau clinique à l'autre.
- 1006
3/16 Dans la procédure structurée d'administration des preuves, la preuve du degré de gravité des limitations fonctionnelles et de la cohérence des effets de l'atteinte à la santé doit

être apportée au moyen d'indicateurs. Les indicateurs standards sont présentés en détail à l'annexe VI.

Vue d'ensemble des indicateurs

A. Catégorie « degré de gravité de l'atteinte fonctionnelle »

- a. Complexe « atteinte à la santé »
 - i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic
 - ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard
 - iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard
 - iv. Comorbidités
- b. Complexe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)
- c. Complexe « contexte social »

B. Catégorie « cohérence » (points de vue du comportement)

- a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie
- b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie sous l'angle du traitement et de la réadaptation

1007
3/16 Le médecin traitant prend en général position le premier concernant l'atteinte à la santé et ses effets sur la capacité de travail ainsi que sur le traitement médical effectué ou prévu (ch. 1057 s.).

1008
3/16 L'appréciation médicale de la présence d'une atteinte à la santé invalidante au sens du ch. 1005 est du ressort du SMR (art. 59, al. 2^{bis}, LAI), qui examine à l'intention de l'office AI les conditions médicales du droit aux prestations en tenant compte du traitement médical effectué ou prévu.

1009 – Abrogés
1018
3/16

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
1/15 Une incapacité de gain n'est présumée qu'après que l'assuré s'est soumis aux mesures de réadaptation professionnelles indiquées et aux mesures médicales de réadaptation raisonnablement exigibles, telles que médication, opérations, psychothérapie, ergothérapie ou physiothérapie. 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.
- 1028.1
3/16 L'aggravation d'une atteinte à la santé préexistante ne crée pas un nouveau cas d'assurance. En revanche, l'apparition d'une atteinte à la santé complètement différente de l'atteinte initiale peut faire survenir un nouveau cas d'assurance (ATF 136 V 369, arrêt du TF 9C_294/2013).

- 1029
1/17 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 (arrêt du TF 9C_655/2015).
- 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 (arrêt du TF 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 relation 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
1/13 Les conditions d'assurance qui doivent être remplies lors 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 relation 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
1/15 La situation médicale, personnelle et professionnelle de l'assuré est réexaminée régulièrement. Après l'octroi d'une rente, des mesures de nouvelle réadaptation visant à améliorer sa capacité de gain peuvent être accomplies en tout temps, si elles sont indiquées.

2. Procédure

- 1046
1/15 Avant de se prononcer sur le droit à la rente, l'office AI examine, que l'assuré le demande ou non, 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). Aucune rente ne doit être octroyée sans que l'office AI ait vérifié et documenté pour chaque cas particulier que tous les traitements médicaux raisonnablement exigibles ont été tentés.

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 réduire 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 de travail résiduelle 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 (arrêt du TF 9C_924/2011).

1048.1 L'assuré est tenu notamment :

- 1/18
- de 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. Si l'assuré présente en permanence une capacité de travail de 50 % et qu'il ne l'utilise pas au mieux, l'office AI n'est par exemple pas tenu – même après avoir versé une rente pendant 17 ans – d'examiner la possibilité de mesures de réadaptation ni de continuer à verser la rente pendant cette période (arrêt du TF 9C_752/2013) ;
 - de 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 (arrêt du TF 9C_955/2011 consid. 4.2) ;
 - d'entreprendre, s'il est indépendant, une activité salariée (excluant l'octroi d'une rente), même s'il accomplit dans l'entreprise une activité ayant dans une certaine mesure un caractère lucratif (arrêts du TF 9C_357/2014 et 8C_460/2011) ;
 - de 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 (arrêts du TF 9C_671/2016 et 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 ;

- de se soumettre à des analyses de sang, si cela est indiqué : 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 la prise de sang qu'il présuppose constitue dans l'absolu une atteinte à la liberté personnelle, 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 examens médicaux et techniques nécessaires (arrêt du TF 9C_732/2012) ;
- de 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).

- 1049.1 3/16 L'assuré est tenu de faire à l'assureur des déclarations conformes à la vérité et ne peut se prévaloir du droit de garder le silence (art. 28 LPGA ; arrêt du TF 9C_258/2014).
- 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 (centre d'expertises médicales pluridisciplinaire 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 ss).

- 1052
1/15 Si le dossier semble indiquer que l'état de santé de l'assuré ne permet pas d'attendre des résultats fiables d'une expertise médicale (par ex. en cas de toxicomanie), l'office AI exige de lui qu'il suive un traitement axé sur l'abstinence jusqu'à ce qu'il soit en état de se soumettre à une telle expertise.
- 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
1/17 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 de l'office AI. Celui-ci dispose à cet effet de médecins de différentes spécialités au sein du SMR (arrêt du TF 9C_858/2014). Ce dernier recommande au besoin de réunir d'autres documents médicaux et décide s'il veut soumettre l'assuré à un examen médical. 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 (arrêt du TF 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
1/15 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 (ATF 140 V 193). Sauf mention contraire, les indications médicales concernant l'incapacité de travail se réfèrent à un plein temps (arrêt du TF 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 psychique, 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).
- 2010.1
1/17 Lorsqu'un assuré subit plusieurs atteintes à la santé, le délai d'attente n'est pas pris en compte séparément pour chaque affection (arrêt du TF 9C_800/2015). De ce fait, aucun nouveau délai d'attente ne commence à courir lorsqu'il y a une interruption notable de la capacité de travail pour une des affections.
- 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 incapacité 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 (arrêt du TF 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
1/17 Le calcul de l'incapacité de travail moyenne et du délai d'attente est effectué en jours (base : 365 jours).

2018
1/17 La formule suivante s'applique :
(a jours à x % d'incapacité de travail) + (b jours à y % d'incapacité de travail) + (c jours à z % d'incapacité de travail) + ... = 365 jours à 40 % au moins d'incapacité de travail.
Un exemple et le calcul y relatif 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 relation 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.
- 2025.1
3/16 Si l'invalidité renaît pour des motifs autres que ceux qui ont justifié par le passé l'octroi d'une rente limitée dans le temps (et supprimée dans l'intervalle), il s'agit là d'un nouvel événement assuré. Dans ce cas, le versement de la nouvelle rente intervient au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date de la nouvelle demande de prestations de l'AI. Ni l'art. 29^{bis} RAI ni l'art. 88^{bis}, al. 1, let. a, RAI ne sont applicables, même par analogie (ATF 140 V 2).
- 2026
3/16 Le droit à la rente ne naît pas tant que l'assuré perçoit une indemnité journalière (art. 22 LAI en relation avec l'art. 29, al. 2, LAI) et pendant qu'il se soumet à des mesures de réadaptation (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
1/18 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 (arrêt du TF 8C_544/2016). 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
1/18 Abrogé

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. 3097 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 types d'activité 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 (arrêts du TF 8C_319/2010 et 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 (arrêt du TF 9C_9/2013 consid. 2.4). Si l'on y répond par la négative, les ch. 3079 s. s'appliquent.

- 3012.1 – aux personnes qui exercent une activité lucrative à un
1/18 taux d'occupation réduit sans accomplir par ailleurs de travaux habituels.

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 ; arrêt du TF 9C_883/2007, arrêt du TFA 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
1/18 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).

Dans un cas pareil il faut procéder à une mise en parallèle des revenus afin d'éliminer ou de prendre en compte de manière identique des facteurs étrangers à l'invalidité.

- 3020.1 1/18 On procède à une mise en parallèle lorsque la différence entre le revenu effectivement perçu (revenu sans invalidité) et le salaire spécifique à la branche figurant sur le barème (selon l'ESS) est supérieure à 5 % (ATF 135 V 297).
- 3020.2 1/18 Seule la partie excédant ces 5 % entre en ligne de compte. Ainsi, si la différence est de 12 % par exemple, la part à prendre en considération pour le revenu sans invalidité ne représente que 7 %.
- 3020.3 1/18 La mise en parallèle peut être faite
 – soit du côté du *revenu sans invalidité* par le relèvement du revenu effectivement perçu ;
 – soit du côté du *revenu d'invalidité* par l'abaissement de la valeur statistique (8C_2/2017).

Exemple

Un assuré travaillant comme ouvrier du bâtiment percevait sans atteinte à la santé à la date déterminante un revenu annuel de 56'104 francs.

Le revenu annuel déterminant dans le secteur de la construction selon le tableau de l'ESS (adapté à l'horaire de travail usuel dans la branche et indexé à la même date) s'élève à 68'592 francs.

Le revenu annuel réalisé avec l'atteinte à la santé et en épuisant la capacité de travail résiduelle (revenu d'invalidité) s'élève à 32'602 francs.

Le revenu sans invalidité est inférieur de 18,2 % au salaire spécifique à la branche figurant sur le barème (selon l'ESS)

$$(68'592 - 56'104) \times 100 / 68'592 = 18,2 \%$$

La part à prendre en considération ne représente que 13,2 %.

$$(18,2 \% - 5 \% = \mathbf{13,2 \%})$$

Exemple de calcul par l'abaissement du revenu d'invalidé

Revenu sans invalidité = 56'104

Revenu d'invalidé = $32'602 \times [(100 - 13,2)/100] = 28'298,53$

Perte de gain = $56'104 - 28'298,53 = 27'805,47$

Taux d'invalidité = $27'805,47 \times 100 / 56'104 = 49,56 \%$

Exemple de calcul par relèvement du revenu sans invalidité

Revenu sans invalidité = $[56'104 / (100 - 13,2)] \times 100 = 64'635,94$

Revenu d'invalidé = 32'602

Perte de gain = $64'635,94 - 32'602 = 32'033,94$

Taux d'invalidité = $32'033,94 \times 100 / 64'635,94 = 49,56 \%$

Il résulte donc un taux d'invalidité arrondi à 50 % et le droit à une demi-rente.

- 3020.4 1/18 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'invalidé (ch. 3067.1 ss). 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.
- 3020.5 1/18 Exceptions à la mise en parallèle
- 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, arrêt du TF 9C_488/2008, ATF 135 V 58, arrêt du TF 9C_996/2010), surtout si l'assuré s'est contenté pendant plusieurs années d'un revenu modeste tiré d'une activité indépendante (arrêt du TF 8C_626/2011).
 - Lorsque les mêmes facteurs étrangers à l'invalidité ont une influence (négative) sur le niveau du salaire d'invalidé et sur celui du salaire sans invalidité (arrêt du TF 9C_112/2012 consid. 4.5).
 - 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 (arrêt du TF 9C_595/2010).

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 ; arrêt du TFA I 1034/06, ATF 131 V 51 et 129 V 224, consid. 4.3.1, arrêt du TF 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 (arrêts du TF 9C_45/2008,

I 181/05, I 273/05 et 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'invalidité, si aucune raison de santé ne s'y oppose (arrêt du TF 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 soient pas soumis aux cotisations paritaires (arrêt du TF 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 (arrêt du TF 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 (arrêt du TF 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 (arrêts du TFA I 398/05 et I 751/06).

Exemple

Une auxiliaire âgée de 40 ans présente, selon la CNA, 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 CNA.

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
3/16 Pour savoir si une personne exerce une activité lucrative à titre d'indépendant ou de salarié, il ne faut pas se fonder sur la nature juridique de la relation contractuelle entre les parties. C'est la position économique qui est déterminante, autrement dit la réponse à la question de savoir si l'assuré exerce une influence décisive sur la politique commerciale et l'évolution des affaires de l'entreprise. Pour y répondre, il faut tenir compte de sa participation financière, de la composition de la direction de la société et d'autres critères comparables (arrêt du TF 9C_453/2014).
- 3028.2
1/14 Les dirigeants d'une société anonyme ou d'une société à responsabilité limitée doivent en principe 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 par 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'activité, cf. arrêt du TF 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 cette position, 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 taux d'invalidité (arrêt du TF 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 devenu 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 (arrêt du TF 8C_9/2009).
- 3032.1 Pour les indépendants, l'extrait du CI est en principe
1/15 déterminant pour calculer le revenu. En effet, on peut admettre que la caisse de compensation a procédé conformément aux prescriptions applicables à la détermination du revenu soumis à cotisation et à son inscription dans le

CI (arrêt du TF 8C_530/2013). Pour les dirigeants d'une société anonyme ou d'une société à responsabilité limitée, voir ch. 3028.1.

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 décrite au 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 (arrêts du TF 9C_611/2014 et 9C_820/2012, 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
1/17
- 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 (arrêt du TF 8C_99/2016 ; 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.
- 3039.1
1/17
- Les barèmes de salaires (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] de l'Office fédéral de la statistique) ou les salaires recommandés par les associations professionnelles peuvent être utilisés pour la détermination du revenu sans invalidité (arrêt du TF 8C_116/2016). Il faut décider dans le cas concret lequel des revenus est plus approprié.

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
1/18 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).

2.3.2.7 Assurés qui exercent une activité lucrative à temps partiel sans accomplir de travaux habituels

- 3042.1
1/18 Lorsqu'un assuré exerce, outre une activité lucrative à temps partiel, des activités qui ne représentent pas des travaux habituels, il est considéré comme une personne exerçant une activité lucrative à temps partiel sans accomplir de travaux habituels.

Les indices qui plaident **contre** l'hypothèse de travaux habituels sont, par exemple :

- l'absence d'obligations familiales ou d'enfants ou de proches nécessitant des soins (ATF 141 V 15, arrêt du TF 9C_615/2016)

- la réduction du taux d’occupation pour avoir plus de temps libre ou pour exercer des activités de loisirs (ATF 131 V 51, arrêts du TF 8C_846/2015 et 9C_764/2010)

3042.2 1/18 Afin de déterminer le revenu sans invalidité, le revenu tiré de l’activité lucrative à temps partiel est extrapolé pour une activité hypothétique à plein temps (art. 27^{bis}, al. 3, RAI ; voir ch. 3078.1).

2.4 Revenu d’invalidé

2.4.1 Notion

3043 Le revenu d’invalidé 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, obéissant à des considérations purement personnelles, elle n’utilise pas pleinement sa capacité de travail 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 prononcer 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
3/16 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 (Pratique VSI 1998 p. 293, ATF 110 V 273). Un marché du travail équilibré comprend aussi des emplois de niche, autrement dit des postes et des travaux pour lesquels les personnes atteintes dans leur santé peuvent s'attendre à une ouverture sociale de la part de l'employeur (arrêt du TF 9C_95/2007).
- 3050.1
1/13 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 (arrêt du TF 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 (arrêt du TF 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, 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), il demeurerait 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 1/14 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
1/18
- Le revenu effectif est réputé revenu d'invalidé déterminant lorsque de manière cumulative :
1. 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**
 2. le revenu réalisé correspond au travail fourni ; **et que**
 - 3.1 **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,
 - 3.2 **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 1/18 Si les conditions énumérées au ch. 3053 ne sont pas remplies, le revenu d'invalidé doit être évalué en règle générale selon le salaire statistique de l'ESS. Exceptionnellement le salaire effectivement réalisé peut être converti afin qu'il corresponde à ce taux d'occupation, pour autant que l'assuré ne réalise pas entièrement le taux d'occupation raisonnablement exigible de sa part et qu'une augmentation du taux d'occupation soit possible (arrêts du TF 8C_7/2014, 9C_720/2012, 8C_579/2009 et 8C_25/2010).
- 3053.2 1/18 Abrogé

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 (arrêt du TF 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 invalidité) 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 évaluées compte tenu du fait que l'employeur peut avoir un intérêt à signaler le versement d'un salaire social (arrêt du TF 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 procède souvent de relations de parenté, d'amitié ou d'affaires entre l'employeur et l'assuré ou sa famille, de la durée 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 prestations 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
1/17 Les barèmes de salaires (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] de l'Office fédéral de la statistique ; www.bfs.admin.ch / Trouver des statistiques / Travail et rémunération / Salaires, revenu professionnel et coût du travail / Informations supplémentaires / Publications) peuvent être utilisés pour la détermination du revenu d'invalidité 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 142 V 178 ; ATF 126 V 75 ss).
- 3066.1
3/16 Abrogé

- 3067
1/17 Sont déterminants, si l'on se fonde sur l'ESS, les tableaux TA1 tenant compte du niveau de compétence (ATF 142 V 178). 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 (arrêt du TF 8C_671/2010). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans le tableau 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 (arrêt du TF 9C_311/2012 consid. 4.1). L'annexe VII offre une comparaison entre les tableaux jusqu'à l'ESS 2010 et ceux de l'ESS à partir de 2012.
- 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, arrêt du TF 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 déduction maximale 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 (arrêt du TF 8C_711/2012 consid. 4.2.1). La déduction doit être déterminée et motivée compte tenu de 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
1/17 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 de compétences 1 comprend déjà de nombreuses activités peu ou moyennement pénibles (arrêt du TF 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 justifiant une déduction (arrêts du TF 9C_437/2015 et 8C_711/2012 consid. 4.2.2). On peut supposer qu'il est assez aisé de trouver sur un marché du travail équilibré des activités relevant de l'administration qui soient tranquilles, peu stressantes et dépourvues de monotonie, raison pour laquelle aucune déduction n'est accordée dans ces cas.
- 3067.4
1/18 La jurisprudence admet en principe 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 ; arrêt du TF 8C_482/2016). Les critères déter-

minants sont le taux d'occupation concret ainsi que les valeurs statistiques actuelles pour les salaires à appliquer dans le cas d'espèce (arrêt du TF 8C_805/2016). 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 (arrêt du TF 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, qui 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
1/15 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 imposerait une organisation du travail inadéquate ou inefficace (arrêt du TF 9C_955/2011 consid. 4.2). On peut certes exiger du fils d'un agriculteur invalide qu'il réduise son activité accessoire pour travailler davantage dans l'entreprise agricole de son père, où il exerce son activité principale. Cependant, tant qu'il n'est pas à la tête de l'entreprise, on ne saurait compliquer à l'excès, voire rendre impossible, la poursuite d'une certaine activité à l'extérieur lui permettant de réaliser un gain complémentaire (arrêt du TF 9C_696/2013).
- 3074 En ce qui concerne la procédure, le ch. 3032 est, en principe, applicable.

2.5 Calcul du taux d'invalidité

2.5.1 Généralités

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)

2.5.2 Assurés qui exercent une activité lucrative à temps partiel sans accomplir de travaux habituels

Art. 27^{bis}, al. 3, RAI

³ Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGA, étant entendu que :

- a. le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps ;
- b. la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide.

3078.1 Le taux d'invalidité se calcule à l'aide de la formule
1/18 suivante :

$$\frac{(RS - RI) \times TO}{RS} = \text{taux d'invalidité en pour-cent}$$

TO = taux d'occupation

Exemple

Situation initiale	Calcul
Taux d'occupation avant l'invalidité : 80 % Salaire pour un taux d'occupation de 80 % : 60 000 francs Limitations dues à une atteinte à la santé : capacité de travail de 40 % dans une activité adaptée, salaire possible de 20 000 francs.	Invalidité pour l'activité lucrative : revenu sans invalidité (pour 100 %) = 75 000 francs revenu d'invalide = 20 000 francs Calcul du taux d'invalidité : $\frac{(75\,000 - 20\,000) \times 80}{75\,000} = \mathbf{58,66\%}$

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
1/18 L'office AI détermine le taux d'invalidité en effectuant une enquête sur place. Il est possible de renoncer à l'enquête sur place, mais cela doit être justifié brièvement dans le dossier.
- 3082
1/18 Il s'agit de définir les activités que l'assuré effectuait avant la survenance de l'atteinte à la santé ou qu'il effectuerait sans cette atteinte à la santé (pour les assurés qui s'occupent du ménage, les activités sont prédéfinies, voir ch. 3087).
- 3083
1/18 La personne chargée de l'enquête détermine les proportions que représentaient les différentes activités que l'assuré effectuait, rapportées à son domaine d'activité global. Elle opère ainsi ce qu'on appelle une pondération sans handicap.
- 3084
1/18 Ensuite, la personne chargée de l'enquête indique pour quelles activités l'assuré se trouve considérablement ou totalement limité ou contraint de prendre plus de temps pour les effectuer, et quand cette limitation est intervenue. Les indications concernant l'ampleur des limitations dues à l'invalidité doivent être claires. Elles serviront ensuite à déterminer la limitation pour chaque activité considérée, en pourcentage.
- 3085
1/18 Le handicap rencontré pour chaque activité résulte de la comparaison entre la pondération sans handicap et la limitation due au handicap, évaluée en pourcentage.
- 3086
1/18 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 ou à des facteurs psychiques (arrêts du TF 9C_201/2011 et 8C_620/2011).

3.2.2 Assurés qui s'occupent du ménage

Art. 27, al. 1, RAI

Par travaux habituels, visés à l'art. 7, al. 2, de la loi, des assurés travaillant dans le ménage, il faut entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance apportés aux proches.

3087 1/18 En règle générale, on admettra que les travaux d'une personne non invalide qui s'occupe du ménage comportent les activités usuelles suivantes:

Activités	Maximum %
1. Alimentation (préparer et cuire les aliments, servir les repas, nettoyer la cuisine au quotidien, faire des provisions)	50
2. Entretien du logement ou de la maison (ranger, épousseter, passer l'aspirateur, entretenir les sols, nettoyer les installations sanitaires, changer les draps de lit, nettoyer en profondeur, soigner les plantes, le jardin, l'extérieur de la maison, sortir les déchets) et garde des animaux domestiques	40
3. Achats (courses quotidiennes et achats plus importants) et courses diverses (poste, assurances, services officiels)	10
4. Lessive et entretien des vêtements (laver, étendre et plier le linge, repasser, raccommoder, nettoyer les chaussures)	20
5. Soins et assistance aux enfants et aux proches*	50

* Par proches, il faut entendre, d'une part, la personne avec laquelle l'assuré est marié, est lié par un partenariat enregistré ou mène de fait une vie de couple (partenaire de vie) et, d'autre part, toutes les personnes avec lesquelles l'assuré, son conjoint ou son partenaire de vie est un parent en ligne directe.

3088 1/18 La répartition des travaux donnée au ch. 3087 et la fixation d'un maximum pour les différents travaux sont applicables en règle générale. Toutes les activités doivent être prises en considération (excepté celles du ch. 5). Une pondération différente ne peut être faite qu'en cas de divergences importantes par rapport au schéma (I 469/99 ; RCC 1986 p. 244). Le total des activités doit toujours se monter à 100 % (Pratique VSI 1997 p. 298).

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. Le taux d'invalidité est évalué comme suit :

Activités	Pondération sans handicap en %	Limitation avec handicap en %	Handicap en %
1. Alimentation	30	50	15
2. Entretien du logement	10	100	10
3. Achats	10	100	10
4. Lessive et entretien des vêtements	10	100	10
5. Soins aux enfants	40	40	16
Total	100		61

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

L'assurée est invalide à 61 %. Par conséquent, elle a droit à un trois quarts de rente.

3089
1/18 Les services rémunérés ou non (effectués par des membres de la famille, des voisins ou des aides extérieures, par ex.) auxquels l'assuré recourait pour son ménage avant d'être atteint dans sa santé ne peuvent pas entrer en considération dans l'évaluation des limitations après la survenance de l'atteinte à sa santé. Autrement dit, ces services ne doivent compter ni dans la liste des activités, ni dans la pondération des activités sans invalidité, ni dans l'évaluation des limitations.

Exemple

Le mari de l'assurée s'occupait déjà entièrement, avant la survenance de l'atteinte à la santé de son épouse, des plantes, du jardin et des abords de la maison ; il n'est donc pas possible de faire valoir des limitations à ce sujet, au chapitre de l'entretien du logement et de la maison, après la survenance de l'atteinte à la santé.

3090
1/18 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 charge de travail accrue n'est prise en considération que si la personne ne peut effectuer tous les travaux ménagers dans le cadre d'un horaire normal et qu'elle a besoin de l'aide de tiers (RCC 1984, p. 143, consid. 5). La personne doit en outre répartir son travail à bon escient en utilisant notamment l'aide des membres de sa famille. Cette aide est plus étendue que celle qu'on pourrait attendre si l'assuré n'était pas atteint dans sa santé (ATF 133 V 504, consid. 4.2). Si l'assuré ne satisfait pas ou qu'en partie à l'exigence de réduire le dommage, l'évaluation des limitations peut s'en trouver impactée pour chaque activité considérée.

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. 28a, al. 2, LAI si l'on ne peut raisonnablement exiger de lui qu'il entreprenne une activité lucrative.

3091
1/18 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).

3092
1/18 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.

3093
1/18 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).

3094
1/18 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.

- 3095
1/18
- 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.
- 3096
1/18
- 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. 28a, 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

La méthode mixte s'applique aux cas suivants :

- 3097
1/18 – Personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et qui s'occupent du ménage.
- 3098
1/18 – Personnes qui travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise du conjoint et qui s'occupent du ménage.

4.2 Évaluation du taux d'invalidité

4.2.1 Personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et qui s'occupent du ménage

Art. 27^{bis}, al. 2 à 4, RAI

² Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7, al. 2, de la loi, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition des taux suivants :

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

³ Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGA, étant entendu que :

- a. le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps ;
- b. la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide.

⁴ Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation avant que l'assuré ne devienne invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3, let. b, et une activité lucrative exercée à plein temps.

3099
1/18 Pour l'évaluation de l'invalidité dans le domaine de l'activité lucrative, on applique la méthode générale de comparaison des revenus (ch. 3009 ss). 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.

3100
1/18 Pour l'évaluation de l'invalidité dans le domaine de l'activité ménagère, on applique la méthode spécifique de comparaison des types d'activité (ch. 3081 ss.). La part de l'activité ménagère résulte de la différence entre un taux d'occupation de 100 % et le taux d'occupation effectif.

Exemple

Une assurée travaille comme fleuriste à raison de 4,8 heures par jour, cinq jours par semaine. La durée de travail usuelle d'une fleuriste engagée à plein temps est de 40 heures par semaine. La part de l'activité lucrative s'élève à 60 %

$$\frac{[100 \times (4,8 \times 5)]}{40}$$

La part de l'activité ménagère est par conséquent de 40 % (100 % - 60 %).

3101
1/18 L'invalidité totale de l'assuré résulte de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines.

Exemple 1

Situation initiale	Calcul
Taux d'occupation avant l'invalidité : 50 % Salaire pour un taux d'occupation de 50 % : 30 000 francs Taux des travaux habituels (ménage) : 50 %	Invalidité pour l'activité lucrative : revenu sans invalidité (pour 100 %) = 60 000 francs revenu d'invalidé = 30 000 francs perte de gain = 30 000 francs Taux d'invalidité activité lucrative : 50 %

Limitations dues à une atteinte à la santé : - capacité de travail de 50 % pour la profession actuelle, l'assuré continue de travailler chez le même employeur - limitation de 30 % dans le domaine des travaux habituels (selon l'enquête sur place)	Taux d'invalidité travaux habituels : 30 % Calcul de l'invalidité totale : $(50 \% \times 0,5) + (30 \% \times 0,5) = \mathbf{40 \%}$
---	---

L'assuré a droit à un **quart de rente**.

Exemple 2

Situation initiale	Calcul
Taux d'occupation avant l'invalidité : 80 % Salaire pour un taux d'occupation de 80 % : 60 000 francs Taux des travaux habituels (ménage) : 20 % Limitations dues à une atteinte à la santé : - capacité de travail de 40 % dans une activité adaptée, salaire possible de 20 000 francs. - limitation de 30 % dans le domaine des travaux habituels (selon l'enquête sur place)	Invalidité pour l'activité lucrative : revenu sans invalidité (pour 100 %) = 75 000 francs revenu d'invalidé = 20 000 francs perte de gain = 55 000 francs Taux d'invalidité activité lucrative : 73,33 % Taux d'invalidité travaux habituels : 30 % Calcul de l'invalidité totale : $(73,33 \% \times 0,8) + (30 \% \times 0,2) = \mathbf{64,66 \%}$

L'assuré a droit à un **trois quarts de rente**.

4.2.2 Collaboration non rémunérée dans l'entreprise du conjoint

3102
1/18 Le taux d'invalidité est établi de la manière suivante. On fixe d'abord le nombre d'heures que l'assuré effectuait dans l'entreprise de son conjoint sans être rémunéré avant la survenance de l'atteinte à la santé ou qu'il aurait effectuées s'il n'était pas devenu handicapé. 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 méthode extraordinaire d'évaluation pour la collaboration non rémunérée apportée à l'entreprise du conjoint (ch. 3098 ss).

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. À la suite d'un accident, elle devient paraplégique et ne peut plus travailler que de manière limitée dans l'entreprise. Elle est encore à même d'effectuer les travaux les plus légers 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. Par contre, elle ne peut pratiquement plus accomplir les autres travaux.

Ménage

Activités	Pondération sans handicap en %	Limitation avec handicap en %	Handicap en %
1. Alimentation	30	30	9
2. Entretien du logement	15	60	9

3. Achats	15	100	15
4. Lessive	10	30	3
5. Soins aux enfants	30	50	15
Total	100		51

La limitation dans les travaux ménagers est de 51 %.

Collaboration dans l'entreprise

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

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

La limitation dans l'entreprise est de 52 %.

Évaluation de l'invalidité

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

La personne a droit à une demi-rente.

5. Méthode extraordinaire

5.1 Généralités

3103 1/18 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 (arrêt du TF 9C_812/2015. 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 ; arrêt du TFA 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 ne l'est guère dans le domaine administratif (arrêt du TF 8C_346/2012).

5.2 Evaluation du taux d'invalidité

3104 Il faut tout d'abord effectuer une *comparaison des types d'activité*. 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 types d'activité (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 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 sans qu'il soit nécessaire de faire courir un nouveau délai d'attente ([art. 28, al. 1 let. b, LAI](#)), mais 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, LAI (ATF 142 V 547).
- 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 être mise au bénéfice d'un quart de rente, c'est-à-dire dès le 1^{er} octobre 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} janvier 2008, 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} octobre 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
1/15 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 (arrêts du TFA I 599/05 consid. 5.2.3 et 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 (arrêt du TF
- 3/16

9C_32/2015, 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 (arrêt du TF 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 qu'elle 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 (arrêt du TF 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
1/17 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) (ATF 141 V 9 ; arrêt du TF 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 re-

posant 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 (arrêt du TF 8C_441/2012 consid. 6). Les communications faites sur la base de l'art. 74^{ter}, let. f, RAI et qui se fondent sur une instruction matérielle exhaustive sont à considérer comme une décision entrée en force en ce qui concerne la date de comparaison (arrêts du TF 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 (arrêt du TF 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
3/16 – 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. 3, 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'office AI 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
1/18 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 de l'état de santé (RCC 1989 p. 282) ;
- reprise, changement ou abandon de l'activité lucrative (arrêt du TF 9C_33/2016) ;
- conclusion (réussie) d'une mesure de réadaptation (arrêt du TF 9C_231/2016 consid. 2.1) ;
- 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 (arrêt du TF 9C_410/2015) ;
- amélioration, au fil du temps, de la capacité de travail de l'assuré, même sans que son état de santé se soit fondamentalement modifié, par ex. parce qu'il s'est accoutumé à la douleur (arrêt du TF 8C_503/2013) ;
- cessation de l'activité lucrative, nécessitant que le revenu hypothétique d'invalidé soit fixé d'après les salaires des barèmes (arrêt du TF 9C_325/2013) ;
- prise en compte du revenu effectif de l'activité lucrative en lieu et place du revenu statistique lorsque l'assuré se trouve dans une situation de travail stable (arrêt du TF 8C_108/2016) ;
- survenance d'un important changement factuel de l'état somatique créant la possibilité d'un nouvel examen approfondi de l'état de santé psychique. En effet, pour la révision d'une rente d'invalidité, il suffit que les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement ; il n'est pas nécessaire que le fait ayant subi une modification soit précisément celui qui entraîne la nouvelle fixation de la rente d'invalidité par voie de révision (arrêt du TF 8C_738/2013) ;
- 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 minime 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 (arrêt du TF 9C_223/2011).

5005.3 L'ajout ou l'abandon d'un diagnostic ne constitue pas en soi un motif de révision, car il ne prouve pas forcément l'aggravation ou l'amélioration de l'état de santé nécessaire pour une révision. Une révision générale ne peut avoir lieu que si une modification de l'état de fait influant sur le droit à la rente est prouvée et que ce droit en est affecté. Un nouveau diagnostic venu s'ajouter au tableau clinique existant ne s'oppose pas à une suppression de la rente (ATF 141 V 9).

5005.4 La révision est possible indépendamment de la raison de l'amélioration de l'état de santé (arrêt du TF 9C_933/2010).

5006 Il n'y a pas de motif de révision quand :
1/17 – 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 simplement en présence d'une évaluation différente d'une situation qui pour l'essentiel est restée la même (RCC 1987 p. 36, arrêt du TF 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 (ATF 142 V 178 ; arrêt du TF 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. 1, 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. 2, 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 (arrêt du TF 8C_590/2015, 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
1/17 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 126 V 24 consid. 4b ; arrêt du TF 9C_385/2015) 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 d'invalidé 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 d'invalidé déterminé (même hypothétique) lors de la précédente évaluation de

l'invalidité (à l'occasion de la décision d'octroi ou de la dernière 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.

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</i> , taux d'invalidité inchangé, puisque l'amélioration du revenu est inférieure à 1500 francs.
2 ^e année	80 000	41 200	<i>Pas de révision</i> , taux d'invalidité inchangé, puisque l'amélioration du revenu est inférieure à 1500 francs.
3 ^e année	80 000	42 100	<i>Révision</i> , puisque l'amélioration du revenu est supérieure à 1500 francs.*

* 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 (arrêts du TF I 599/05 consid. 5.2.3 et 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 échelons 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 (arrêts du TF 9C_231/2015 et 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 (arrêt du TF 9C_726/2011 consid. 5.1).
- 5020.3
1/18 Si, depuis des années, l'on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il utilise au mieux sa capacité de travail résiduelle et que sa réinsertion professionnelle ne s'est pas faite pour des raisons entièrement étrangères à l'invalidité, l'assuré n'a pas droit à ce qu'avant la suppression de sa rente, l'AI lui accorde des mesures de réadaptation ou en examine la possibilité (arrêts du TF 8C_393/2016, 9C_231/2015, 8C_807/2013 et 9C_752/2013).

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 (arrêt du TF 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 (ATF 135 V 306).
- 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 relation 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, que la poursuite du versement de la prestation ait eu lieu ou non en raison de l'obtention irrégulière ou de la violation de l'obligation de renseigner.

- 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, affectant par exemple 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, arrêt du TF 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 (arrêt du TF 9C_245/2012).

5026
1/15 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 (cf. art. 7b, al. 2, let. b et c, LAI en relation avec l'art. 25, al. 1, LPGA et art. 7b, al. 3, LAI). L'office AI ordonne la restitution du montant indûment touché (art. 3 OPGA).

5027
1/15 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. 4 et 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 en vertu de 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. La rente et l'allocation pour impotence sont deux prestations différentes octroyées à des conditions différentes. Il peut donc être tout à fait justifié d'examiner séparément pour les deux types de prestations s'il y a perception de bonne foi avérée (arrêt du TF 9C_516/2013).

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 moment où la capacité de gain s'est durablement améliorée, sans interruption notable (arrêt du TF 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 (arrêt du TF 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
3/16 Une reconsidération peut intervenir en tout temps, même après plus de dix ans (ATF 140 V 514).

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. La rente sera alors 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* (arrêt du TF 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 (arrêt du TF 8C_702/2007). Peu importe que la peine ou la mesure soit exécutée en Suisse ou à l'étranger (arrêt du TF 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) (arrêt du TF 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 (auquel cas la suspension de la rente est maintenue) (ATF 138 V 281).
- 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 enfant peut être maintenu (art. 21, al. 3 et 5, LPGA).
- 6003 La suspension de la rente suppose que, pendant l'exécution 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'exécution de sa peine n'est pas lié de manière prépondérante au handicap de l'assuré.

- 6003.1 La suspension de la rente dépendra donc exclusivement de la possibilité ou non d'exercer une activité lucrative durant l'exécution d'une mesure thérapeutique en institution. 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 (ATF 137 V 154).
- 6004 La rente ne sera par conséquent pas suspendue mais continuera à être versée,
- si le régime d'exécution 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. 426 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'exécution 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
1/13 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).
- 6009 Après la remise en liberté, le droit à la rente renaît automatiquement, sans qu'il soit nécessaire de procéder au préalable 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.

Chapitre 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 3/16 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 adulte (art. 15 LPGA). Cette dernière, en dérogation à l'art. 21, al. 1, LPGA, ne peut être ni refusée ni réduite (art. 7b, al. 4, LAI).
- 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 convaincants 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, arrêt du TF 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, arrêt du TF 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 (arrêt du TF 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
3/16 Si d'autres assureurs sociaux (par ex. assureur LAA) 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.
- 7012.1
3/16 Les prestations seront réduites en cas de conduite en état d'ébriété suivant le tableau des assureurs-accidents (directives des assureurs LAA concernant les taux de réduction

en cas d'accident de la circulation ; arrêt du TF 9C_445/2014, ATF 129 V 354 ; <https://www.koordination.ch/online-handbuch/uvvg/grobfahrlaessigkeit/>).

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 (arrêt du TF 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'office AI 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 (arrêt du TF 8C_733/2010).

7015
1/17 Si l'office AI cesse de verser des prestations parce que l'assuré manque à son obligation de collaborer à une procédure de révision, la procédure est reprise par la suite en tant que procédure de révision si l'assuré accepte de nouveau de remplir cette obligation (arrêt du TF 8C_724/2015).

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
1/15 Avant de réduire ou de refuser des prestations, l'office AI 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 (arrêt du TF 9C_744/2011). Une condamnation pénale n'est pas nécessaire pour qu'il y ait faute au sens de l'art. 7b, al. 2, let. c, LAI, d'autant que la notion de faute diffère ici de celle du droit pénal (arrêt du TF 8C_609/2013).

- 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.

3^e partie : Allocations pour impotent de l'AI et de l'AVS

Chapitre 1 : Allocation pour impotent de l'AI – droit et fixation

1. Conditions du droit

1.1 Généralités

Art. 42, al. 1, 1^{re} et 2^e phrases, LAI

Les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent. L'art. 42^{bis} est réservé.

- 8001 Ont droit à une allocation pour impotent de l'AI les assurés :
- 1/13
- qui présentent une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique causée par une infirmité congénitale, une maladie ou un accident (ch. 1002 ss),
 - qui sont impotents au minimum à un faible degré,
 - qui remplissent les conditions générales du droit aux prestations (ch. 1040 ss [RCC 1980 p. 120] ; voir DR) ; le droit à l'allocation pour impotent d'une personne mineure et celui de cette même personne devenue majeure relèvent d'un seul cas d'assurance (ATF 137 V 424) ; et
 - qui n'ont pas droit à une allocation pour impotent de l'assurance-accidents (AA) ou de l'assurance militaire (AM) (ch. 9024 ss).
- 8002 Pour ce qui concerne la simultanéité d'une allocation pour impotent de l'AI et d'une allocation de l'AA ou de l'AM, voir ch. 9024 ss.

1.2 Montants de l'allocation pour impotent

Art. 42^{ter}, al. 1, 3^e et 4^e phrases, et al. 2, 1^{re} phrase, LAI

¹ L'allocation mensuelle se monte, lorsque l'impotence est grave, à 80 % du montant maximum de la rente de vieillesse prévu à l'art. 34, al. 3 et 5, LAVS ; elle se monte, lorsque l'impotence est moyenne, à 50 % de ce montant et,

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 1/18 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). Le montant de l'allocation est pris en compte à partir du mois suivant (art. 82 al. 2 RAI). Les dispositions relatives à la révision (art. 88^{bis} RAI) ne sont pas applicables. Si le droit s'éteint du fait du changement du lieu de résidence, il convient d'appliquer les règles spécifiques en la matière (voir ch. 8112.1 et 8112.2 pour l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, et ch. 8123.2 et 8124.2 pour l'AVS).

Exemple

Un assuré au bénéfice d'une allocation pour impotent moyenne (1175 francs par mois), entre en home le 5 février. A partir du mois de mars il ne recevra plus qu'un montant de 294 francs 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 1175 francs en février et en mars et le montant ne sera réduit à 294 francs qu'en avril.

Montants de l'allocation pour impotent pour les assurés majeurs (montants par mois à partir du 1^{er} janvier 2015)

<i>Degré d'impo- tence</i>	<i>Dans un home (quart du montant)</i>	<i>A domicile (mon- tant intégral)</i>
Grave	470 fr./mois	1880 fr./mois
Moyen	294 fr./mois	1175 fr./mois
Faible	118 fr./mois	470 fr./mois

8004 S'agissant des mineurs, l'allocation pour impotent et l'éven-
1/18 tuel supplément pour soins intenses (ch. 8070 ss) sont ver-
sés par jour qu'ils passent à la maison (avec nuitée).

*Montants de l'allocation pour impotent destinée aux mi-
neurs (montants par mois et par jour à partir du 1^{er} janvier
2015)*

<i>Degré d'impo- tence</i>	<i>A domicile (montant intégral)</i>
Grave	1880,00 fr./mois 62,70 fr./jour
Moyen	1175,00 fr./mois 39,20 fr./jour
Faible	470,00 fr./mois 15,70 fr./jour

*Montants du supplément pour soins intenses (montants par
mois et par jour à partir du 1^{er} janvier 2018)*

<i>Besoin de soins découlant de l'invalidité</i>	<i>A domicile</i>
au moins 8 heures/jour	2350,00 fr./mois 78,30 fr./jour
au moins 6 heures/jour	1645,00 fr./mois 54,80 fr./jour
au moins 4 heures/jour	940,00 fr./mois 31,30 fr./jour

1.2.1 Définition de la notion de home

Art. 35^{ter} RAI

¹ Est réputée home au sens de la loi toute forme de logement collectif qui sert à l'assistance ou aux soins prodigués à l'assuré :

- a. lorsque l'assuré n'assume pas de responsabilité dans sa gestion ;
- b. lorsque l'assuré ne peut pas décider librement de quelle prestation d'aide il a besoin ou sous quelle forme, ou encore qui la lui fournit ou à quel moment ; ou
- c. lorsqu'un forfait pour les prestations de soins ou d'assistance doit être versé.

² Les institutions au sens de l'art. 3, al. 1, let. b, de la loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides (LIPPI)¹ qui sont reconnues par un ou plusieurs cantons en vertu de l'art. 4 LIPPI ont valeur de home.

³ Les communautés d'habitation qui sont exploitées par un home au sens de l'al. 1 et qui bénéficient de prestations d'aide de la part de celui-ci sont assimilées à des homes.

⁴ Un logement collectif n'est pas assimilé à un home :

- a. lorsque l'assuré peut déterminer et acquérir lui-même les prestations de soins et d'assistance dont il a besoin ;
- b. lorsqu'il peut vivre de manière responsable et autonome ;
et
- c. lorsqu'il peut choisir et organiser lui-même ses conditions de logement.

⁵ Les institutions qui servent au traitement curatif ne sont pas assimilées à des homes.

8005
1/15 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,

¹ RS 831.26

l'assuré n'a pas droit à une allocation pour impotent (cf. art. 67, al. 2, LPGA, ch. 8109 ss).

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.

1/18

La notion de home est définie à l'art. 35^{ter} RAI. Elle ne se fonde pas principalement sur le mode de financement. Que l'institution figure sur une liste fédérale ou cantonale n'est pas non plus déterminant. Néanmoins, l'institution est assimilée à un home si elle est reconnue par un canton conformément à l'art. 4 LIPPI. Pour la définition du home en ce qui concerne l'allocation pour impotent des assurés ayant atteint l'âge de la retraite : voir ch. 8118.3.

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 l'assuré n'assume pas la responsabilité du fonctionnement ; c'est le cas lorsqu'un support juridique met le logement à disposition et assume la responsabilité du

fonctionnement de la communauté d'habitation. Il y a alors organisation prédéfinie et non auto-organisation. Tel est par exemple le cas lorsque l'établissement a une direction ou des employés qui ne sont pas dirigés par les résidents ;

- quand l'assuré ne peut pas décider librement de quelle prestation d'aide il a besoin et sous quelle forme, ni qui la lui fournit et à quel moment, mais est dépendant d'autres personnes ou d'une organisation pour ce type de décisions et d'autres décisions quotidiennes (menu, activités de loisirs, occupations). Dans un home, le déroulement de la journée est pour l'essentiel prescrit : les heures de repas, de discussion de divers points et de prise en charge (aide pour se laver, pour aller au lit, etc.) sont fixes. L'assuré ne peut organiser librement le déroulement de la journée et ne peut guère l'influencer. Les institutions qui n'offrent pas de prestations d'assistance pendant la journée ou les formes de logement dans lesquelles les résidents travaillent pendant la journée peuvent être assimilées à des homes si les activités du matin et du soir, ainsi que, le cas échéant, celles du week-end suivent un certain planning dans lequel l'assuré n'a aucune part de responsabilité ;
- quand l'assuré doit verser un forfait pour les prestations de soins ou d'assistance ; la plupart des homes prélèvent une taxe journalière. Les institutions similaires à des homes (formes de logement décentralisées par rapport à un home, accompagnement à domicile) ne prévoient pas de taxe journalière, mais un forfait couvrant l'offre de base de prestations de soutien. Les heures d'assistance requises ou les heures dépassant ce qui est prévu peuvent en outre être facturées séparément, également au moyen de forfaits.

8005.3 *Communauté d'habitation sans caractère de home*

Une telle communauté se caractérise par l'auto-organisation et la responsabilité propre. 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 acheter lui-même les prestations dont il a besoin pour les soins et l'encadrement (soins de base et soins thérapeutiques) ; c'est par ex. le cas lorsqu'il peut engager et congédier lui-même le personnel qui lui fournit ces prestations, ou qu'il peut conclure et résilier lui-même un contrat avec une organisation ; qu'il peut choisir entre plusieurs prestataires (organisations, particuliers), mais aussi déterminer les prestations qu'il souhaite acquérir ;
- quand l'autonomie et la responsabilité des résidents handicapés sont garanties autant que possible. Les résidents décident tous les aspects de l'organisation, de la gestion et de la communauté en toute autonomie. Ils décident donc eux-mêmes quand et par qui les prestations sont fournies, et comment les soins et l'assistance doivent être structurés. Ils choisissent les personnes qui prennent la place de celles qui partent et donc avec qui ils partageront le logement, décident qui en assure la propreté, etc. ;
- quand l'assuré peut choisir et organiser lui-même ses conditions de logement (location ou achat, choix éventuel des personnes partageant le logement). La possibilité d'aménager son propre logement ne suffit pas à elle seule pour qu'une forme de logement collectif ne soit pas assimilée à un home.

8005.4 Les formes de logement décentralisées sont assimilées à un home si elles sont encadrées par la maison-mère. Même si, dans ces formes de logement, les prestations de soins ne sont pas facturées forfaitairement mais en fonction des besoins effectifs, on ne peut qualifier ces communautés d'habitation de communauté autonome et indépendante, qui tranche toutes les questions touchant la vie collective et décide elle-même de sa prise en charge et de tous les aspects qui y sont liés. Peu importe à cet égard

que ces formes de logement décentralisées se trouvent à proximité immédiate du home ou relativement loin.

- 8005.5 Le placement dans une famille d'accueil n'est pas assimilé à un séjour en home. En revanche, les ménages collectifs (de pédagogie curative) ne sont pas considérés comme des familles d'accueil, mais assimilés à un home en raison de leur structure, de leur organisation et de leur infrastructure.
- 8006
1/18 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 ; exception, voir ch. 8102).
- 8007
1/18 Abrogé

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 nécessite, 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 nécessite, 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).

8009.1
1/18 La liste des variantes mentionnées à l'art. 37 RAI pour les différents degrés d'impotence est exhaustive. D'autres combinaisons de droits avec la surveillance, l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie ou des cas

particuliers ne donnent pas droit à des prestations plus élevées. Autrement dit, si une personne a besoin de soins astreignants (impotence faible) et de surveillance ou d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (impotence faible), cela ne lui donne pas droit à une API pour impotence moyenne. Exception : voir ch. 8052.1.

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 (arrêt du TF 9C_633/2012).

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).

- 8014.1
1/17 Les moyens auxiliaires qui servent au traitement médical (par ex. les bas de soutien) ne doivent pas être attribués à cet acte, mais être pris en compte au titre des soins. Pour l'acte de se vêtir ou se dévêtir, seuls peuvent être considérés les moyens auxiliaires qui servent à la préservation d'un acte ordinaire de la vie (par ex. orthèse ou prothèse permettant de marcher). Si le recours aux moyens auxiliaires ne rend pas à l'assuré son indépendance pour les actes ordinaires de la vie (par ex. parce qu'ils n'ont qu'une fonction cosmétique ou servent à la prophylaxie de la contracture), ou si l'assuré n'a pas encore l'âge d'effectuer lui-même l'acte ordinaire de la vie, l'aide nécessaire doit être prise en compte au titre des soins.

Exemple

Un bébé de 6 mois a besoin d'une orthèse pour corriger la position des jambes. Cette orthèse ne sert pas (encore) à marcher puisque, en fonction de l'âge, ce n'est qu'à partir du 15^e mois que l'aide pour marcher seul peut être prise en compte. Le besoin d'aide pour mettre et enlever l'orthèse doit être pris en compte au titre des soins.

3.1.3 Se lever, s'asseoir, se coucher

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

- 8015
1/18 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. Si néanmoins il peut effectuer des changements de position lui-même, il n'y a pas impotence. Les différentes situations (à la maison, au travail, ailleurs à l'extérieur) doivent être évaluées séparément (arrêt du TF 9C_839/2009).
- 8016
1/18 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 de se couvrir et de s'allonger lui-même au lit, 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'est pertinente que du point de vue de la surveillance personnelle (ch. 8035 ss), mais non en ce qui concerne la fonction partielle « se lever » (RCC 1987 p. 263).

3.1.4 Manger

- 8018 3/16 Il y a impotence lorsque l'assuré peut certes manger seul, mais seulement d'une manière non usuelle (ATF 106 V 158) (par ex. s'il ne peut pas couper ses aliments lui-même, qu'il ne peut manger que des aliments réduits en purée ou qu'il ne peut les porter à sa bouche qu'avec ses doigts ATF 121 V 88).
Il n'y a pas d'impotence si l'assuré n'a besoin de l'aide directe d'autrui que pour couper des aliments durs, car de tels aliments ne sont pas consommés tous les jours et l'assuré n'a donc pas besoin de cette aide de façon régulière ni dans une mesure considérable (arrêt du TF 8C_30/2010). En revanche, il y a impotence lorsque l'assuré ne peut pas du tout se servir d'un couteau (et donc pas même se préparer une tartine, arrêt du TF 9C_346/2010). Un régime alimentaire (par ex. dans le cas de diabétiques) ne justifie pas un cas d'impotence.
- 8018.1 1/18 Il y a impotence lorsque l'assuré est manchot. Il en va de même lorsque l'assuré est paralysé d'un bras, pour autant que le bras paralysé ne puisse même pas être utilisé comme bras (ou main) d'appui (par ex. pour immobiliser une assiette).
- 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) (arrêt du TF 9C_346/2010). 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 (arrêt du TF 9C_346/2010).

3.1.5 Faire sa toilette

8020
1/18 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). Par contre, il n'y a pas impotence lorsque l'assuré a besoin d'aide pour se coiffer ou se vernir les ongles (arrêt du TF 9C_562/2016 du 13.1.2017).

3.1.6 Aller aux toilettes

8021
1/18 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). Si l'assuré est muni à demeure d'un cathéter avec stomie et cystofix (poche à porter jour et nuit), les conditions de ce domaine ne sont remplies que s'il ne peut pas vider ou changer la poche lui-même. Lorsqu'il est nécessaire d'utiliser un cathéter pour vider la vessie, on est en présence d'une manière inhabituelle de faire ses besoins et il y a lieu de reconnaître l'existence d'une impotence pour cet acte ordinaire de la vie, même si l'exigence de l'aide effective d'un tiers n'est pas remplie (arrêt du TF 8C_674/2007 du 6.3.2008). Il n'y a pas impotence lorsque l'assuré doit extraire manuellement ses selles du rectum. Cette manière

d'accomplir l'acte d'aller aux toilettes ne constitue pas une atteinte à la dignité humaine (arrêt du TF 9C_604/2013 du 6.12.2013).

- 8021.1
1/15 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 » (arrêt du TF 9C_633/2012 consid. 4.2.2), tout au moins dans la sphère privée. Si l'assuré n'a pas besoin d'une aide régulière et que l'acte d'aller aux toilettes peut encore, dans son ensemble, être accompli d'une façon qui ne peut être qualifiée de non conforme à la dignité humaine, il n'y a pas impotence (arrêt du TF 9C_604/2013).

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

- 8022 Il y a impotence lorsque l'assuré, bien qu'il dispose de moyens auxiliaires, ne peut plus se déplacer lui-même 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
1/18 L'aide est *régulière* lorsque l'assuré en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour (arrêt du TF 9C_562/2016 du 13.1.2017). 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 » [ATF 107 V 136]),
- ou qu'il ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle (ATF 106 V 153) 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 [ATF 117 V 146]).
- 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 (arrêt du TF 9C_839/2009). 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 (ATF 121 V 88), l'accompagnement aux toilettes ainsi que l'aide apportée pour s'y asseoir et se relever (arrêt du TFA H 150/03).

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 (ATF 133 V 450).
- 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 ; I 402/03).

3.3 Soins permanents (médicaux ou infirmiers)

- 8032
1/17 Les soins ne se réfèrent pas aux actes ordinaires de la vie, mais comprennent des prestations d'aide médicale ou infirmière qui sont nécessaires en raison de l'état physique ou psychique de l'assuré et qui sont prescrites par un médecin. 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 (ATF 107 V 136). Le fait d'accompagner le patient lorsqu'il se rend chez le médecin ou se déplace pour une thérapie ne peut pas être pris en compte au titre des soins.

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 Abrogé
1/18

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 spécialement nécessaire en raison de l'état de santé de l'assuré (sur le plan physique, psychique ou mental). 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 (arrêt du TF 9C_608/2007). En principe, peu importe l'environnement dans lequel celui-ci se trouve. En évaluant l'impo-

tence, 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'impotence grave, étant donné que, par définition, l'impotence grave présuppose que l'assuré dépend régulièrement de l'aide d'autrui pour l'accomplissement de tous les actes ordinaires de la vie (ATF 106 V 153). 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) [ATF 107 V 145].

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 (arrêt du TFA I 373/92 consid. 3b/cc ; arrêt du TF 9C_608/2007).

8039 Abrogé
1/18

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
1/18 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 a 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 ch. 8005 ss et 8109). Les prestations d'aide prises en considération doivent poursuivre cet objectif.

On entend par là les exigences minimales nécessaires pour vivre de manière indépendante et éviter de devoir être placé dans un home. Il n'y a accompagnement pour faire

face aux nécessités de la vie que si la personne, compte tenu de l'obligation de collaborer et de réduire le dommage, n'est pas en mesure de prendre suffisamment soin d'elle-même, c.-à-d. de se nourrir, de faire sa toilette, de s'habiller convenablement, d'entretenir un tant soit peu son logement, etc. Si cela n'est pas garanti, un placement en home est inévitable.

L'aide d'un tiers doit permettre à l'assuré de vivre chez lui de manière indépendante. Le fait que certaines activités soient effectuées plus lentement ou ne le soient qu'avec peine ou qu'à certains moments ne signifie pas que l'assuré, sans l'aide nécessaire pour ces tâches, devrait être placé en home ; ce besoin d'aide ne doit donc pas être pris en compte. Le fait qu'une personne ait bénéficié pour son ménage (nettoyage, lessive et repas), durant plusieurs années, du soutien prépondérant d'un conjoint ou d'un proche (mère, frère ou sœur, etc.) ne veut pas dire qu'en l'absence de ce soutien elle remplira forcément les conditions d'un accompagnement (arrêt du TF 9C_346/2013 du 22.1.2014).

- 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 (ATF 133 V 450 ; arrêt du TFA I 661/05 ; arrêt du TF 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, arrêt du TF 9C_691/2014).
3/16

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
1/18 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. questions de santé, d'alimentation et d'hygiène, activités administratives simples) ;
 - tenir son ménage.

L'aide pour structurer la journée comprend par exemple l'invitation à se lever, l'aide pour fixer des heures de repas et les respecter, l'observation d'un rythme entre jour et nuit, la pratique d'une activité, etc. Le soutien pour faire face aux situations qui se présentent tous les jours comprend aussi des instructions, des invitations à agir, etc. En matière d'hygiène, par exemple, on rappelle à l'assuré de se doucher. Mais si l'assuré a besoin d'aide directe pour se doucher, cette aide sera prise en compte sous l'AOV

« faire sa toilette » et non dans l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Relèvent du ménage des tâches telles que nettoyer son logement et y faire de l'ordre, faire la lessive et préparer les repas, etc. Mais les prestations d'aide requises doivent toujours être évaluées sous l'angle du risque d'abandon : il faut donc toujours examiner si, sans l'aide en question, l'assuré devrait être placé dans un home (ch. 8040). Si par exemple une personne ne peut plus faire son repassage elle-même, elle ne doit pas pour autant être placée dans une institution. Des activités de ce type ne peuvent donc pas être considérées comme un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

8050.1 Abrogé
1/18

8050.2 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, arrêt du TFA I 661/05).

8050.3 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 (arrêt du TF 9C_28/2008 du 21.7.2008).

Il faut 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 n'ait d'autre choix que d'entrer dans un home (ch. 8040).

En l'occurrence, il faut tenir compte de l'obligation de réduire le dommage : il convient par exemple d'envisager le recours à des cours ou à des thérapies pour apprendre à

utiliser des moyens auxiliaires adaptés afin d'exécuter les tâches ménagères (arrêt du TF 9C_410/2009 du 1.4.2010). Il faut notamment prendre en considération l'aide des autres membres de la famille (cf. ch. 8085), surtout pour la tenue du ménage. Il faut se demander ici comment une communauté familiale raisonnable s'arrangerait si elle ne pouvait compter sur aucune prestation d'assurance (ATF 133 V 504, arrêt du TFA I 228/06). Cette aide va plus loin que le soutien auquel on peut s'attendre en l'absence d'atteinte à la santé. Lorsque l'assuré vit dans le même ménage que des membres de sa famille, on est en droit d'exiger que ceux-ci apportent leur aide pour le ménage. On peut également attendre des enfants qu'ils aident au ménage, mais on doit alors tenir compte de leur âge.

3.5.2.2 Accompagnement pour les activités hors du domicile

8051
1/18 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. ; arrêt du TF 9C_28/2008 du 21.7.2008). En cas de limitations purement ou essentiellement fonctionnelles, l'aide doit être attribuée à l'acte de se déplacer.

3.5.2.3 Accompagnement pour éviter l'isolement durable

8052
1/18 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 (arrêt du TF 9C_543/2007 du 28.4.2008). 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 (arrêt du TFA 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 (ATF 133 V 450).

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'inaptitude 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
3/16 Les sourds aveugles et les sourds gravement atteints de la vue (ch. 8065 et 8065.1) sont considérés comme gravement impotents. Aussi n'est-il pas nécessaire d'effectuer une enquête pour déterminer le degré d'impotence. Les enfants sourds et aveugles ainsi que les enfants sourds gravement atteints de la vue ont droit à l'allocation pour impotence grave au plus tôt dès l'âge de 5 ans. Le cas échéant, ils peuvent toutefois bénéficier d'une allocation pour impotence faible auparavant déjà (ch. 8067).

- 8056.1
1/18 Il y a *surdité* à partir d'un degré de déficience auditive de 100 % ou à partir d'un seuil d'audibilité de 120 dB (Recommandation 02, www.biap.org). On admet qu'il y a *déficience auditive profonde approchant de la surdité* à partir d'un seuil d'audibilité corrigée de 90 dB dans la plage de fréquences comprise entre 500 et 4000 Hz (voir Martin Kompis : *Audiologie*, 2016). Les aveugles ou les personnes gravement atteintes de la vue qui présentent en parallèle une déficience auditive approchant de la surdité ont droit à une allocation pour impotent de degré moyen (arrêt du TF 8C_863/2011 du 20 septembre 2011).

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 (pour la définition des soins, voir ch. 8032 ss) 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
1/18 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 (arrêts du TF 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'astrei-

gnante 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. On peut citer comme exemples d'aspects qualitatifs rendant les soins astreignants une forte spasticité, des soins sur une peau hypersensible (par ex. en cas d'épidermolyse bulleuse) ou encore des soins infirmiers prodigués de nuit (entre 22 h et 6 h). Pour la détermination du besoin de soins, il faut déduire les éventuelles prestations de soins pédiatriques à domicile visées à l'art. 13 LAI.

Exemple

Un enfant a besoin de différentes interventions de soins. Ce besoin est de 4 heures par jour en moyenne. Quelques-unes de ces interventions ont lieu de nuit. Le service de soins à domicile vient chaque jour donner des soins à l'enfant pendant une heure et demie. L'enfant n'a pas droit à une API pour impotence faible en raison de soins astreignants, parce que le surcroît de temps moyen est de deux heures et demie par jour et que seul un moment peut être qualifié d'astreignant.

- 8058.1
1/17
- Peuvent être pris en compte en tant que soins particulièrement astreignants, par exemple, des soins complexes de la peau en cas d'épidermolyse bulleuse, des mesures de thérapie respiratoire et des inhalations ou encore des exercices de mobilité (prescrits par un médecin). Si le besoin d'aide concerne un acte ordinaire de la vie, c'est à ce titre que le temps supplémentaire doit être pris en compte, et non à celui de soins astreignants.

Exemple 1

La nourriture par sonde concerne l'acte de manger, c'est donc à ce titre qu'il faut prendre en compte un éventuel surcroît de temps pour le processus d'alimentation. En revanche, l'entretien de la sonde peut être reconnu en tant que soins.

Exemple 2

Le recours au cathéter constitue une manière inhabituelle de faire ses besoins et il y a donc impotence pour cet acte ordinaire de la vie. Le surcroît de temps nécessaire à la ponction doit être imputé à cet acte ; le maintien d'un milieu stérile lors de la préparation et du suivi de l'acte fait partie des soins. L'entretien d'une stomie (désinfection, application d'onguent, fixation) doit également être attribué aux soins ; par contre, l'aide éventuellement nécessaire pour changer la poche doit être prise en compte au titre de l'acte d'aller aux toilettes.

Exemple 3

La nécessité de langer l'enfant plus souvent (par ex. mucoviscidose) doit être prise en compte au titre de l'acte d'aller aux toilettes et non au titre des soins.

- 8059
1/18 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 les assurés qui souffrent de mucoviscidose (arrêt du TF 9C 384/2013 du 10.10.2013) ou pour ceux qui doivent se soumettre à une hémodialyse à domicile, on ne saurait supposer d'office une impotence faible.
- 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 doit 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
1/14 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, pas avant l'âge de 5 ans) ;
 - 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, pas avant l'âge de 5 ans.

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 : isoptère III/4 sur le périmètre de Goldmann). 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.

8065.1 *Grave handicap de l'ouïe* : on admet qu'il y a grave
1/18 *handicap de l'ouïe* (déficiência auditive sévère, profonde, approchant de la surdité, surdité) chez les enfants à partir d'un degré de déficiência auditive corrigée de 60 % (selon Feldmann 2001, Probst 2004) ou à partir d'un seuil d'audibilité corrigée de 55 dB dans la plage de fréquences comprise entre 500 et 4000 Hz (voir Martin Kompis : *Audiologie*, 2016).

- 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 (arrêt du TFA I 114/98).
- 8067
1/18 Les *enfants atteints d'un grave handicap de l'ouïe* ont droit à une allocation pour une impotence de faible degré lorsqu'ils atteignent au minimum les valeurs indiquées au ch. 8065.1 et ont en plus 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 pédago-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 pédago-thérapeutique (ATF 140 V 343) 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 considération 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
1/18 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).

Pour garantir l'égalité de droit dans le calcul du droit aux prestations, des limites maximales ont été fixées pour le surcroît de temps pouvant être pris en compte. L'annexe IV

indique ces limites ainsi que le temps normalement consacré à l'assistance des mineurs non handicapés.

- 8075
1/18
- 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 séquences ludiques au cours d'une mesure médicale ou thérapeutique ne peuvent pas être prises en compte. Elles sont considérées comme des séquences didactico-méthodologiques qu'on effectue aussi avec un enfant en bonne santé.

Une activité de nature thérapeutique intégrée dans le déroulement de la journée (par ex. éplucher des légumes) ne peut pas non plus être prise en compte (cf. ch. 8077.2).

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, anale ou transdermique jusqu'à 15 ans n'entre pas dans cette catégorie) ;

- 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
1/18 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) ;
 - 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, mise en place de moyens auxiliaires) ;
 - changement de positions, mobilisation
 - accompagnement pour se rendre chez le médecin ou à des séances de thérapies pour lesquelles l'AI (ou l'assurance-maladie obligatoire, par analogie au ch. 8077.1) a accordé une garantie de prise en charge.

8076.1
1/18 Les vacances doivent être prises en compte dans le calcul du temps consacré à l'accompagnement pour se rendre chez le médecin ou à une séance de thérapie.

Exemple

L'enfant se rend une fois par semaine à une séance d'ergothérapie. Ce trajet prend 40 minutes, à l'aller comme au retour. Le cabinet est fermé deux semaines à Noël et trois

semaines pendant l'été. En outre, l'enfant a deux semaines de vacances en avril. Calcul du SSI :

$$40 \times 2 \times 45 (52 - (2 + 3 + 2)) / 365 = 9,86 \text{ minutes par jour.}$$

- 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 1/18 Si une assurance sociale (AI ou assurance-maladie obligatoire) prend en charge les coûts d'une thérapie donnée, le temps consacré à domicile à des exercices dans le contexte ou en soutien de cette thérapie peut être pris en compte dans le cadre du supplément pour soins intenses.
- 8077.2 1/18 Le temps consacré à domicile à des exercices pour cette thérapie ou en soutien à cette thérapie ne peut être pris en compte dans le cadre du supplément pour soins intenses que pour les jours où aucune thérapie n'a lieu. Des activités de nature thérapeutique intégrées dans le déroulement quotidien (par ex. monter les escaliers, faire du vélo, ouvrir des bouteilles) ne peuvent pas être prises en compte.

Exemple

L'enfant se rend une fois par semaine à une séance de physiothérapie. Il doit faire chaque jour 20 minutes d'exercices à la maison. Peuvent être pris en compte 6 jours à 20 minutes, soit 120 min. : 7 jours = 17,14 min./jour.

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 - 8039 sont applicables par analogie. On veillera surtout à comparer le comportement de l'enfant avec celui d'un enfant du même âge ne souffrant d'aucun handicap (ATF 137 V 424). Normalement aucune surveillance n'est reconnue avant l'âge de six ans, vu que même les enfants en bonne santé ont besoin de surveillance avant cet âge (exceptions v. Annexe III).

Il y a surveillance en particulier lorsque :

8078.1 – **l'enfant pourrait se mettre en danger ou constituer un danger pour des tiers.**
1/18

La situation de danger et la surveillance qui en découle doivent continuer de subsister malgré les mesures prises pour réduire le dommage (parc pour enfant, babyphone, caches couvrant les prises électriques, sécurités aux fenêtres, aux portes, aux plaques de cuisson, etc.).

Exemple

Un enfant de 9 ans ne saisit pas les dangers. Il va sans cesse examiner les prises électriques. L'eau exerce aussi sur lui une grande attirance, et il essaye tout le temps d'ouvrir tous les robinets. Malgré les mesures prises pour réduire le dommage (caches couvrant les prises, notamment), les risques ne sont pas exclus. Une surveillance s'avère donc nécessaire.

Si, dans la même situation, l'enfant n'a que 5 ans, la surveillance ne peut pas être reconnue vu qu'elle est encore normale à cette âge.

- 8078.2 – **la surveillance personnelle se caractérise par une certaine intensité**, qui dépasse le besoin de surveillance d'un enfant du même âge ne souffrant d'aucun handicap (arrêt du TF 9C-431/2008 du 29.02.2009).
1/18
- 8078.3 Chez les mineurs, une surveillance permanente est automatiquement reconnue dans le cadre du SSI avec un forfait de 2 heures. Contrairement à ce qui se fait chez les adultes, il faut donc lui accorder une grande importance même dans les cas d'impotence grave.
1/18
- 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. Cela signifie que cette personne doit se trouver en permanence à proximité immédiate de l'assuré, car un bref moment d'inattention pourrait de façon très probable mettre en danger la vie de ce dernier ou provoquer des dommages considérables à des personnes ou à des objets. En raison de la nécessité d'assurer cette assistance ou cette surveillance en permanence, la personne qui en est chargée ne peut guère se consacrer à d'autres activités. En outre, des mesures doivent avoir déjà été prises pour protéger l'assuré et son entourage afin de réduire le dommage, sans pour autant qu'il en résulte une situation qu'on ne saurait raisonnablement exiger de l'entourage.
1/18

Si des instruments de surveillance (moniteur, alarme) peuvent être utilisés, il ne faut pas considérer d'office qu'il y a surveillance particulièrement intense.

La nécessité d'une surveillance pendant la nuit ne constitue pas une condition pour la reconnaissance d'une surveillance particulièrement intense.

Exemple 1

Un enfant ne reconnaît pas 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.

Exemple 2

Un enfant souffre d'une forme grave d'épilepsie. Il a tous les jours plusieurs attaques en série qui surviennent brusquement et lors desquelles sa respiration s'interrompt. La personne qui l'assiste doit donc rester très attentive, se tenir en permanence à proximité immédiate de lui et être à tout moment prête à intervenir.

- 8079.1
1/18 Le surcroît de temps de 120 minutes en cas de surveillance ou de 240 minutes en cas de surveillance particulièrement intense liée à l'atteinte à la santé (art. 39, al. 3, RAI) correspond à des forfaits et non au surcroît de temps effectif. Ces durées servent uniquement au calcul du droit au supplément pour soins intenses.
- 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 (arrêt du TF 9C_410/2009). 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. Cependant, une automobile remise par l'AI à des fins professionnelles n'exclut pas pour autant une impotence concernant des trajets privés (ATF 117 V 146). 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 (arrêt du TF 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. Toutefois un simple décalage dans l'acquisition d'un acte ordinaire de la vie ne suffit pas pour prendre en considération le besoin d'aide dans cet acte (arrêt du TF 9C_360/2014).
- 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 1/18 – 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 (cf. annexes III et IV). 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 (ATF 137 V 424). Tel est en particulier le cas pour l'aide indirecte. Tout enfant a besoin de rappels et de contrôles répétés pour se lever, aller au lit, se laver les mains, etc. Une aide éventuelle ne peut donc être reconnue que si elle atteint une certaine intensité et qu'elle dépasse manifestement la mesure habituelle.
- 8089 1/18 Abrogé
- 8090 – Ne sont déterminantes que l'aide et la surveillance objectivement requises pour les soins à donner, c'est-à-dire 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 (ATF 137 V 351).
- 8092.1
1/18 En complément à l'art. 48, al. 1 et 2, LAI le droit au paiement de prestations arriérées existe aussi lorsque les personnes énumérées à l'art. 66, al. 1, RAI n'ont pas agi à la place de l'assuré, alors qu'elles étaient légitimées à le faire (application par analogie de la pratique antérieure selon RCC 1983 p. 384, 1977 p. 52, ATF 139 V 289). Dans ce cas, les prestations seront accordées à l'assuré dès le moment où toutes les conditions étaient objectivement réalisées pour le droit à l'allocation pour impotent. Le paiement des prestations arriérées ne peut toutefois s'effectuer rétroactivement que dans un délai de cinq ans à compter du mois pendant lequel la demande a été présentée.
- 8093
1/17 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 2016. En août 2016, son état de santé s'aggrave. Elle souffre dès lors d'une impotence grave. A l'échéance du délai d'attente, en mai 2017, le degré moyen d'impotence calculé pendant le délai d'attente s'élève à 65 % ($3 \times 20 \% + 9 \times 80 \% = 780 \% ; 780 \% : 12 = 65 \%$). 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 2017, à une allocation pour impotent de degré moyen. A partir du 1^{er} août 2017, 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 2017 ; 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 le forfait n'est versé que proportionnellement.
- 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 rémunérés 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
1/14 Pour un assuré percevant une allocation pour impotence 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).
- 8112.2
3/16 Si l'ayant droit perçoit une allocation pour impotence moyenne en raison d'une impotence dans au moins deux actes ordinaires de la vie ainsi que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie et qu'il entre dans un home, cela ne constitue pas un motif de révision, mais la disparition d'une condition d'octroi (art. 35, al. 2, RAI). Le droit aux prestations s'éteint à la fin du mois. L'assuré n'a dès lors plus droit qu'à une allocation pour impotence faible (quart du montant).

Exemple

Un assuré vit à domicile et perçoit une allocation pour impotence moyenne (2 AOV + accompagnement). Il entre en home le 24 octobre 2013. A partir du 1^{er} décembre 2013, il ne touche plus qu'une allocation pour impotence faible (quart du montant). Explication : l'entrée en home le 24 octobre 2013 correspond à une entrée en home au mois de novembre 2013 (ch. 8003.1). Dès le mois de novembre, l'assuré ne remplit donc plus les conditions d'octroi d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. De ce fait, le droit à cette prestation s'éteint à la fin du mois correspondant (art. 35, al. 2, 2^e phrase, RAI). Autrement dit, ce droit s'éteint en novembre (entrée en home), le droit à l'allocation pour impotence moyenne s'éteint par conséquent fin novembre et, à partir de décembre, l'assuré n'a plus droit qu'à une allocation pour impotence faible. Pour ce qui est du montant appliqué, l'art. 82, al. 2, RAI précise

que lorsque l'assuré change de lieu de séjour déterminant pour fixer le montant de l'allocation, le nouveau montant est pris en compte à partir du mois suivant. Autrement dit, le lieu de séjour ayant changé en novembre, c'est à partir de décembre qu'il n'est plus versé que le quart du montant.

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
3/16 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 intensifs destiné aux mineurs (ch. 8074 ss). Lorsque le degré d'impotence change en raison de l'arrivée à un âge donné (selon le tableau de l'annexe III), il ne faut pas, par analogie avec le ch. 4008.1, tenir compte du délai de trois mois prévu à l'art. 88a, al. 2, RAI. Ces dispositions s'appliquent également lorsque le bénéficiaire mineur d'une allocation pour impotent accède à la majorité.
- 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 relation avec les art. 87 à 88^{bis} RAI, n'est pas applicable. Le nouveau montant de l'allocation pour impotent doit être fixé compte tenu 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^{ère} 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 Abrogé
1/18
- 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 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-
1/13

AVS/AI ; ch. 3151.02, 3151.03, 3151.05 et 3151.06 DPC, arrêt du TF 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
1/18 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 le degré d'impotence reste le même 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 (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). 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). Cependant, si le bénéficiaire d'une allocation pour impotence faible entre en home après avoir atteint l'âge de la retraite, il perd son droit à l'allocation.

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 2015 : 1175 francs par mois, soit 50 % de la rente de vieillesse *maximale*). En mars 2015, 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 2015 : 1175 francs par mois).

8123.1
1/18 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 2015 : 1175 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 2015 : 588 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 2015 : 588 francs par mois).

Exemple 2

Une assurée invalide qui habite dans son appartement percevait une allocation pour impotence faible de l'AVS dont le montant équivalait, avec la garantie des droits acquis, au montant intégral de l'allocation pour impotence faible versée par l'AI (au 1^{er} janvier 2015 : 470 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 d'octobre (au 1^{er} janvier 2015 : 235 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 2015 : 470 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.
1/18

Exemple 1

Un assuré reçoit une allocation pour impotence faible depuis le 1^{er} janvier 2012. Le 25 juin 2012, il entre dans un home. A partir d'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 de septembre 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 d'octobre 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 et une allocation pour impotence moyenne dès le mois d'avril 2011.

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
1/15 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 2015 : 1175 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 2015 : 940 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 2015 : 1175 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 2015 : 470 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 2015 : 588 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
1/15

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'AVS pour le degré d'impotence correspondant.

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 2015 : 1175 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'AVS (au 1^{er} janvier 2015 : 235 francs par mois, soit 20 % de la rente de vieillesse *minimale* ; ATF 137 V 162).

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
1/18 Si les rapports médicaux ou les indications fournis sont insuffisants ou incomplets, l'office AI prend contact avec le 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 3/16 Lorsque l'assuré mineur est soigné à la maison, la facture doit être établie par les parents ou les parents nourriciers.
- 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'infirmité et la possibilité de se déplacer à l'aide d'un fauteuil roulant.
- 8147
- Si l'office AI conclut qu'il pourrait y avoir une impotence pour un autre motif que ceux traités ci-dessus, il soumettra le dossier à l'OFAS avec une proposition.

2. Allocation pour impotent de l'AVS

- 8148
- La caisse de compensation ou les organes des PC examinent si l'assuré a droit à une rente AVS ou à des presta-

tions complémentaires. L'évaluation de l'impotence à l'intention de la caisse de compensation ou des organes des PC incombe à l'office AI (art. 43^{bis}, al. 5, 2^e phrase, LAVS).

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, 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^{er}, 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 (arrêt du TF 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 (arrêt du TF 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).

5^e partie : Disposition finale

- 10.001 La présente circulaire entre en vigueur le 1^{er} janvier 2018.
Elle remplace la version en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017.

Annexe I : Formulaires

Les offices AI peuvent utiliser leurs propres formulaires en lieu et place des formulaires officiels disponibles à l'adresse <https://www.ahv-iv.ch/fr/Mémentos-Formulaires/Formulaires/Prestations-de-IAI> à condition que leur contenu et leur structure soient analogues à ceux des formulaires officiels. En pareil cas, l'office AI doit remettre un exemplaire de son propre formulaire à l'OFAS. Sont exclus de cette réglementation les formulaires officiels de demande qui doivent être utilisés à l'exclusion de tout autre.

Annexe II : Calcul de l'incapacité de travail moyenne et du délai d'attente à l'aide d'un exemple (voir ch. 2017 ss)

1/17

Exemple

Un agriculteur a été en incapacité de travail pendant des années à raison de 20 %. Du 15 octobre au 31 décembre 2016, il l'était à 100 % et, depuis le 1^{er} janvier 2017, 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

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

$$b = 78 \text{ jours (15.10.-31.12.2016)}$$

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

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 2017 (36 jours à 50 % en 2017).

Annexe III : Recommandations concernant l'évaluation de l'impotence déterminante chez les mineurs

1/18

Les recommandations ci-dessous représentent des normes de référence qui ne s'appliquent pas impérativement dans tous les cas. Dans la plupart des cas, 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. Dans cet esprit, ces recommandations seront appliquées avec souplesse.

Age moyen, déterminant pour le début du délai d'attente, à prendre en compte pour le surcroît de soins dû à l'invalidité, nécessaire à l'accomplissement des actes ordinaires de la vie	Remarques
1. Se vêtir et se dévêtir	
<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.</p> <p>A 5 ans, il met ses chaussures au bon pied et remarque l'endroit et l'envers des habits. Il peut en général s'habiller et se déshabiller seul.</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). Les boutons ne lui posent plus de difficultés.</p> <p>A partir de 10 ans, il n'a plus besoin de contrôle. Le choix des vêtements est aussi adéquat la plupart du temps.</p>	<p>Dès le début du surcroît de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pose de prothèses et d'orthèses – En cas de forte spasticité (par ex. IMC) – Pour les problèmes cutanés complexes (épidermolyse bulleuse, dermatite atopique ou maladies similaires)

Age moyen, déterminant pour le début du délai d'attente, à prendre en compte pour le surcroît de soins dû à l'invalidité, nécessaire à l'accomplissement des actes ordinaires de la vie	Remarques
2. Se lever, s'asseoir, se coucher	
<p>A 15 mois, il se tient debout sans aide. Il peut changer de position seul (passer de la position assise à la position debout ou couchée et inversement).</p> <p>A 24 mois, il s'assoit seul sur une chaise ou à table et peut aller au lit et se lever tout seul.</p>	<p>Lorsqu'un enfant de plus de 24 mois doit être porté pour être placé dans un lit à barreaux ou pour en être sorti, cette aide peut être prise en considération uniquement lorsque l'utilisation d'un lit à barreaux s'impose pour des raisons de santé.</p> <p>Surcroît de soins dès 4 ans : Se lever régulièrement la nuit, pour ramener l'enfant au lit et le calmer, de sorte qu'il faut attacher l'enfant dans le lit.</p> <p>Surcroît de soins dès 8 ans : Rituels pour aider l'enfant à s'endormir, s'ils sont nécessaires pour des raisons de santé et qu'ils dépassent la mesure normale.</p>
3. Manger	
<p>A 13 mois, l'enfant peut boire seul au biberon et manger lui-même de petits morceaux (de biscuit ou de fruits) avec les doigts.</p> <p>A 18 mois, l'enfant peut manier sa cuillère avec assurance, de</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 (2 ans),

Age moyen, déterminant pour le début du délai d'attente, à prendre en compte pour le surcroît de soins dû à l'invalidité, nécessaire à l'accomplissement des actes ordinaires de la vie	Remarques
<p>même que sa tasse, qu'il sou-ève et repose seul lorsqu'il a bu.</p> <p>A 3 ans, il n'a plus que rarement besoin d'aide pour manger de la nourriture coupée en morceaux. Il sait se servir d'une cuillère et d'une fourchette.</p> <p>A 6 ans, il peut couper lui-même ses aliments (excepté les ali-ments relativement durs comme la viande, etc.). Il se sert de ses couverts sans plus aucun pro-blème.</p> <p>A 8 ans, l'enfant mange de façon indépendante y compris les ali-ments relativement durs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – l'alimentation par sonde (dès le début du surcroît de soins), – la surveillance en raison de risque d'étouffement en mangeant (par ex. épilepsie), ch. 8031 (dès 13 mois), – des repas plus fréquents (à partir de cinq repas par jour, par ex. en cas de troubles du métabolisme et d'affections de l'estomac et des intes-tins ; dès le début du surcroît de soins), – pour les enfants autistes / hérétiques : devoir continuel-lement les ramener à table pendant qu'ils mangent (dès 6 ans).
4. Se laver, se coiffer, prendre un bain / une douche	
<p>A 6 ans, l'enfant n'accepte plus volontiers d'aide pour son hy-giène. Un contrôle est cependant encore nécessaire.</p> <p>A partir de 8 ans, il peut se laver les cheveux et se coiffer en étant contrôlé.</p> <p>A partir de 10 ans, il n'a plus be-soin de contrôle régulier.</p>	<p>Surcroît de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> – en cas de handicap profond, quand, pour des raisons médi-cales, deux personnes sont nécessaires pour lui donner le bain (dès 4 ans).

Age moyen, déterminant pour le début du délai d'attente, à prendre en compte pour le surcroît de soins dû à l'invalidité, nécessaire à l'accomplissement des actes ordinaires de la vie	Remarques
5. Aller aux toilettes	
<p>A 3 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, l'enfant ne « mouille » plus. Il peut aller seul aux toilettes, mais a encore besoin de contrôle (propreté, rhabillage).</p> <p>A 6 ans, l'enfant peut s'essuyer lui-même et se rhabiller tout seul.</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 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.
6. Se déplacer, dans le logement ou à l'extérieur, entretenir des contacts sociaux	
<p>A 10 mois un enfant peut se déplacer à 4 pattes (9C-360/2014)</p> <p>A 15 mois, un enfant peut marcher seul.</p> <p>A 3 ans, il peut monter seul les escaliers.</p> <p>A partir de 5 ans, l'enfant noue des contacts sociaux dans son environnement proche. Son langage est la plupart du temps compréhensible, même pour ceux qui ne le connaissent pas. Il</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 4 ans, en cas d'épilepsie, en ce qui concerne la surveillance personnelle en cas de crises presque journalières entraînant un risque de chute, ch. 8031.</p>

<p>Age moyen, déterminant pour le début du délai d'attente, à prendre en compte pour le surcroît de soins dû à l'invalidité, nécessaire à l'accomplissement des actes ordinaires de la vie</p>	Remarques
<p>fait seul le trajet sans danger qui mène à l'école. Il connaît les règles sociales et peut tenir une conversation.</p> <p>A partir de <i>8 ans</i>, l'enfant a conscience des règles de la circulation et peut apprécier les dangers.</p>	
Soins de longue durée	
<p>A <i>15 ans</i>, 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 (par ex. orthèses) – les changements de position nécessaires, par ex. en raison d'escarres, pour assurer la mobilité des parties du corps paralysées – les inhalations – la pose de bandages – la pose de bas de soutien. 	

Age moyen, déterminant pour le début du délai d'attente, à prendre en compte pour le surcroît de soins dû à l'invalidité, nécessaire à l'accomplissement des actes ordinaires de la vie	Remarques
Surveillance personnelle	
<p>Avant l'âge de <i>6 ans</i>, une surveillance personnelle ne doit en règle générale pas être prise en considération.</p> <p>Mais en fonction de la situation et du degré de gravité, on peut reconnaître un besoin de surveillance pour les enfants dès 4 ans déjà lorsqu'ils sont sujets à des crises d'épilepsie impossibles à prévenir par des moyens médicamenteux ou qu'ils présentent un autisme infantile.</p> <p>Avant l'âge de <i>8 ans</i>, une surveillance particulièrement intense ne doit en règle générale pas être prise en considération.</p>	<p>En cas de risque d'étouffement suite à de fréquents vomissements, il faut prendre en compte une surveillance dès le départ.</p> <p>En cas de problèmes respiratoires, la surveillance n'est pas forcément nécessaire (dépend du degré de gravité et de l'applicabilité de mesures non personnelles : surveillance par moniteur, etc.).</p>
Cas particuliers d'impotence faible	
<ul style="list-style-type: none"> – Enfants soumis à une hémodialyse à domicile (ch. 8063) – Enfants aveugles ou gravement handicapés de la vue ainsi que les enfants physiquement gravement handicapés dès <i>5ans</i> (ch. 8065 et 8068). – Enfants atteints de surdité grave pour lesquels une assistance régulière et importante de la part des parents ou de 	<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>

Age moyen, déterminant pour le début du délai d'attente, à prendre en compte pour le surcroît de soins dû à l'invalidité, nécessaire à l'accomplissement des actes ordinaires de la vie	Remarques
tiers est nécessaire pour encourager la capacité de communication, dès l'introduction des mesures thérapeutiques à but pédagogique (ch. 8067).	
Cas particulier d'impotence grave	
– Les sourds aveugles et les sourds gravement handicapés de la vue dès 5 ans (ch. 8056).	

Les recommandations et les âges indiqués sont fondés sur diverses sources, dont la majorité sont énumérées ci-dessous. Ces sources donnent la plupart du temps des fourchettes. L'OFAS a repris soit la valeur moyenne, soit la limite supérieure, en veillant à multiplier le moins possible les classes d'âge. Le tableau a été soumis pour avis à la Société suisse de pédiatrie.

Brazelton, T. Berry (1994) : Points forts. Tome 1 : De la naissance à 3 ans. Paris : Librairie générale française.

Dixon, Suzanne D. ; Stein, Martin T. (2006). Encounters with children : pediatric behavior and development (4th ed.). Philadelphia : Mosby Elsevier.

Fiche d'information sur le Denver Developmental Screening Test. In : Gortner, Ludwig ; Meyer, Sascha ; Sitzmann, Friedrich Carl (2012). Pädiatrie (4^e édition). Stuttgart : Georg Thieme Verlag.

Ferland, Francine (2004). Le développement de l'enfant au quotidien. Du berceau à l'école primaire. Editions de l'Hôpital Sainte-Justine.

Herzka, Heinz S. ; Ferrari, Bernardo ; Reukauf, Wolf (2001). Das Kind von der Geburt bis zur Schule (7^e édition, refondue et augmentée). Basel : Schwabe & Co. AG Verlag.

Largo, Remo (2010). Babyjahre (nouvelle édition mise à jour). München-Zürich : Piper

Annexe IV : Valeurs maximales et aide en fonction de l'âge

1/18

Le temps nécessaire à l'aide apportée en fonction de l'âge est fondé sur l'expérience de divers offices AI.

Il s'agit de valeurs moyennes. Le tableau a été soumis pour avis à la Société suisse de pédiatrie.

Les valeurs maximales du temps pouvant être pris en considération ont pour base le formulaire FAKT. On a tenu compte à cet égard du fait que les temps qui y sont inscrits correspondent au besoin d'aide d'une personne adulte. Des adaptations ont donc été apportées en fonction de l'âge, l'aide prenant moins de temps pour un mineur que pour un assuré adulte du fait que le poids et la taille sont moindres. C'est seulement à partir de 10 ans que le besoin d'aide en temps est analogue à celui qui peut être pris en considération pour un adulte.

En outre, d'autres surcroûts de temps ont été pris en considération. En l'occurrence, on a repris des valeurs qui sont appliquées depuis plusieurs années et qui s'appuient sur diverses enquêtes auprès de foyers et de crèches ainsi qu'auprès de parents. Toutes ces valeurs ont été discutées en détail, au sein d'un groupe de travail formé de spécialistes de différents offices AI et ensuite vérifiées et soumises à des tests par d'autres offices AI.

Valeurs maximales par domaine	Aide en fonction de l'âge
1. Se vêtir et se dévêtir	
Jusqu'à 3 ans : 20 minutes	Jusqu'à 3 ans : 20 minutes
Jusqu'à 6 ans : 25 minutes	Jusqu'à 6 ans : 15 minutes
Jusqu'à 10 ans : 30 minutes	Jusqu'à 10 ans : 5 minutes
Après 10 ans : 35 minutes	Pas de déduction en cas de moyens auxiliaires
Surcroît de temps lié à une forte spasticité : 10 minutes	

Valeurs maximales par domaine	Aide en fonction de l'âge
<p>Surcroît de temps lié à un comportement récalcitrant (à partir de 3 ans) : 10 minutes</p> <p>Surcroît de temps lié à un problème cutané complexe : 10 minutes (jusqu'à 10 ans)</p> <p>Changement plus fréquent de vêtements (à partir de 3 ans) : 15 minutes / au maximum 5 minutes par fois. Ce supplément n'est accordé que si la fréquence accrue du changement de vêtements est une conséquence du handicap (sudation extrême, incontinence, forte salivation)</p> <p>Moyens auxiliaires servant à la préservation d'un acte ordinaire de la vie (par ex. prothèses / orthèses) : 15 minutes</p>	

Valeurs maximales par domaine	Aide en fonction de l'âge
2. Se lever, s'asseoir, se coucher (y c. aide indirecte)	
<p>Jusqu'à 3 ans : 10 minutes Jusqu'à 6 ans : 20 minutes Jusqu'à 10 ans : 25 minutes Après 10 ans : 30 minutes</p> <p>Surcroît de temps lié à un coucher compliqué, à une attache au lit, à un fauteuil roulant, à une table de verticalisation, à une chaise, à une forte spasticité : 15 minutes</p> <p>Surcroît de temps lié à l'aide d'une personne supplémentaire ou à l'utilisation d'un élévateur (à partir de 8 ans) : 10 minutes</p> <p>Surcroît de temps lié à un comportement récalcitrant</p> <ul style="list-style-type: none"> – dès 6 ans : 25 minutes – dès 10 ans : 30 minutes <p>Surcroît de temps durant la nuit (pour des raisons médicales)</p> <ul style="list-style-type: none"> – se lever, calmer l'enfant (à partir de 4 ans) : 30 minutes – le changer de position : 6 minutes 	<p>Jusqu'à 15 mois : 10 minutes Jusqu'à 2 ans : 5 minutes</p>
3. Manger	
<p>Jusqu'à 13 mois : 105 minutes Jusqu'à 18 mois : 90 minutes Après 18 mois : 60 minutes</p>	<p>Jusqu'à 13 mois : 105 minutes Jusqu'à 18 mois : 90 minutes Jusqu'à 3 ans : 60 minutes</p>

Valeurs maximales par domaine	Aide en fonction de l'âge
<p>Après 3 ans : surcroît de temps pour les goûters du matin et de l'après-midi : 10 minutes chacun</p> <p>Surcroît de temps lié à des problèmes de mastication ou de déglutition</p> <ul style="list-style-type: none"> – pour les repas principaux : 30 minutes – pour les goûters : 5 minutes chacun <p>Préparation de purées (à partir de 2 ans) : 10 minutes</p> <p>Découpage de la nourriture (à partir de 4 ans) : 5 minutes</p> <p>Alimentation par sonde :</p> <ul style="list-style-type: none"> – lorsque la présence d'un parent est nécessaire tout le long de la prise d'alimentation : 150 minutes ou – temps lié à des interventions concrètes pendant la prise d'alimentation : 150 minutes – temps de préparation et rangement de la sonde : 25 minutes <p>(Le temps lié à l'entretien de la sonde doit être comptabilisé dans la rubrique « Traitements »)</p> <p>Nécessité de ramener continuellement l'enfant à table ou</p>	<p>Jusqu'à 6 ans : 15 minutes</p> <p>Jusqu'à 8 ans : 5 minutes</p> <p>Après 3 ans : déduction générale de 75 min/jour (15 min pour le petit déjeuner et 30 min pour les repas principaux) pour le temps de présence à table, lorsque la mère ou le père peut manger aux côtés de l'enfant</p> <p>Après 12 ans : 30 min pour le temps de présence à table</p> <p>Il y a déduction soit du temps de présence normal à table, soit du temps pour un enfant du même âge sans problème de santé, mais pas des deux ensemble.</p> <p>Jusqu'à 6 ans : déduction de 10 min par goûter pour le temps de présence à table</p> <p>L'aide en fonction de l'âge doit aussi être déduite en cas d'alimentation par sonde, mais non le temps de présence normal à table.</p>

Valeurs maximales par domaine	Aide en fonction de l'âge
<p>surcroît de temps lié à un comportement récalcitrant</p> <ul style="list-style-type: none"> – pour les goûters : 5 minutes chacun – pour les repas principaux : <ul style="list-style-type: none"> • dès 6 ans : 25 minutes • après 10 ans : 30 minutes <p>Des repas plus fréquents (à partir de 5 repas par jour) : 30 minutes</p>	
4. Se laver, se coiffer, prendre un bain / une douche	
<p>Jusqu'à 6 ans : 30 minutes Jusqu'à 8 ans : 40 minutes Jusqu'à 10 ans : 50 minutes Après 10 ans : 60 minutes</p> <p>Surcroît de temps lié à l'aide d'une personne supplémentaire ou à l'utilisation d'un élévateur (à partir de 4 ans) : 20 minutes</p> <p>Surcroît de temps lié à un comportement récalcitrant (à partir de 6 ans) : 20 minutes</p>	<p>Jusqu'à 6 ans : 30 minutes De 6 à 8 ans : 15 minutes Jusqu'à 10 ans : 5 minutes</p>
5. Aller aux toilettes (transfert aux toilettes, se rhabiller, hygiène corporelle, vérification de la propreté)	
<p>Jusqu'à 6 ans : 30 minutes Jusqu'à 10 ans : 40 minutes Après 10 ans : 50 minutes</p>	<p>Jusqu'à 3 ans : 30 minutes par jour ; on part de l'hypothèse qu'il</p>

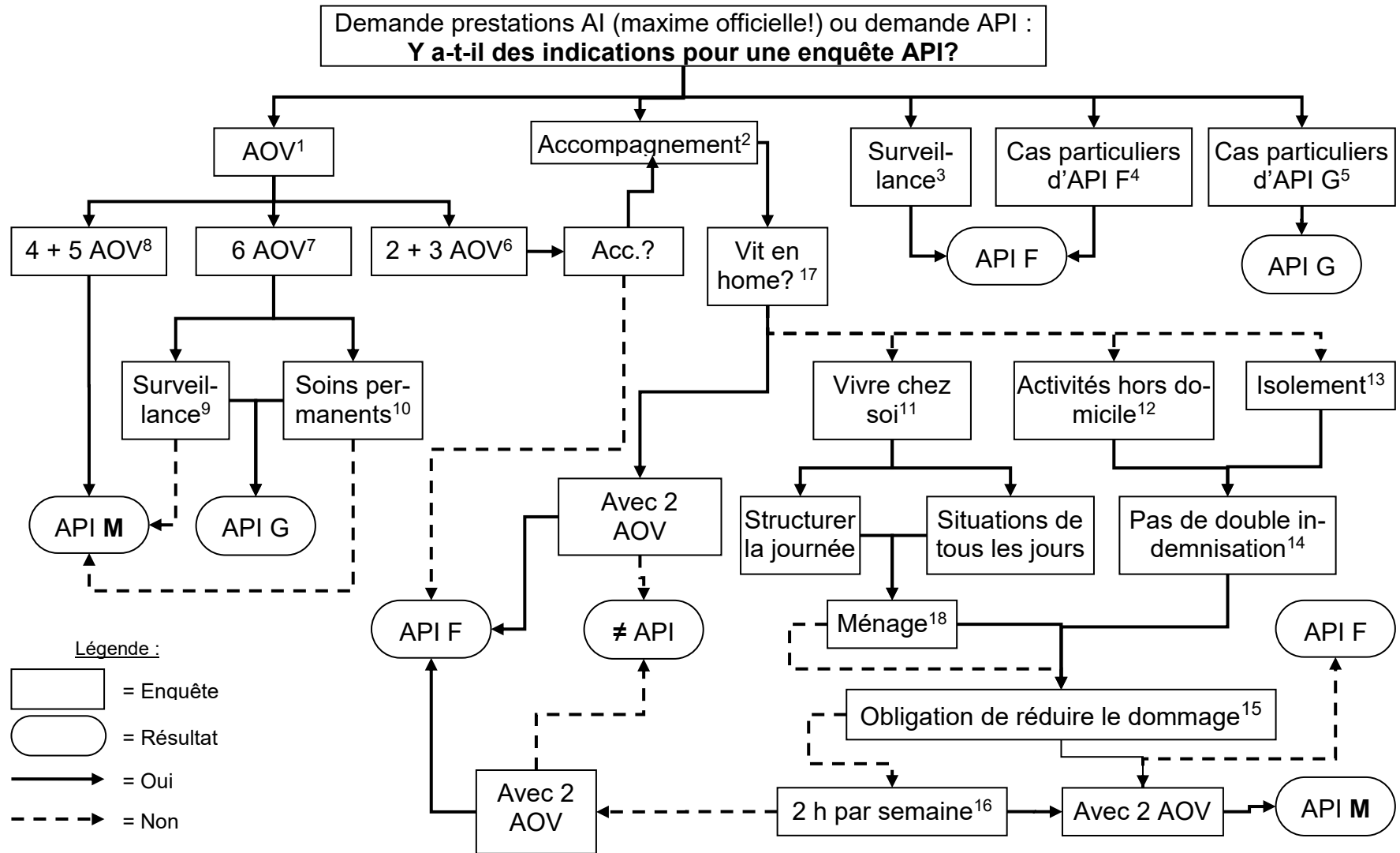
Valeurs maximales par domaine	Aide en fonction de l'âge
<p>Surcroît de temps lié à une forte spasticité : 10 minutes</p> <p>Surcroît de temps lié à l'entraînement à la continence (de 3 à 10 ans) : 20 minutes</p> <p>Surcroît de temps lié à la pose de cathéters : 60 minutes</p> <p>Surcroît de temps lié à des clystères : 5 minutes</p> <p>Surcroît de temps lié à des lavements : 5 minutes par fois (au maximum une fois par jour)</p> <p>Surcroît de temps lié à l'évacuation intestinale manuelle : 15 minutes par fois (au maximum une fois par jour)</p> <p>Surcroît de temps lié au changement fréquent des couches ou à l'accompagnement répété aux toilettes (à partir de 6 fois par jour) : 5 minutes par fois</p> <p>Surcroît de temps lié à un comportement récalcitrant (à partir de 3 ans) : 20 minutes</p>	<p>faut changer les langes six fois par jour</p> <p>Jusqu'à 4 ans : 10 minutes</p> <p>Jusqu'à 6 ans : 5 minutes</p>
6. Se déplacer, dans le logement ou à l'extérieur, entretenir des contacts sociaux	
	Aucune déduction
Soins de longue durée	
Administration de médicaments :	Aucune déduction

Valeurs maximales par domaine	Aide en fonction de l'âge
<ul style="list-style-type: none"> – par voie orale, rectale ou transdermique (à partir de 15 ans) : 1 minute par médicament – lorsque les médicaments doivent être introduits dans la bouche de l'assuré au prix de grands efforts, par ex. sous forme pilée, diluée, à l'aide d'une seringue ou sous la contrainte (sous réserve de l'approbation du SMR) : 5 minutes par médicament – par voie sous-cutanée, intramusculaire ou intraveineuse : 5 minutes par médicament – par sonde : 3 minutes chaque fois <p>Mesures diagnostiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> – mesure de la température : 1 minute chaque fois – contrôle de la glycémie, de la tension artérielle et du pouls : 5 minutes par jour <p>Entraînement pour rester debout / NF-Walker : 5 minutes chaque fois</p> <p>Inhalations :</p> <ul style="list-style-type: none"> – inhalations humides, avec nécessité d'une présence : 15 minutes chaque fois (y compris préparation et rangement) – inhalations humides (seulement préparation et rangement) : 5 minutes 	<p>Valeurs maximales indicatives pour</p> <ul style="list-style-type: none"> - aspiration des sécrétions : 180 minutes - mesures spéciales en cas de problèmes cutanés complexes : 180 minutes - soutien respiratoire : 60 minutes

Valeurs maximales par domaine	Aide en fonction de l'âge
<p>– inhalateur : 1 minute chaque fois</p> <p>Changement de la sonde :</p> <ul style="list-style-type: none"> - nouvelle pose de sondes (nasale ou gastrique) : 15 minutes chaque fois - soins de l'entrée des sondes (GEP, port), gastrostomie, bouton, Cystofix : 15 minutes chaque fois - attache, soin de la peau et contrôle de la sonde : 10 minutes chaque fois <p>Canule trachéale : changement du pansement et entretien de la canule (nécessite deux personnes) : 20 minutes par changement</p> <p>Pose et retrait de moyens auxiliaires à des fins thérapeutiques (orthèses, prothèses, corset, etc.) : 5 minutes chaque fois</p> <p>Dilatation (anus) : 15 minutes chaque fois</p> <p>Forfait pour exercices de physiothérapie, d'ergothérapie ou de thérapie respiratoire à la maison : 30 minutes par jour et par thérapie</p>	
Surveillance personnelle	
	Aucune déduction

Valeurs maximales par domaine	Aide en fonction de l'âge
Accompagnement pour les visites médicales et/ou chez les thérapeutes	
	Il s'agit uniquement des visites liées au handicap, dont un enfant en bonne santé n'aurait pas besoin ; les visites normales chez le pédiatre, le dentiste, etc. ne sont pas prises en compte.

Annexe V : Processus API



- 1) CIIAI 8010-8024
- 2) Art. 37, al. 3, let. e RAI, CIIAI 8040-8049
- 3) Art. 37, al. 3, let. b RAI, CIIAI 8035-8039
- 4) Soins particulièrement astreignants (art. 37, al. 3, let. c RAI, CIIAI 8057-8063) ainsi que entretien des contacts sociaux (art. 37, al. 3, let. d RAI, CIIAI 8064-8068)
- 5) CIIAI 8056
- 6) Art. 37, al. 3, let. a RAI
- 7) Art. 37, al. 1 RAI, CIIAI 8008
- 8) Art. 37, al. 2, let. a RAI, CIIAI 8009
- 9) Art. 37, al. 1 RAI
- 10) Art. 37, al. 1, RAI, CIIAI 8032-8034
- 11) Art. 38, al. 1, let. a RAI, CIIAI 8050-8050.3
- 12) Art. 38, al. 1, let. b RAI, CIIAI 8051
- 13) Art. 38, al. 1, let. c RAI, CIIAI 8052-8052.2
- 14) CIIAI 8048, 8055. Attention : si l'on a reconnu un besoin d'aide dans les actes ordinaires de la vie « se déplacer » ou « entretenir des contacts sociaux », il ne faut plus en tenir compte sous l'angle de l'accompagnement (ch. 8048 et 8055 CIIAI). Mais il est possible de considérer le besoin d'aide uniquement pour l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (et non au titre de l'aide dans les actes ordinaires de la vie « se déplacer » ou « entretenir des contacts sociaux »), si ce seul motif permet de fonder le droit à une allocation pour impotent.
- 15) CIIAI 8040
- 16) CIIAI 8053
- 17) Art. 35^{ter} RAI, CIIAI 8005-8007
- 18) CIIAI 8050.1

Annexe VI : Indicateurs standards en détail

3/16

Nota bene : l'application de la liste des indicateurs doit toujours tenir compte des circonstances du cas particulier ; il ne s'agit pas d'une checklist où il suffit de cocher des rubriques (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

A. Catégorie « degré de gravité de l'atteinte fonctionnelle »	
a. Complexe « atteinte à la santé »	
i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> • Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée aident à ne pas séparer les limitations fonctionnelles dues à cette atteinte des conséquences (directes) de facteurs non assurés. • Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. • Les motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49 doivent être pris en considération. En règle générale, il n'existe pas d'atteinte à la santé assurée lorsque la limitation des capacités fonctionnelles repose sur une exagération ou sur une manifestation similaire. Des indices d'un tel comportement ou d'un bénéfice secondaire de la maladie sont présents par exemple lorsque : <ul style="list-style-type: none"> - il existe une divergence considérable entre les douleurs décrites par l'assuré et son comportement ou l'anamnèse ; - des douleurs intenses sont alléguées, mais que leur caractérisation reste vague ; - l'assuré ne suit aucun traitement médical ni aucune thérapie ; - des plaintes formulées avec ostentation paraissent peu crédibles aux yeux de l'expert ; - de sérieuses limitations affectant le quotidien sont invoquées, mais que l'environnement psychosocial demeure largement intact. <p>Si, dans le cas particulier, il est clair que ces motifs d'exclusion ne permettent pas d'admettre une atteinte à la santé, il n'existe a priori aucune base pour une rente d'invalidité, même lorsque les critères de classification d'un trouble somatoforme douloureux sont présents (cf. art. 7, al. 2, 1^{re} phrase, LPGA).</p> <p>Lorsque les indices en question apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante, leurs effets doivent être évalués en tenant compte de l'exagération de l'assuré.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La gravité de l'évolution de la maladie doit être rendue plausible à l'aide de tous les éléments disponibles provenant de l'étiologie et de la pathogenèse déterminantes pour le diagnostic. En particulier,

	<p>la description du trouble somatoforme douloureux faite dans la CIM 10, ch. F45.4, met en évidence des facteurs étiologiques : la caractéristique du trouble est qu'il survient « dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux » qui jouent le rôle principal pour le début, le degré de gravité, l'exacerbation ou le maintien des douleurs.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les conclusions sur le degré de gravité ne doivent plus être tirées de la notion de bénéfice primaire de la maladie.
ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard	<ul style="list-style-type: none"> • L'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré, indique un pronostic négatif. Si par contre le traitement demeuré sans résultat ne correspond pas (ou plus) à l'état actuel de la médecine ou apparaît inapproprié dans le cas d'espèce, il n'y a rien à en tirer en ce qui concerne le degré de gravité du trouble. • Des troubles psychiques du type qui nous intéresse ici ne sont considérés comme invalidants que s'ils sont graves et qu'ils ne peuvent pas (ou plus) être traités médicalement. • En cas de maladie de relativement courte durée – qui n'est donc pas encore devenue vraiment chronique –, il devrait en général exister encore des options thérapeutiques et une résistance au traitement devrait donc être exclue. Cela montre que la question de l'évolution d'un trouble somatoforme douloureux (« durable ») vers un état chronique n'est la plupart du temps pas très utile pour juger du degré de gravité : sans une accentuation de la douleur à long terme, une incapacité de travail invalidante n'est guère imaginable ; il en va déjà de même pour le diagnostic. • Au reste, pour autant qu'il faille admettre que le recours à des thérapies et le fait de se montrer coopérant sont dus à la présence ou à l'étendue des souffrances perçues, il en va de la cohérence des effets d'une atteinte à la santé.
iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard	<ul style="list-style-type: none"> • Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical, mais aussi de la réadaptation au sens juridique. En effet, comme le traitement médical raisonnablement exigible (qui, sous réserve de l'art. 12 LAI, n'est pas à la charge de l'assurance-invalidité) engage l'assuré à pourvoir en quelque sorte à sa propre réadaptation, celui-ci doit, sur le plan professionnel, se réadapter en principe lui-même avant de participer, si cela est indiqué, à des mesures de réadaptation et de réinsertion (art. 8 s. et 14 ss LAI). Lorsque de telles mesures entrent en considération après une évaluation médicale mais que la personne demandant une rente n'y participe pas, cela est considéré comme un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui a échoué malgré une coopération optimale peut être significative dans le cadre d'un examen global prenant en compte les circonstances individuelles du cas d'espèce.

iv. Comorbidités	<ul style="list-style-type: none"> • La comorbidité psychique n'est plus prioritaire de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, notamment en tant que baromètre pour savoir si elle prive l'assuré de certaines ressources. • Les anciens critères de « comorbidité psychiatrique » et de « maladies physiques concomitantes » sont réunis en un indicateur uniforme. Il faut une approche globale des interactions et autres liens du trouble douloureux avec toutes les pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel, ne relève pas de la comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité. • L'exigence d'une approche globale est en principe applicable indépendamment de la question de savoir comment se présente la relation entre le syndrome douloureux et la comorbidité. C'est pourquoi, par exemple, une dépression ne perd plus toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources seulement à cause de sa connexité médicale (éventuelle) avec la douleur. Toutefois, les tableaux cliniques qui apparaissent comme de simples variantes de la même entité dans des qualifications différentes au niveau du diagnostic sur la base de symptômes identiques ne constituent a priori pas une comorbidité. Sinon, l'atteinte à la santé pouvant être qualifiée et décrite de plusieurs manières serait évaluée à double. • Il n'existe pas de relation linéaire entre le nombre de douleurs physiques qui ne s'expliquent pas suffisamment d'un point de vue organique (ou le nombre de syndromes somatoformes dans leurs diverses manifestations) et le degré de gravité de l'atteinte fonctionnelle. Il n'existe donc pas de règle schématique basée sur l'idée que « plus le nombre des plaintes est grand, plus les limitations fonctionnelles sont élevées ». Au contraire, les divers symptômes et résultats risqueraient d'être simplement juxtaposés et évalués de manière purement mécanique et quantitative, ce qui fausserait le regard sur l'effet global du tableau clinique pour l'établissement du statut fonctionnel.
b. Complexe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)	<ul style="list-style-type: none"> • A côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité, qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » entre aussi en considération. Ces fonctions désignent des capacités inhérentes à la personnalité, qui permettent des déductions sur la capacité physique (par ex. autoperception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, ou encore intentionnalité et impulsion). • Comme le diagnostic de la personnalité dépend dans une plus forte mesure du médecin qui procède aux examens que d'autres indicateurs (liés par exemple aux symptômes ou au comportement), les

	exigences en matière de motivation sont ici particulièrement élevées. Ces exigences seront précisées dans des lignes directrices médicales encore à élaborer.
c. Complexe « contexte social »	<ul style="list-style-type: none"> • Le contexte social influence aussi la manière dont se manifestent concrètement les effets (déterminants de manière seulement causale) de l'atteinte à la santé. A ce sujet, il y a deux choses à retenir : d'une part, si des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. D'autre part, des ressources (mobilisables) peuvent aussi être tirées du contexte de vie de l'assuré, notamment le soutien dont il bénéficie dans son réseau social. • Il faut toujours s'assurer que l'incapacité de gain pour des raisons de santé (art. 4, al. 1, LAI), d'une part, et le chômage non assuré ou d'autres situations éprouvantes, d'autre part, ne se recouvrent pas.

B. Catégorie « cohérence » (points de vue du comportement)	
a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie	<ul style="list-style-type: none"> • L'indicateur d'une limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie revient à se demander si la limitation en question se manifeste de la même manière dans la profession et dans l'activité rémunérée (ou, pour les personnes sans activité lucrative, dans les actes habituels de la vie), d'une part, et dans les autres domaines de la vie (par ex. l'organisation des loisirs), d'autre part. • L'ancien critère du retrait social doit à son tour être interprété de telle sorte qu'il ne se réfère pas qu'à des limitations, mais qu'il concerne aussi les ressources ; à l'inverse, un retrait conditionné par une maladie peut aussi diminuer encore les ressources. • Dans la mesure du possible, il est recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant la survenance de l'atteinte à la santé. Le niveau d'activité de l'assuré doit toujours être considéré en relation avec l'incapacité de travail invoquée.
b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie sous l'angle du traitement et de la réadaptation	<ul style="list-style-type: none"> • La mise à contribution d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet (en complément au point de vue du succès du traitement et de la réadaptation ou de la résistance à ceux-ci) d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois le cas que si le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en cours en matière d'assurance. • Il ne faut pas conclure à l'absence de fortes souffrances lorsqu'il est clair que le refus ou la mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible doit être attribuée à une incapacité (inévitabile) de l'assuré de comprendre sa maladie.

	<ul style="list-style-type: none">• De manière similaire, il faut tenir compte du comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (et de ses propres efforts de réadaptation). Un comportement manquant de cohérence est, là aussi, un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée.
--	--

Annexe VII : Comparaison entre les barèmes de l'ESS jusqu'à 2010 et ceux de l'ESS 2012

Description 2010	Numéro de l'ESS (jusqu'en 2010)	Description 2012	Numéro ESS 2012
Salaire mensuel brut (valeur centrale) selon les divisions économiques, le niveau des qualifications requises pour le poste de travail et le sexe – secteur privé	TA1	Salaire mensuel brut selon les branches économiques, le niveau de compétences et le sexe – secteur privé – 2012	TA1_skill_level
Salaire mensuel brut (valeur centrale) selon les divisions économiques, le niveau des qualifications requises pour le poste de travail et le sexe – secteur privé et secteur public (Confédération, cantons, districts, communes, corporations) ensemble	T1	Salaire mensuel brut (valeur centrale) selon les branches économiques, le niveau de compétences et le sexe – secteur privé et secteur public ensemble (Confédération, cantons, districts, communes, corporations, Eglises) – 2012	T1_tirage_skill_level
Salaire mensuel brut (valeur centrale) en francs selon le taux d'occupation, le niveau des qualifications requises pour le poste de travail et le sexe – secteur privé et secteur public (Confédération) ensemble, 2010	T2	Salaire mensuel brut (valeur centrale) selon le taux d'occupation, la position professionnelle et le sexe – secteur privé et secteur public ensemble (Confédération, cantons, districts, communes, corporations, Eglises) – 2008, 2010, 2012	Taux d'occupation
Salaire mensuel brut (valeur centrale) selon l'activité, le niveau des qualifications requises pour le poste de travail et le sexe – secteur privé et secteur public (Confédération) ensemble	TA7	Salaire mensuel brut (valeur centrale) selon les groupes de profession, l'âge et le sexe – secteur privé et secteur public ensemble (Confédération, cantons, districts, communes, corporations, Eglises) – 2012 Publication ESS : grands groupes (une position) et sous-grands groupes (deux positions) de la CIP	T17 Indication : sous « âge », utiliser le total

Description 2010	Numéro de l'ESS (jusqu'en 2010)	Description 2012	Numéro ESS 2012
Salaire mensuel brut (valeur centrale et intervalle interquartile) selon la formation, la position professionnelle et le sexe – secteur privé et secteur public (Confédération) ensemble	TA11	Salaire mensuel brut (valeur centrale et intervalle interquartile) selon la formation, la position professionnelle et le sexe – secteur privé et secteur public ensemble (Confédération, cantons, districts, communes corporations, Eglises) – 2006, 2008, 2010, 2012	T11
Salaire mensuel brut, Suisses/Suissesses et étrangers/étrangères, selon le niveau de qualifications requises pour le poste de travail et le sexe – secteur privé et secteur public (Confédération) ensemble	TA12	Salaire mensuel brut (valeur centrale et intervalle interquartile), Suisses/Suissesses et étrangers/étrangères, selon la position professionnelle et le sexe – secteur privé et secteur public ensemble (Confédération, cantons, districts, communes, corporations, Eglises) – 2008, 2010, 2012	T12_b