



Berne,

---

# **Pour un codage différencié des infirmités AI**

Rapport du Conseil fédéral donnant suite au postulat  
20.3598 Suter du 11 juin 2020

---

## Résumé

Le présent rapport répond au postulat 20.3598 « Pour un codage différencié des infirmités AI », déposé par la conseillère nationale Gabriela Suter le 11 juin 2020. Le Conseil fédéral a été chargé de présenter dans un rapport la possibilité de remplacer les codes de classification des infirmités jugés obsolètes par un système différencié et reconnu au niveau international. Le postulat a été adopté par le Conseil national le 25 septembre 2020.

Afin de bénéficier d'une vue d'ensemble de la situation prévalant à ce jour, le rapport décrit d'abord le contexte actuel dans lequel évolue l'assurance-invalidité (AI). Il y est notamment fait référence à sa situation financière et à ses perspectives, mais surtout au Développement continu de l'AI (DCAI), dernière réforme de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 1<sup>er</sup> janvier 2022 (LAI ; RS 831.20), qui a pour objectif principal de renforcer les mesures de réadaptation.

Le chapitre suivant commence par établir le lien entre les objectifs de l'AI et les mesures visant la réadaptation ou la réinsertion des personnes assurées. Ensuite, le processus de codage des infirmités de l'AI y est décrit, notamment la saisie unique du diagnostic médical principal et, partant, la détermination de l'atteinte fonctionnelle d'une personne assurée. Ces deux éléments d'information sont certes importants pour la prise en charge du cas par l'AI, mais ne sont pas déterminants lorsqu'il s'agit de prononcer une mesure ou d'octroyer une rente. Le rapport évoque également le rôle majeur de la statistique de l'AI dans le cadre de son pilotage. Enfin, ce chapitre clarifie la notion de classification internationale des maladies (CIM) et précise son utilisation.

Les enjeux du postulat sont ensuite mis en exergue dans la troisième partie. Le rapport souligne que le diagnostic médical ne constitue pas une donnée essentielle dans la décision de l'AI. Dans le domaine des maladies psychiques en particulier, des études ont démontré la difficulté pour les experts, sur la base d'un diagnostic médical identique, de définir de manière cohérente le potentiel d'une personne, ce qui accentue encore le caractère individuel de la décision. Un codage détaillé et précis des infirmités AI, hormis les infirmités congénitales, sur la base d'une classification internationale, par exemple la CIM, ne répond ainsi pas davantage aux priorités de l'AI.

Le dernier chapitre du rapport relate l'importance relative du diagnostic médical pour une assurance dont l'objectif principal consiste à trouver des solutions individuelles de réadaptation ou de réinsertion. L'association du diagnostic médical avec une mesure est contraire aux objectifs de l'AI et présente un risque de systématisation. A cela s'ajoute le fait qu'à ce jour, il n'existe en Suisse aucun système de classification des diagnostics médicaux couvrant les traitements ambulatoires et pouvant être exploité par l'AI. La CIM-10-GM ne s'applique en effet qu'aux diagnostics du domaine stationnaire.

Pour conclure, le Conseil fédéral juge que le remplacement de la liste actuelle de codage des infirmités AI par une classification internationale reconnue n'est pas utile et ne présente pas de valeur ajoutée.

## Table des matières

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Résumé .....</b>  | <b>2</b>  |
| <b>1 Introduction .....</b>  | <b>4</b>  |
| 1.1 Postulat Suter 20.3598 .....   | 4         |
| 1.2 Contexte actuel de l'AI .....  | 4         |
| 1.3 Structure et objectifs du rapport .....  | 5         |
| <b>2 Situation actuelle .....</b>  | <b>6</b>  |
| 2.1 Objectifs de l'AI .....  | 6         |
| 2.2 Codage des infirmités dans l'AI .....  | 6         |
| 2.3 Statistiques de l'AI .....   | 7         |
| 2.4 Classification statistique internationale des maladies et des problèmes<br>de santé connexes ..... | 8         |
| <b>3 Enjeu du postulat .....</b>   | <b>9</b>  |
| 3.1 Diagnostic médical et atteinte fonctionnelle .....   | 9         |
| 3.2 Etudes Rely .....  | 10        |
| 3.3 Statistique des maladies psychiques .....  | 10        |
| <b>4 Appréciation .....</b>  | <b>13</b> |
| 4.1 Liste de codage des diagnostics médicaux suffisante .....  | 13        |
| 4.2 Procédure et signification du diagnostic médical .....   | 13        |
| 4.3 CIM-10 uniquement pour le stationnaire .....   | 14        |
| 4.4 Potentiel d'adaptation de la liste de codage .....   | 14        |
| <b>5 Conclusion .....</b>  | <b>14</b> |

# 1 Introduction

## 1.1 Postulat Suter 20.3598

Le Conseil national a adopté le 25 septembre 2020 le postulat Suter 20.3598 « Pour un codage différencié des infirmités AI » du 11 juin 2020<sup>1</sup>.

Ce postulat charge le Conseil fédéral « *d'examiner si les codes de classification des infirmités AI, obsolètes, peuvent être remplacés par un système de classification différencié reconnu au niveau international et de quelle manière ils peuvent l'être. Il faudra cependant maintenir l'ancien codage parallèlement au nouveau, afin de pouvoir assurer la comparabilité dans le temps* ».

Le contenu du postulat a été développé en ces termes : « *Près de la moitié des rentes AI sont allouées en raison d'une affection psychique. C'est le cas pour les rentes existantes comme pour les nouvelles rentes. L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) utilisant des codes de classification imprécis qui datent des années soixante, il est difficile de dégager des conclusions statistiques fiables quant aux diagnostics exacts ayant conduit à l'octroi d'une rente AI en cas d'affection psychique et quant à l'évolution, dans la durée, de la composition du groupe de bénéficiaires considéré. Ce problème a été relevé plus d'une fois par les auteurs des rapports de recherche établis pour les Programmes de recherche sur l'assurance-invalidité (PR-AI) (rapports "Analyse de dossiers d'invalidité pour raisons psychiques" (2009) et "Enfants, adolescents et jeunes adultes : troubles précoces du développement et invalidité" (2015), par exemple). Ces chercheurs ont recommandé que toutes les affections donnant lieu à l'octroi d'une rente soient codées selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM) et que l'on puisse accéder directement aux codes CIM à partir des données d'enregistrement de l'OFAS.* »

Le postulat précise enfin ce qui suit : « *Une statistique établie selon les codes CIM renseignerait sur les diagnostics effectifs des causes d'invalidité, sur la part qu'ils représentent et sur la manière dont ils ont évolué dans le temps. On pourrait alors répondre rapidement à l'évolution des affections psychiques et déterminer quelle mesure de réadaptation est la plus efficace pour tel ou tel diagnostic.* »

Dans son avis du 19 août 2020, le Conseil fédéral a proposé d'accepter le postulat.

## 1.2 Contexte actuel de l'AI

Le traitement de ce postulat coïncide avec l'entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 du Développement continu de l'assurance-invalidité (DCAI), dernière réforme de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité<sup>2</sup>. Depuis les 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> révisions et plus encore suite au premier volet de la 6<sup>e</sup> révision (révision 6a), l'assurance-invalidité (AI) s'est clairement orientée vers la réadaptation qui se caractérise par une focalisation sur les ressources de la personne assurée. Elle octroie différentes mesures qui sont définies dans la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, telles que des mesures médicales, des mesures d'ordre professionnel, des moyens auxiliaires ou des indemnités journalières, pour ne citer que les principales. Un des objectifs recherchés de cette

---

<sup>1</sup> <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20203598>

<sup>2</sup> RS 831.20

## Pour un codage différencié des infirmités AI

réforme consiste à renforcer le potentiel de réadaptation et à améliorer l'aptitude au placement des jeunes adultes et des personnes atteintes dans leur santé psychique. Outre des mesures spécifiques liées aux groupes cibles (enfants, jeunes et assurés atteints dans leur santé psychique), elle vise également au renforcement de la collaboration avec les partenaires de l'AI, tels que les employeurs, les spécialistes du domaine de la formation ou les médecins traitants.

Sur le plan financier, suite à l'entrée en vigueur en 2011 de la loi fédérale du 13 juin 2008 sur l'assainissement de l'assurance-invalidité<sup>3</sup>, le Fonds de compensation de l'AI s'est vu remettre du Fonds de compensation de l'AVS un capital de 5 milliards et le report des pertes de l'AI au 31 décembre 2010 a été transformé en engagement à l'égard de l'AVS. La dette de l'AI est passée d'environ 15 milliards de francs en 2011 à 10,3 milliards de francs en 2022. Depuis 2018, les résultats négatifs se sont succédés et aucun remboursement n'a pu être réalisé. La situation financière de l'AI demeure tendue et les nouveaux projets de développement doivent prendre ce paramètre en considération.

Les adaptations apportées par la dernière réforme ne devraient en principe pas peser sur le budget de l'AI car les modifications apportées aux indemnités journalières devraient permettre à l'AI de réaliser des économies qui elles-mêmes serviront à financer des investissements ciblés dans les mesures de réadaptation. Ces mesures contribuent indirectement à stabiliser le taux de rente.

### 1.3 Structure et objectifs du rapport

Afin de traiter des différentes questions qui sont soulevées dans le postulat, le rapport commence par définir le contexte actuel qui prévaut du point de vue légal et financier, avant de déterminer à quels objectifs l'AI s'astreint, lesquels sont définis dans la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, conformément aux prérogatives du législateur.

La description des étapes essentielles du processus de codage des infirmités de l'AI, tel qu'il est pratiqué à ce jour par les offices AI cantonaux (organes d'exécution de l'AI), est étayée afin de permettre au lecteur de comprendre quels sont le contenu et l'objectif poursuivis par l'AI dans le domaine de la gestion des données. Avec les renseignements glanés auprès de l'Office fédéral de la statistique (OFS) et de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), qui utilisent la CIM-10 évoquée dans le postulat, le rapport se concentre ensuite sur le contenu et l'utilité d'une classification internationale des maladies, afin d'identifier et d'évaluer les possibilités de synergies avec la liste actuelle des infirmités AI qui figure dans la circulaire concernant la statistique des infirmités et des prestations (CSIP)<sup>4</sup> et qui fait l'objet des critiques de la part des postulants. Enfin, le rapport décortique les enjeux du postulat et tente de démontrer les liens qui existent entre la notion de diagnostic médical, l'atteinte fonctionnelle et la prestation octroyée à une personne assurée, afin de laisser apparaître les risques que peuvent engendrer ces relations sur l'AI. Les objectifs et la valeur ajoutée du changement proposé dans le postulat sont examinés et analysés, notamment dans le but d'identifier si l'association systématique d'une mesure de réadaptation avec un diagnostic médical constitue un réel danger pour l'AI.

---

<sup>3</sup> RS 831.27

<sup>4</sup> <https://sozialversicherungen.admin.ch/de/d/6410?lang=fr#versions=13>

## 2 Situation actuelle

### 2.1 Objectifs de l'AI

L'AI a pour mission principale d'éliminer ou d'atténuer, dans la mesure du possible, les conséquences d'une atteinte à la santé sur la capacité de gain de la personne assurée. Elle développe ainsi des mesures de réadaptation visant à améliorer la capacité de gain d'une personne assurée de façon durable et importante, afin qu'elle puisse continuer à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels. Comme évoqué auparavant dans le rapport, la dernière réforme de l'AI est entrée en vigueur en 2022 et s'est concentrée sur le soutien apporté aux enfants et aux adultes atteints dans leur santé psychique, groupes sur lesquels les précédentes révisions n'ont pas eu l'efficacité escomptée. Pour les enfants jusqu'à l'âge de 20 ans atteints d'une infirmité congénitale, l'AI exerce le rôle d'une assurance-maladie, puisqu'elle couvre le coût du traitement des malformations congénitales, des maladies génétiques et des affections prénatales et périnatales reconnues. Outre les mesures médicales visant à traiter les infirmités congénitales, des mesures médicales de réadaptation visant à améliorer la capacité de réinsertion peuvent également être accordées. Depuis 2022, l'âge limite pour l'octroi de mesures médicales de réadaptation a même été porté à 25 ans dans certains cas. L'AI renforce ainsi sa position d'assurance de réadaptation et tend à développer une approche plus individuelle en faveur des personnes assurées. Toutes les possibilités de réadaptation d'une personne assurée sont examinées individuellement sur la base des conditions d'octroi définies à l'art. 8 LAI et cela, quel que soit son diagnostic médical. Différents renseignements sont glanés afin d'établir la biographie de la personne assurée. Son quotidien et son environnement, les difficultés d'ordre social rencontrées, les ressources existantes ou mobilisables et sa situation financière (Recueil officiel des arrêts du Tribunal fédéral suisse; Arrêts du Tribunal Fédéral Suisse 141 V 281, cf. ch. 1011, 1012 de la circulaire sur la gestion de cas dans l'assurance-invalidité) sont notamment pris en considération. A cela, s'ajoutent encore son niveau d'étude, ses activités et expériences professionnelles ou encore son contexte sociale et familiale<sup>5</sup>.

L'objectif recherché par l'octroi des mesures de réadaptation vise en priorité à améliorer ou à préserver de façon durable la capacité de gain d'une personne assurée. Si les mesures de réadaptation n'ont pas abouti, le droit à la rente peut alors être examiné.

### 2.2 Codage des infirmités dans l'AI

L'OFAS, en tant qu'organe de pilotage et de surveillance de l'AI, établit des directives qui s'adressent en priorité aux offices AI, dont le rôle consiste à appliquer la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (art. 57 LAI). La circulaire concernant la statistique des infirmités et des prestations (CSIP) règle la saisie des données nécessaires au pilotage et à la surveillance de l'AI sur la base des art. 76 et 77 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 1<sup>er</sup> janvier 2022 (LPGA ; RS 830.1), de l'art. 72 de la Loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS ; RS 831.10), des art. 64 et 64a LAI et des art. 50 ss du Règlement sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201).

Concrètement, chaque demande déposée auprès d'un office AI fait l'objet d'une décision/communication. Celle-ci est saisie dans un système informatique selon un codage déterminé dans la CSIP.

---

<sup>5</sup> Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité, version 2022, ch. 3009 et 3049

## Pour un codage différencié des infirmités AI

Les données suivantes sont codées :

1. L'infirmité
2. L'atteinte fonctionnelle
3. La prestation allouée (mesure)

L'infirmité est déterminée sur la base d'un diagnostic médical. Elle est renseignée par l'office AI avec le soutien du service médical régional (SMR) conformément à la CSIP, sur la base du rapport médical transmis par le médecin traitant. Cette circulaire contient non seulement la liste des infirmités congénitales répertoriées dans l'annexe de la nouvelle ordonnance concernant les infirmités congénitales (OIC-DFI)<sup>6</sup>, mais aussi la liste des maladies et des accidents établie par le Département de l'intérieur (DFI). L'OIC-DFI a été révisée dans le cadre du DCAI, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Il sied de noter que dans le cadre des travaux de révision, la question de l'utilisation d'une classification internationale des maladies n'a pas été retenue. C'est en outre un vaste groupe d'accompagnement composé de médecins de l'OFSP, d'H+, de la FMH, de Pro Raris, d'Inclusion Handicap, de l'association des médecins-conseils et des offices AI qui a élaboré cette liste, après consultation des sociétés de discipline médicale.

L'office AI ou le SMR compétent renseigne, en sus de l'infirmité, l'atteinte fonctionnelle. Cette dernière peut naturellement être différente et individuelle en fonction du diagnostic médical et de la personne assurée. L'office AI définit sur cette base une ou plusieurs mesure(s) octroyée(s), telles qu'une mesure médicale, une mesure de réorientation professionnelle, des moyens auxiliaires, etc. Il peut également définir une prestation financière, comme une rente.

Pour l'AI, le diagnostic médical est une information statistique utilisée en premier lieu dans le traitement du dossier de la personne assurée. Seul le diagnostic principal sera pris en considération par l'AI, dans le cas de comorbidités par exemple, pour définir l'infirmité. Les autres diagnostics ne sont pas codés dans les systèmes d'information de l'AI mais figurent dans le dossier de la personne assurée, si le rapport médical en fait mention.

### 2.3 Statistiques de l'AI

Pour assurer un pilotage efficace, il est primordial pour l'AI de s'appuyer sur des données statistiques représentatives et fiables. Les statistiques sont un moyen pour l'AI d'observer son développement et d'identifier les menaces et opportunités susceptibles d'avoir une incidence sur son fonctionnement à moyen et à long terme. Or, bénéficier de données de qualité ne signifie pas en posséder le plus possible mais plutôt avoir celles qui répondent le mieux au besoin d'analyse et de gestion. Si la liste actuelle des codes de maladies psychiques utilisés dans l'AI est jugée obsolète dans le postulat, elle répond néanmoins à la disposition de l'article 77 LPGA<sup>7</sup>, à teneur de laquelle l'autorité de surveillance, en l'occurrence l'OFAS, doit bénéficier de statistiques significatives. La liste des codes a une utilité, en l'occurrence permettre une surveillance efficace.

---

<sup>6</sup> RS 831.232.211

<sup>7</sup> RS 830.1

## **Pour un codage différencié des infirmités AI**

Le diagnostic médical ne représente pas une donnée fondamentale pour l'AI, en ce sens qu'il n'est qu'une information de base dans le dossier du patient et qu'il n'a pas de valeur décisive dans la décision d'octroi d'une mesure ou d'une rente. Même avec un codage des diagnostics plus exact et plus détaillé, il ne serait pas possible de dégager des conclusions statistiques fiables ayant conduit à l'octroi d'une telle mesure ou d'une rente AI.

Les codes de saisie des diagnostics médicaux n'ont pas pour objectif de faciliter les travaux de recherche. Le constat du besoin d'informations statistiques s'observe inéluctablement lorsqu'on se focalise sur une thématique précise. Or, des informations sur les diagnostics médicaux basées sur une classification internationale appliquée en Suisse uniquement dans le domaine stationnaire ou pour les causes de mortalité ne peuvent être considérées comme des données de base essentielles pour l'AI. Le lien entre la liste actuelle des codes de diagnostic de l'AI avec une classification internationale dans le cas d'une analyse précise peut être reconstitué sur la base des dossiers et du codage actuel. Si un codage détaillé des diagnostics médicaux devait être instauré, se poserait enfin également la question de l'utilité et de la valeur ajoutée.

## **2.4 Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes**

Le premier but d'une classification, dans le domaine médical, est d'identifier les diagnostics ou les traitements de chaque patient, afin de permettre l'analyse statistique des données collectées au travers de cette généralisation. Une classification statistique des maladies doit permettre à la fois d'identifier des entités pathologiques spécifiques et d'établir une présentation statistique des données pour de plus grands groupes de maladies, en vue d'obtenir des informations utiles et compréhensibles.

Etablie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la CIM est une classification médicale permettant le codage des maladies et des traumatismes. Elle est utilisée notamment pour l'enregistrement des taux de morbidité et des taux de mortalité. En Suisse, elle s'applique aux hôpitaux et aux cliniques. Depuis 1995, la statistique des causes de décès en Suisse s'appuie sur la CIM-10 (version de l'OMS)<sup>8</sup>. Depuis 1998, la statistique médicale des hôpitaux est disponible. Celle-ci relève plusieurs variables dont les diagnostics au moyen de la CIM-10-GM. Elle a pour but de répondre à différentes préoccupations du domaine de la santé, notamment les tarifs, les besoins en soins, l'identification des populations touchées, etc.

L'OFS est l'organe responsable de l'enquête de la statistique médicale des hôpitaux, en vertu de la loi sur la statistique fédérale (LSF)<sup>9</sup> et de l'ordonnance concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux. Celle-ci précise les conditions de réalisation, notamment le caractère obligatoire de la participation. Elle spécifie également que les classifications CIM-10-GM et CHOP (classification suisse des opérations) doivent être utilisées pour saisir respectivement les diagnostics et les traitements. SwissDRG SA est responsable de l'élaboration, du développement, de l'adaptation et de l'entretien des systèmes tarifaires des prestations stationnaires SwissDRG, ST Reha et TARPSY. Il faut enfin noter qu'à ce jour, il n'existe pas de classification uniforme des diagnostics médicaux au niveau national pour les cas ambulatoires.

---

<sup>8</sup>Statistique des causes de décès et des mortinaissances (eCOD) | Fiche signalétique | Office fédéral de la statistique (admin.ch)

<sup>9</sup> RS 431.01



## Pour un codage différencié des infirmités AI

A titre de comparaison, l'assurance militaire et l'assurance-accidents qui sont gérées par la Suva, utilisent la matrice *The Barell Injury Diagnosis Matrix, Classification By Body Region and Nature of the Injury*<sup>10</sup> pour la codification statistique du diagnostic principal. Ce système inclut les codes de diagnostic de la CIM-10-CM<sup>11</sup>. Toutefois, il convient de nuancer ce rapprochement en précisant que ces assurances ne poursuivent pas les mêmes objectifs que l'AI.

## 3 Enjeu du postulat

### 3.1 Diagnostic médical et atteinte fonctionnelle

Le diagnostic médical est l'aboutissement d'un processus effectué par le médecin, afin d'identifier l'affection de son patient. C'est sur cette base que le thérapeute sera en mesure de proposer un traitement adéquat. Diagnostic et traitement sont indispensables notamment pour la facturation des prestations, mais répondent également, s'agissant des hôpitaux et cliniques, à une exigence légale dans le domaine statistique.

Dans certains cas de comorbidités, de maladies psychiques ou de maladies rares, par exemple, la pose d'un diagnostic n'est pas toujours chose aisée pour le thérapeute. Poser un diagnostic n'est pas une science exacte et peut conduire à des décisions qui sont parfois mises en doute et soumises à des contre-expertises.

Pour l'AI, le diagnostic médical est essentiel afin de déterminer l'infirmité et, partant, d'entrer dans le processus de prise en charge de la personne assurée par l'AI. Seul le diagnostic principal est pris en considération dans le cas de comorbidités, par exemple : les diagnostics secondaires ne sont purement et simplement pas référencés dans les systèmes d'information de l'AI. En outre, pour le même diagnostic médical, différentes mesures peuvent légitimement être proposées. Une maladie évolutive et multiforme, comme la sclérose en plaques pour ne citer que celle-ci, peut s'exprimer par des symptômes très différents, alors même que le diagnostic est identique. L'atteinte fonctionnelle peut donc être différente, conduisant inévitablement à des prestations d'assurance très variées. Ce constat corrobore le fait qu'une personne présente une capacité de réadaptation qui lui est propre.

Aux éléments mentionnés auparavant, il sied d'ajouter que l'information du diagnostic médical ne présente pas de valeur en soi dans l'objectif de réadaptation poursuivi par l'assurance. Le diagnostic est indicatif lorsqu'il s'agit de définir une mesure, puisque c'est sur la base de l'atteinte fonctionnelle de la personne assurée qu'est apprécié le potentiel de réadaptation. L'association systématique d'une infirmité (diagnostic médical) avec la prestation octroyée est antinomique et met en péril l'objectif de l'AI. L'atteinte fonctionnelle d'une personne assurée est déterminante pour l'octroi d'une prestation de l'AI. Cela signifie qu'un problème de santé doit toujours être évalué en fonction de son lien de causalité avec la capacité de travail, resp. la capacité de gain.

---

<sup>10</sup> [https://www.cdc.gov/nchs/injury/ice/barell\\_matrix.htm](https://www.cdc.gov/nchs/injury/ice/barell_matrix.htm)

<sup>11</sup> <https://www.suva.ch/fr-CH/materiel/documentation/statistique-de-lassurance-militaire-2021-451421f4822348222>

## 3.2 Etudes Rely

Depuis plusieurs années, l'évaluation de la capacité de travail des personnes ayant déposé une demande de rente auprès de l'AI fait l'objet de critiques, en particulier chez les patients souffrant de troubles psychiques tels que les dépressions ou les troubles anxieux. Deux études Rely<sup>12</sup> réalisées par l'Hôpital universitaire de Bâle décrivent la difficulté pour un expert de déterminer la capacité de travail de ces personnes. Les études démontrent en particulier la difficulté pour les experts, d'une part, de distinguer les personnes aptes à travailler avec des ressources suffisantes des personnes disposant d'une aptitude conditionnelle au travail avec des ressources limitées ou encore des personnes inaptes au travail avec des ressources insuffisantes (fiabilité) et, d'autre part, d'aboutir à des limitations comparables de la capacité de travail (concordance). Cela démontre bien que le diagnostic médical ne permet pas à lui seul de déterminer le potentiel de réadaptation d'une personne assurée, ni de définir la mesure de réadaptation la plus appropriée. Chaque personne assurée possède un potentiel individuel ou une capacité propre. C'est le rôle de l'AI que de l'exploiter.

## 3.3 Statistique des maladies psychiques

Afin d'illustrer les enjeux du postulat qui ont été évoqués dans les chapitres précédents, il est intéressant de relever qu'en 2021, plus de 219'900 personnes en Suisse étaient au bénéfice d'une rente de l'AI. Près de la moitié de ces rentes ont été octroyées à des personnes assurées atteintes dans leur santé psychique (109'439). Cette constatation, reprise dans le postulat, demeure toutefois une information à pondérer avec le succès des mesures de réadaptation. Ce ratio augmente depuis plusieurs années, alors que dans le même temps, le nombre de bénéficiaires de rentes est stable, selon les informations qui figurent dans le tableau ci-après. Il convient ici de rappeler que la réforme de l'AI entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022 a notamment pour but d'améliorer et de compléter les mesures de réadaptation pour les personnes assurées atteintes dans leur santé psychique. Aussi l'octroi d'une rente doit-il être davantage ciblé et il faut tout entreprendre pour maintenir les personnes assurées sur le marché du travail ou pour les réinsérer. C'est notamment par le renforcement des liens avec les employeurs et les spécialistes de la formation qu'il est possible de trouver des solutions pour les personnes assurées à même d'exercer une activité. Les effets de ces mesures ne seront connus que dans quelques années.

---

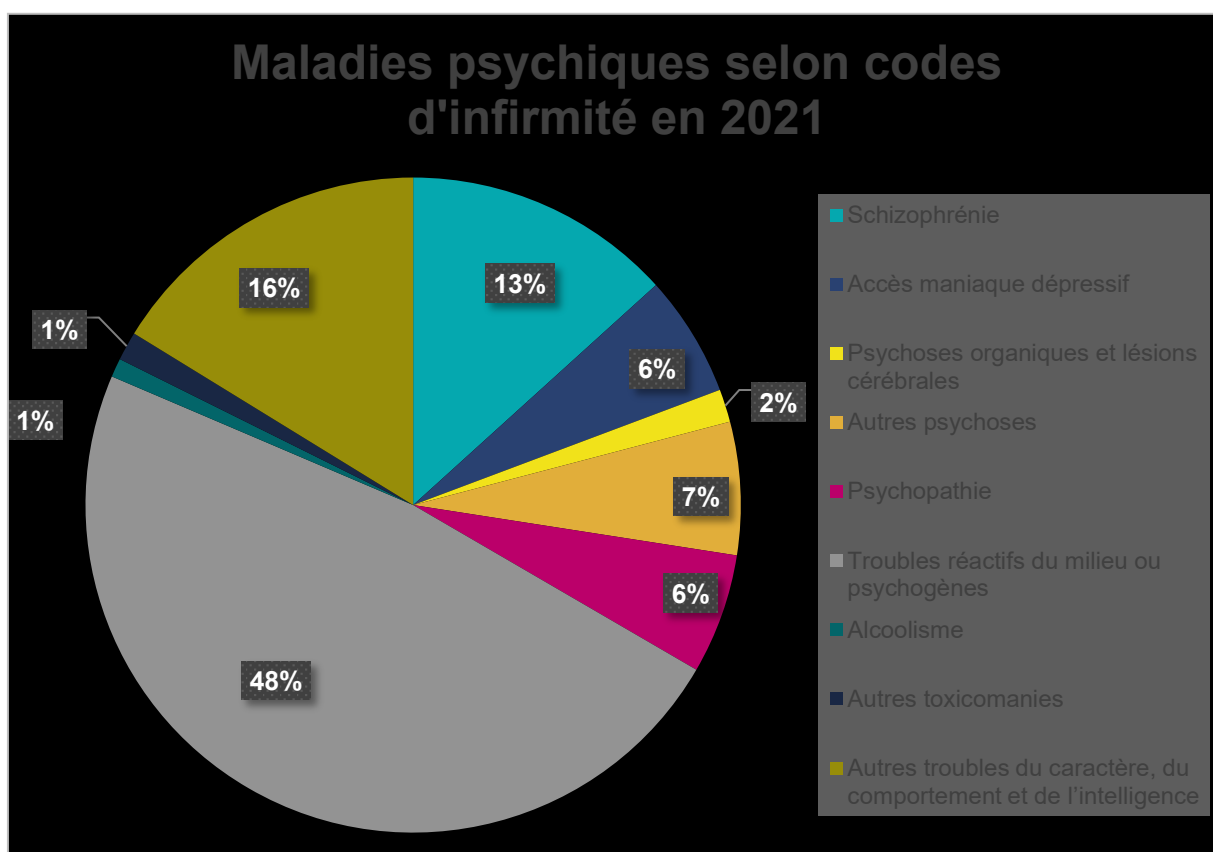
<sup>12</sup><https://www.unispital-basel.ch/fr/lehre-forschung/ebim-forschung-bildung/les-etudes-rely/>

### Bénéficiaires de rentes AI en Suisse en décembre selon Cause d'invalidité et Année

|                           | 2018           | 2019           | 2020           | 2021           |
|---------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Infirmités congénitales   | 28'314         | 28'163         | 28'051         | 27'860         |
| Maladies psychiques       | 103'274        | 104'570        | 106'479        | 109'439        |
| Système nerveux           | 19'019         | 19'340         | 19'579         | 19'780         |
| Os et appareil locomoteur | 27'649         | 26'463         | 25'371         | 24'642         |
| Autres maladies           | 24'247         | 24'296         | 24'346         | 24'428         |
| Accident                  | 15'441         | 14'855         | 14'297         | 13'750         |
| <b>Total</b>              | <b>217'944</b> | <b>217'687</b> | <b>218'123</b> | <b>219'899</b> |

Source : OFAS - Statistique de l'AI - © OFAS

Les maladies psychiques sont classifiées actuellement selon 9 codes définis dans la CSIP :



Source : OFAS - DWH AI

En guise de comparaison, la classification CIM-10-GM-2022<sup>13</sup>, qui est utilisée en Suisse pour le codage des diagnostics des cas stationnaires depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022, propose dans son catalogue une classification bien plus détaillée de l'information. A titre d'illustration, le groupe schizophrénie (F20.0), qui représente un seul code pour l'AI, peut selon la CIM-10-GM être détaillé par exemple en schizophrénie paranoïde (F20.0), en schizophrénie hétérotypique

<sup>13</sup> <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/publications.as-setdetail.20665872.html>

### **Pour un codage différencié des infirmités AI**

(F20.1) ou en schizophrénie catatonique (F20.2) En tout, ce ne sont pas moins de 9 déclinaisons de cette maladie qui sont répertoriées.

Cet exemple démontre la possibilité de définir de manière très précise le diagnostic médical en utilisant la CIM-10-GM. Cette granularité n'apporte cependant aucune valeur ajoutée car la mesure prononcée n'est pas associée de manière systématique au diagnostic médical, la mesure étant définie sur la base de l'examen des capacités de la personne assurée.

## 4 Appréciation

### 4.1 Liste de codage des diagnostics médicaux suffisante

La liste des infirmités congénitales a été révisée la dernière fois dans le cadre du DCAI, dans un souci de modernisation et d'actualisation. La liste de codage des diagnostics médicaux à la suite d'une maladie ou d'un accident n'a quant à elle pas fait l'objet de changements majeurs ces dernières années. Cette situation s'explique avant tout par le fait que le diagnostic médical est saisi à un niveau d'agrégation général qui ne requiert pas constamment des adaptations. La liste de codage des diagnostics suite à une maladie ou à un accident est peu sensible aux changements et a donc l'avantage de la stabilité. Suffisante et adaptée pour le pilotage et la surveillance de l'assurance, elle ne permet certes pas de suivre et d'exploiter des informations précises quant aux diagnostics médicaux. Cela étant, elle peut en tout temps être adaptée, dès lors qu'un besoin particulier est éprouvé et qu'une nouvelle granularité est requise. Mais une précision apparente n'apporte aucune valeur ajoutée à l'AI. Même si les chercheurs peuvent voir un avantage avec une classification internationale, cela dépend d'abord de la question qui est posée. Pour les travaux de recherche ou l'étude de cas particuliers, la consultation du dossier des personnes assurées est indispensable pour obtenir des résultats significatifs.

### 4.2 Procédure et signification du diagnostic médical

La procédure d'instruction de la demande suite à une annonce est régie par la maxime officielle. L'annonce contient les premières indications sur le cas d'espèce de la part de l'employeur et du médecin traitant. Ces derniers ainsi que la personne assurée, fournissent les premiers renseignements sur les faits. Lors de l'instruction médicale, les aspects suivants sont examinés : l'atteinte à la santé, le diagnostic, les limitations fonctionnelles et l'impact sur la capacité de travail, la description du traitement et de son plan ainsi que des informations sur le quotidien de la personne assurée. Enfin les possibilités de réadaptation et les ressources dont dispose la personne assurée sont également évaluées. La mesure de réadaptation octroyée dans le processus de l'AI répond à la capacité d'une personne assurée à assumer une mesure de réinsertion de toute nature ou à exercer une activité professionnelle. Quel que soit le diagnostic médical, ce sont les ressources et les compétences individuelles de la personne assurée qui sont évaluées.

En tenant compte de la biographie de la personne assurée, de ses conditions de vie et des ressources personnelles dont elle dispose, une classification plus précise n'apporte aucune valeur ajoutée. Le DCAI a permis de renforcer et d'approfondir la stratégie de réadaptation. Dans ce contexte, l'employabilité doit être pris en compte sous toutes ses formes. L'introduction du système de rentes sans paliers est également une incitation importante qui favorise la réadaptation professionnelle. Associer le diagnostic médical et la mesure de réadaptation ne présente pas de valeur ajoutée pouvant contribuer au succès d'une réinsertion. Si toute personne souffrant d'une maladie définie se voyait attribuer une mesure identique, cela remettrait en question le rôle et les objectifs de l'AI et contreviendrait clairement à la volonté du législateur. L'examen des capacités de la personne assurée n'aurait alors pas de raison d'être et la mesure serait octroyée sans examen, de manière automatique. Même si le diagnostic médical reste une donnée de base essentielle dans le processus de prise en charge de l'AI, c'est davantage l'atteinte fonctionnelle qui en découle qui permet au médecin ou au spécialiste de la réadaptation de l'AI d'estimer la capacité de travail de la personne assurée.

### **4.3 CIM-10-GM uniquement pour le stationnaire**

La CIM-10-GM actuellement en vigueur en Suisse ne revêt le caractère obligatoire que pour les hôpitaux et les cliniques, et ce uniquement pour les prestations du domaine stationnaire. Or, toutes les personnes assurées de l'AI n'ont pas été hospitalisées dans un établissement de soins ou une clinique laissant au médecin traitant la liberté de renseigner le diagnostic dans le rapport médical du patient, sans pour autant devoir se baser sur une classification officielle. L'AI ne peut actuellement s'appuyer sur aucun système établi et couvrant toutes les formes de prises en charge médicales, puisqu'il n'en existe aucun. L'OFS est responsable de la publication de la CIM-10-GM dans les langues française et italienne. La version allemande, version de référence, est publiée par le « Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte » (BfArM) en Allemagne. La gestion et la responsabilité de la mise en place de la CIM-10-GM en Suisse est sous la responsabilité de l'OFS. L'AI n'a ni les moyens, ni les compétences de mettre en place un tel système, car il nécessite une organisation et des règles précises qui vont largement au-delà de son domaine d'activité. La CIM-10-GM et ses 14'200 codes se caractérise par son exhaustivité et sa précision dans la description de la pathologie en comparaison aux moins de 300 codes utilisés actuellement par l'AI. La pertinence de ce détail ne revêt pour l'AI qu'une utilité marginale.

### **4.4 Potentiel d'adaptation de la liste de codage**

Le Conseil fédéral ne se positionne pas contre le fait de développer la liste de codage des diagnostics médicaux pour les infirmités congénitales, il reconnaît que dans des cas bien précis, notamment lorsqu'il y a une analyse sur une maladie, l'information disponible peut être lacunaire. Des adaptations peuvent toutefois être recommandées, comme par exemple dans le cas de l'autisme, car ce diagnostic médical n'est que laconiquement mentionné avec un seul code d'infirmité dans la CSIP. Dans ces domaines ciblés, il est naturellement envisageable de procéder à des adaptations spécifiques. Chez les adultes, il défend le fait que des diagnostics médicaux détaillés ne sont en principe pas utiles pour définir une mesure professionnelle ou octroyer une rente, car, outre un diagnostic, une appréciation globale de la situation de la personne concernée est effectuée et s'avère décisive pour déterminer les mesures adéquates.

## **5 Conclusion**

L'assurance-invalidité se concentre sur la réadaptation et poursuit l'objectif de réduire ou de supprimer les limitations de la capacité de gain dues à des raisons de santé et de compenser la perte de gain due à de telles limitations dans le cadre de la garantie du minimum vital. Le lien de causalité entre les restrictions liées à la santé et la capacité d'effectuer un travail ou de gain est essentiel. Les précurseurs de l'AI ont placé la capacité de travail d'une personne au centre de l'offre de prestations de l'assurance et en ce sens, la Suisse se distingue des pays comme la France, l'Allemagne ou l'Italie. Dans ces pays, les prestations sont accordées sur la base d'un diagnostic médical. En revanche, la Grande-Bretagne ou les Pays-Bas ne fondent pas l'octroi des prestations uniquement sur des diagnostics médicaux.

Le Conseil fédéral voit dans la proposition du postulat davantage de risques que d'opportunités. La modification structurelle de la liste existante des diagnostics médicaux n'apporte pas d'amélioration des mesures de réadaptation. Il faut rappeler que la mission essentielle de l'AI vise à identifier la capacité d'une personne assurée à se réinsérer dans la société. La cause de

## **Pour un codage différencié des infirmités AI**

l'infirmité (diagnostic médical) est une information de base dans le processus de traitement du dossier de la personne assurée, mais n'a pas de prépondérance lorsqu'il s'agit de prononcer une mesure. C'est particulièrement le cas pour les maladies psychiques pour lesquelles l'atteinte fonctionnelle est très individuelle et peut présenter des formes très différentes.

L'association d'un diagnostic médical avec une mesure est considérée comme un risque vers une automatisation, contredisant l'idée du législateur qui souhaite renforcer l'AI en tant qu'assurance de réadaptation. La proposition va dans le sens inverse de la dernière réforme qui vient d'être mise en œuvre et qui vise précisément à trouver de meilleures solutions de réadaptation pour les personnes atteintes dans leur santé mentale ou les jeunes en particulier.

L'AI ne peut s'appuyer sur aucun système statistique de classification des maladies existant et couvrant tous les traitements médicaux. Seules des données sur les traitements stationnaires, collectées selon des règles statistiques officielles, pourraient être exploitées par l'AI. Pour les traitements ambulatoires, l'AI devrait alors elle-même établir des règles pour la saisie des codes de diagnostic, sans posséder ni les compétences ni le savoir-faire nécessaires.

Le Conseil fédéral parvient à la conclusion, d'un point de vue général, qu'il n'y a pas lieu d'agir.