

CONSEIL DES ÉTATS

Commission de la sécurité sociale et de la santé publique (CSSS)

Séance du 14 août 2025

25.039 Loi fédérale sur les allocations pour perte de gain (Harmonisation des prestations dans le régime des APG). Modification

Coordination du régime des APG avec les autres branches d'assurances sociales

Mandat de la CSSS-E du 26 juin 2025

1. Mandat

L'administration a été chargée de rédiger un rapport montrant comment le régime des allocations pour perte de gain (APG) est coordonné avec les autres branches d'assurance sociale, ainsi qu'avec le code des obligations. La commission demande en outre d'expliquer quels sont les rapports et les différences entre le congé de prise en charge relevant des APG et l'indemnisation des proches aidants par l'assistance obligatoire des soins (AOS).

2. Coordination des prestations sociales

La jurisprudence et la doctrine opèrent généralement une distinction entre trois modes de coordination en matière d'assurances sociales : la coordination intrasystémique (à l'intérieur du même système d'assurance sociale), intersystémique (entre plusieurs systèmes d'assurances sociales) et extrasystémique (entre les assureurs sociaux et les autres régimes d'indemnisation). Les deux premiers types de coordination sont ci-après analysés dans le cadre du présent mandat.

2.1. Coordination intrasystémique

La coordination intrasystémique porte sur les prestations d'un même régime d'assurance sociale. Dans la mesure où la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS **830.1**) ne prévoit pas de règles de coordination intrasystémique (art. 63, al. 3, LPGA), la loi fédérale sur les allocations pour perte de gain (LAPG ; RS **834.1**) est applicable à la coordination dans le régime des APG.

Les art. 16g, 16m et 16s LAPG et l'art. 16w^{quater} P-LAPG réglementent notamment, à leur al. 1, la coordination entre l'allocation de maternité, l'allocation à l'autre parent, l'allocation de prise en charge, l'allocation d'adoption et l'allocation de service.

L'allocation de maternité, l'allocation à l'autre parent et l'allocation d'adoption priment sur l'allocation de prise en charge ainsi que sur l'allocation de service. Dans la mesure où la révision de la LAPG vise une harmonisation, des règles de coordination supplémentaires sont introduites dans le projet du Conseil fédéral.

L'allocation de prise en charge est une prestation subsidiaire. Aucune règle de priorité n'avait été fixée pour l'allocation à l'autre parent¹, qui n'était pas en vigueur au moment des débats

¹ La terminologie *allocation à l'autre parent* consiste en une modification terminologique de l'*allocation de paternité* (entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2021) et fait suite à l'entrée en vigueur des modifications législatives liées au mariage civil pour tous, le 1^{er} juillet 2022.

parlementaires sur l'allocation de prise en charge. Les commentaires relatifs à l'art. 16*m* LAPG précisait toutefois que l'allocation à l'autre parent exclut généralement le versement d'indemnités journalières d'autres assurances sociales². Dans le projet du Conseil fédéral, la disposition est ainsi complétée en conséquence. Cette règle est également reprise pour l'allocation d'adoption (art. 16*w^{quater}* P-LAPG).

L'allocation de prise en charge ne peut être octroyée que si le parent qui la demande ne perçoit pas, pour le jour en question, d'autre allocation du régime des APG. Ainsi, durant son congé de maternité, la mère bénéficiant de l'allocation de maternité ne peut pas prétendre à l'allocation de prise en charge, ni pour son nouveau-né, ni pour un autre de ses enfants (art. 16*g*, al. 1, let. f, P-LAPG).

À l'inverse, le projet prévoit que, durant cette période, l'autre parent pourra demander l'allocation de prise en charge également pour le nouveau-né. Cette possibilité existe déjà actuellement dans le cas où c'est un autre enfant qui est atteint dans sa santé. En revanche, durant les jours de congé qu'il prend au titre de congé de l'autre parent, aucune allocation de prise en charge ne pourra lui être octroyée (art. 16*m*, al. 1, let. f, P-LAPG). Durant ces jours, seule la mère peut l'obtenir, à condition qu'elle ne perçoive plus d'allocation de maternité. La même règle vaut pour l'allocation d'adoption, à savoir que pour les jours pour lesquels une allocation d'adoption est versée, aucune allocation de prise en charge ne peut être octroyée à la personne qui perçoit déjà l'allocation d'adoption.

2.2. Coordination intersystémique

La LPGA vise plusieurs objectifs généraux de coordination du droit fédéral des assurances sociales. Dans ce cadre, elle prévoit une réglementation consacrée principalement à la coordination des prestations entre les divers régimes d'assurances sociales (art. 63 à 71 LPGA).

La surindemnisation des prestations d'assurances sociales est réglée à l'art. 69 LPGA. En vertu de cette disposition, le concours de prestations des différentes assurances sociales ne doit pas conduire à une surindemnisation de l'ayant droit. L'interdiction de la surindemnisation en concours de prestations de différentes assurances sociales impose un calcul de surindemnisation selon la méthode de la concordance des droits, c'est-à-dire au travers de la comparaison entre les prestations en cause à l'aide de quatre critères : fonctionnel, temporel, personnel et événementiel (art. 69, al. 1, LPGA). En d'autres termes, seules les prestations d'un but et d'un type analogues, allouées à la même personne, pour le même événement dommageable et pour la même période sont prises en considération dans les opérations de coordination intersystémique.

Dans ce cadre, la concordance des droits a été analysée dans cinq types de prestations d'assurances sociales : l'assurance-vieillesse et survivants (AVS), l'assurance-invalidité (AI), l'assurance-chômage, l'assurance-maladie et le code des obligations.

2.2.1. AVS/AI

L'art. 63, al. 2, LPGA considère l'AVS et l'AI comme une seule assurance sociale. Il en découle que les règles de coordination de la LPGA ne leur sont pas applicables et que leurs prestations sont exclusivement coordonnées selon les dispositions de la loi sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS ; RS **831.10**) et de la loi sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS **831.20**).

² FF **2019** 3309, 3319

La perception simultanée de la rente de vieillesse avec l'allocation en cas de service est exclue lorsque la totalité de la rente de vieillesse est perçue, mais au plus tard à l'âge de référence de 65 ans (art. 1a, al. 4^{bis}, LAPG). Les bénéficiaires d'une rente de vieillesse peuvent percevoir les prestations du régime de la LAPG liées à la parentalité, uniquement si elles remplissent les conditions, impliquant *de facto* l'exercice d'une activité lucrative impliquant une perte de gain. Dans la pratique, une telle situation est toutefois rare.

S'agissant des rentes de survivants, outre la règle selon laquelle seule la rente la plus élevée est versée si une personne remplit simultanément les conditions d'octroi d'une rente de survivants et d'une rente de vieillesse ou d'une rente en vertu de la LAI (art. 24b et 28^{bis} LAVS), il est possible pour les bénéficiaires de rentes de survivants de percevoir des prestations du régime de la LAPG s'ils remplissent les conditions d'assurance. Dans ces cas, la rente de survivant ne fait pas partie intégrante du revenu déterminant pour le calcul de l'allocation pour perte de gain. Il en va de même en ce qui concerne les rentes de l'assurance-invalidité.

Par ailleurs, les allocations du régime de la LAPG liées à la parentalité priment sur le versement des indemnités journalières de l'assurance-invalidité. Cette règle est également reprise pour l'allocation d'adoption dans le cadre du projet du Conseil fédéral (art. 16w^{quater}, al. 1, let. b, P-LAPG)

Si une personne a bénéficié d'une indemnité journalière de l'assurance-invalidité immédiatement avant l'événement couvert par la LAPG, le montant total de l'allocation correspond au moins à celui de l'indemnité journalière préalablement versée (art. 9 OAPG). Font exception à cette règle les personnes sans enfant effectuant l'école de recrue, qui toucheront dans ce cas une allocation d'un montant forfaitaire de 69 francs, indépendamment du fait d'avoir exercé ou non une activité lucrative avant l'entrée en service (art. 9 LAPG).

Il est également opportun d'aborder la bonification pour tâche d'assistance de l'AVS (BTA, art. 29^{septies} LAVS). Il s'agit là d'un revenu fictif crédité sur le compte individuel d'une personne assurée, à la demande de celle-ci, pour chaque année où elle prend soin de proches parents ou du partenaire au bénéfice d'une allocation pour impotent de l'AVS, de l'AI, de l'assurance accident ou de l'assurance militaire. De même que les bonifications pour tâches éducatives (BTE, art. 29^{sexies} LAVS), les bonifications pour tâches d'assistance correspondent au triple du montant de la rente de vieillesse annuelle minimale au moment de la naissance du droit à la rente, soit 45 360 francs par an (état 2025). Les années civiles durant lesquelles il existe simultanément un droit aux BTE ne donnent pas droit, pour une seule et même personne, à des BTA.

En conséquence, la BTA représente un élément de calcul de la rente de vieillesse et non une prestation de l'AVS. Elle consiste en une composante du revenu annuel moyen déterminant servant à fixer le montant de la rente de vieillesse et ne doit donc pas être assimilée à une autre prestation, comme l'allocation de prise en charge de l'APG, ou une prestation en faveur des proches aidants de l'assurance obligatoire des soins (AOS).

2.2.2. Assurance-chômage

Comme évoqué précédemment, les art. 16g, 16m, 16s LAPG et 16w^{quater} P-LAPG prévoient à leur al. 1 que, respectivement, l'allocation de maternité, l'allocation à l'autre parent, l'allocation de prise en charge et l'allocation d'adoption excluent le versement des indemnités journalières de l'assurance chômage (let. a).

Conformément à l'art. 95, al. 1^{bis}, LACI (RS **837.0**), l'assuré qui a touché des indemnités de chômage et perçoit ensuite, pour la même période, des indemnités journalières au titre de la

LAPG est tenu de rembourser les indemnités journalières versées par l'assurance-chômage au cours de cette période.

Par ailleurs, le Conseil fédéral prévoit l'extension dans la LAPG de l'octroi de l'allocation d'adoption aux parents au chômage ou en incapacité de travail (art. 16^t, al. 1^{bis}, P-LAPG). Cette modification vise à harmoniser le droit aux prestations pour l'ensemble des risques assurés par le régime de la LAPG et à combler cette lacune.

2.2.3. Assurance-maladie

Conformément à l'art. 69, al. 1, LPGA, le calcul de la surindemnisation ne prend en compte que des prestations de nature et de finalité identiques qui sont accordées à l'assuré en raison de l'événement dommageable.

Dans la mesure où les parents employés par une organisation de soins et d'aide à domicile perçoivent un salaire, leur rémunération ne constitue pas une prestation d'assurance sociale coordonnée avec les APG (voir à ce sujet le point 3.2). En d'autres termes, un tel emploi n'exclut pas la perception simultanée d'allocations pour perte de gain telles que l'allocation de prise en charge.

2.2.4. Code des obligations

Le code des obligations (CO ; RS **220**) prévoit le congé de maternité (art. 329^f CO), le congé de l'autre parent (art. 329^g CO), le congé pour la prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident (art. 329ⁱ CO) et le congé d'adoption (art. 329^j CO). Le régime des allocations pour perte de gain est par conséquent coordonné avec les congés prévus par le CO.

Lorsque l'employeur verse le salaire intégral pendant le congé indemnisé par le régime APG, l'allocation est en principe payée à l'employeur (art. 19, al. 2, LPGA en relation avec les art. 21, al. 2, 35, al. 4, 35^k, al. 1, et 35^s, al. 2, OAPG). Même si l'employeur continue de verser le salaire durant le congé indemnisé, il est libre de choisir que l'indemnité soit versée directement à l'ayant droit. L'allocation revenant à l'employeur ne doit cependant jamais dépasser le montant du salaire qu'il alloue durant le congé indemnisé. Le cas échéant, l'excédent doit être versé directement à l'ayant droit (ch. 6030.1 et 6031 DAPG). Plutôt exceptionnelle, cette situation peut concerner notamment l'allocation en cas de service, puisqu'une allocation minimale pouvant dépasser le salaire versé y est prévue.

Par ailleurs, si le travailleur est empêché de travailler sans faute de sa part (art. 324^a CO) pour des causes inhérentes à sa personne, telles que maladie, accident, accomplissement d'une obligation légale ou d'une fonction publique, l'employeur verse le salaire pour un temps limité, y compris une indemnité équitable pour le salaire en nature perdu, dans la mesure où les rapports de travail ont duré plus de trois mois ou ont été conclus pour une durée supérieure à trois mois.

Le Conseil fédéral prévoit également d'élargir le droit à l'allocation de prise en charge aux cas dans lesquels l'enfant doit être hospitalisé pendant au moins quatre jours consécutifs, et où au moins l'un des parents doit interrompre son activité lucrative pour prendre en charge l'enfant. Dans ces cas, un délai de carence de trois jours s'applique. Cela signifie que le versement des indemnités journalières débute le quatrième jour d'hospitalisation et se limite à la durée de l'hospitalisation et de la convalescence qui s'ensuit. Ce délai de carence de trois jours garantit d'éviter le cumul de cette indemnisation avec le congé pour la prise en charge de proches (art. 329^h CO). En effet, il s'agit là d'un congé de trois jours, payé par l'employeur pour les travailleurs qui doivent s'absenter du travail pour prendre en charge un membre de leur famille ou leur partenaire.

3. Allocation de prise en charge et indemnité AOS pour les proches aidants

3.1. Contexte

Le 20 décembre 2019, le Parlement a adopté une nouvelle loi visant à améliorer la situation des proches aidants en soutenant la conciliation entre prise en charge de proches et activité professionnelle. L'entrée en vigueur a eu lieu en deux étapes. Le premier train de mesures est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2021 et comprend le congé de trois jours pour les absences au travail de courte durée, l'extension du droit aux bonifications pour tâches d'assistance de l'AVS et l'adaptation du droit à l'allocation pour impotent et au supplément pour soins intenses de l'AI. Dans un deuxième temps, un congé de 14 semaines pour la prise en charge d'un enfant gravement malade ou accidenté est entré en vigueur le 1^{er} juillet 2021.

3.2. Congé de prise en charge de l'APG

Le congé de prise en charge relevant de l'APG (art. 16n LAPG) est prévu pour les parents qui s'occupent de leur enfant gravement atteint dans sa santé. Le congé de 14 semaines est indemnisé par une allocation pour perte de gain et peut être partagé entre les parents. Cette prestation n'est pas prévue pour les soins aux personnes âgées.

3.2.1. Conditions d'octroi

Les parents souhaitant prendre un congé indemnisé pour s'occuper de leur enfant gravement malade ou accidenté doivent remplir l'une des conditions suivantes :

- exercer une activité lucrative salariée ou indépendante ;
- travailler dans l'entreprise du conjoint ou de la conjointe contre un salaire en espèces ;
- percevoir des indemnités journalières de l'assurance-chômage ;
- être en incapacité de travail en raison d'une maladie ou d'un accident et percevoir à ce titre des indemnités journalières d'une assurance sociale ou privée, pour autant que ces indemnités soient calculées sur la base d'un revenu antérieur ;
- être employés mais ne plus recevoir de salaire du fait que leur droit au maintien du versement du salaire ou aux indemnités journalières est épuisé.

L'enfant doit avoir moins de 18 ans au moment où survient la maladie ou l'accident. Un certificat du médecin doit attester de l'atteinte grave à la santé. Un enfant est réputé gravement atteint dans sa santé :

- s'il a subi un changement majeur de son état physique ou psychique ;
- si l'évolution ou l'issue de ce changement est difficilement prévisible ou qu'il faut s'attendre à ce qu'il conduise à une atteinte durable ou croissante à l'état de santé ou au décès ;
- si l'enfant présente un besoin accru de prise en charge de la part d'un des parents, et
- si au moins l'un des parents interrompt son activité lucrative pour s'occuper de l'enfant.

3.2.2. Montant de l'allocation

Le congé pour la prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé est de 14 semaines. Il est indemnisé par le régime des APG. L'indemnité journalière s'élève à 80 % du revenu moyen perçu avant le début du droit à l'allocation, mais au maximum à 220 francs par jour. Le montant maximal est atteint à partir d'un salaire mensuel de 8250 francs ($8250 \text{ francs} \times 0,8 / 30 \text{ jours} = 220 \text{ francs/jour}$) et, pour les indépendants, d'un revenu annuel de 99 000 francs ($99\,000 \text{ francs} \times 0,8 / 360 \text{ jours} = 220 \text{ francs/jour}$).

Le congé de prise en charge peut être pris en une seule fois ou sous forme de jours isolés. L'allocation peut être perçue dans un délai-cadre de 18 mois, qui commence à courir le jour du versement de la première indemnité journalière. Les parents se répartissent librement les

14 semaines de congé, l'un pouvant par exemple prendre 10 semaines et l'autre 4 semaines. Ils peuvent également prendre des jours de congé en même temps. Le cas échéant, deux indemnités sont versées pour le même jour (une pour chaque parent).

3.2.3. Interruption de l'activité lucrative

L'allocation de prise en charge du régime APG suppose l'interruption de l'activité lucrative exercée avant que l'enfant ne tombe malade ou ne soit accidenté. Les parents doivent pouvoir suspendre leur activité professionnelle pour s'occuper de leur enfant malade. Si l'activité usuelle est reprise, le droit à l'allocation de prise en charge s'éteint. Il ne s'éteint cependant pas si une personne exerçant deux activités lucratives poursuit l'une d'elles ou entreprend une nouvelle activité lucrative pendant l'interruption.

Lorsque des parents sont engagés par un service de soins à domicile pour s'occuper de leur enfant malade, leur droit à l'allocation de prise en charge ne s'éteint pas, puisque l'activité lucrative initiale n'a pas été reprise et que son interruption perdure. L'allocation de prise en charge constitue non pas un salaire pour les soins prodigués mais un substitut au revenu de l'activité lucrative exercée avant d'être interrompue.

3.3. Indemnisation par l'AOS

Selon l'art. 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS **832.10**), le financement des soins est assuré par trois sources :

- une contribution aux soins versée par l'assureur-maladie. Ces contributions sont définies, pour les soins à domicile, selon leur catégorie, à l'art. 7a, al. 1 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS **832.112.31**) ;
- une participation de l'assuré qui ne peut dépasser 20 % de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral (certains cantons s'abstiennent de demander une participation au patient) ;
- le financement résiduel régi par les règles du canton où se situe le fournisseur de prestations.

Les soins sont définis à l'art. 7 OPAS et sont fournis, entre autres, par des organisations de soins et d'aide à domicile. Ces organisations doivent avoir été admises conformément à l'art. 51 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS **832.102**).

Dans son arrêt du 18 avril 2019, le Tribunal fédéral a retenu que les organisations de soins et d'aide à domicile peuvent faire appel à des proches sans formation professionnelle en soins infirmiers pour les prestations de base générales (art. 7, al. 2, let. c, OPAS), à condition toutefois de s'assurer que la surveillance ou le suivi requis sont réalisés par du personnel soignant diplômé. Le Tribunal fédéral a ainsi confirmé l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances [K156/04](#) du 21 juin 2006 selon lequel il est en principe possible d'engager des proches pour fournir des prestations de soins de base, la loi et les ordonnances ne fixant pas d'exigences minimales en matière de qualifications professionnelles pour les employés des organisations de soins et d'aide à domicile. Si les conditions définies dans les arrêts précités sont remplies, les soins de base dispensés par des proches aidants par le biais d'organisations de soins et d'aide à domicile peuvent donc être facturées à l'AOS ou cofinancées par l'AOS conformément aux règles du financement des soins. Les examens et les traitements (art. 7, al. 2, let. b, OPAS) ainsi que l'évaluation, les conseils et la coordination (art. 7, al. 2, let. a, OPAS) ne peuvent en revanche être fournies que par des infirmiers.

L'étendue des prestations fournies est déterminée par une évaluation des soins requis (art. 8a OPAS) effectuée par un infirmier au sens de l'art. 49 OAMal (RS **832.102**), en collaboration avec le patient ou ses proches, et est transmise immédiatement pour information au médecin

traitant (art. 8a, al. 1^{bis}, OPAS). Cette évaluation inclut l'appréciation de l'état général du patient et l'évaluation de son environnement social (art. 8a, al. 3, OPAS).

L'organisation de soins et d'aide à domicile apparaît comme le fournisseur de prestations. C'est donc elle qui établit les factures et qui perçoit le financement. Elle verse ensuite au proche aidant le salaire convenu dans le contrat de travail en déduction des différentes assurances sociales.

Un proche aidant ne pourra pas fournir, à la charge de l'AOS, plus de soins que ceux qui auraient été fournis par un employé d'une organisation de soins et d'aide à domicile sans liens de proximité avec le patient.

Toutefois, du point de vue de la liberté économique – droit fondamental garanti par la Constitution (art. 27 Cst, RS **101**) – qui prévoit le libre choix de la profession, le libre accès à une activité économique lucrative privée et son libre exercice, il est difficilement envisageable d'empêcher une personne d'être employée et rémunérée au sein d'une organisation de soins et d'aide à domicile même dans le cas de soins de base fournis à un proche aidant.

Les conditions de restriction des droits fondamentaux – être fondée sur une base légale ; être justifiée par un intérêt public ou par la protection d'un droit fondamental d'autrui ; être proportionnée au but visé – ne sont, dans ce cas, pas remplies.

Il relève du libre choix du proche de se faire engager par une organisation de soins et d'aide à domicile pour fournir des soins de base à la charge de l'AOS ou de laisser la charge de fournir ces soins à toute autre soignant travaillant pour une telle organisation admise à pratiquer pour le compte de l'AOS.

3.4. Exclusion du cumul de l'allocation de prise en charge et de l'indemnité AOS

En vertu du droit en vigueur, il est possible de percevoir simultanément une allocation de prise en charge et une indemnité de l'AOS. Ces deux indemnisations ont toutefois des objectifs différents : l'allocation de prise en charge compense la perte de revenu du parent qui s'occupe de l'enfant, tandis que l'indemnité AOS rémunère les soins apportés à l'enfant (soins de base, examens et traitements, évaluation, conseils et coordination, etc.). Les cas où ces deux prestations pourraient être perçues par la même personne devraient toutefois s'avérer très rares. Il est aussi possible qu'une allocation soit perçue pour un travail à taux réduit alors que la prestation est demandée pour d'autres périodes sans lien avec l'activité lucrative. En cas d'exclusion d'un cumul des deux prestations, il serait nécessaire de décider quelle prestation serait prioritaire.

3.4.1. Priorité à l'allocation de prise en charge

Si la priorité est donnée à l'allocation de prise en charge, le droit au remboursement de l'indemnité AOS disparaît dès lors qu'une allocation de prise en charge est perçue. Cette solution entraînerait toutefois l'exclusion de tous soins au sens de l'art. 25a LAMal, y compris ceux fournis par des tiers.

Il importe de tenir compte du fait que, comme déjà évoqué, le fournisseur de prestations au sens de la LAMal n'est pas le proche aidant ou le parent mais bien l'organisation de soins et d'aide à domicile admise à pratiquer à la charge de l'AOS. C'est cette dernière qui perçoit, entre autres formes de financement des soins fournis, la contribution de l'AOS.

En cas d'exclusion générale des prestations de soins au sens de l'art. 25a LAMal, les points suivants sont à prendre en considération :

- L'art. 16s, al. 3, nLAPG proposé exclut de fait toute forme de soins au sens de l'art. 7, al. 2, OPAS à savoir : l'évaluation, les conseils et la coordination (art. 7, al. 2, let. a, OPAS) ; les examens et les traitements (art. 7, al. 2, let. b, OPAS) et les soins de base (art. 7, al. 2, let. c, OPAS). L'exclusion des seuls soins de base créerait une inégalité de traitement des différentes prestations de l'AOS sans raisons justificatives. De plus, elle impliquerait que toute prestation de soins serait exclue quelle que soit le soignant (proche aidant ou parent, ou toute autre soignant travaillant pour une telle organisation admise à pratiquer à la charge de l'AOS).
- L'assistance et les soins, au sens de l'art. 25a LAMal, ne sont pas des prestations de même nature. À ce sujet, il convient de considérer l'arrêt du Tribunal fédéral (TF) 9C_480/2022 du 29 août 2024 dans lequel, en modifiant sa jurisprudence, le TF conclut qu'il ne peut y avoir surindemnisation en cas de cumul de contributions aux soins LAMal et d'une allocation pour impotent. Une analogie peut être faite dans le cas présent.
- Une alternance entre la prise en charge des soins de base par l'AOS et l'allocation prévue par la LAPG est difficilement envisageable sans que cela n'entraîne une importante charge de travail administratif.

3.4.2. Priorité à l'indemnité AOS

Si la priorité est donnée à l'indemnité AOS, c'est le droit à l'allocation de prise en charge qui tombe. Comme le congé de prise en charge prévu par le droit du travail (art. 329i CO) ne peut être pris qu'en cas de droit à l'allocation de prise en charge en vertu de la LAPG, donner la priorité à l'indemnité AOS ferait tomber le droit des personnes concernées au congé de prise en charge prévu par le droit du travail. S'en trouveraient lésées notamment les personnes qui exercent une activité lucrative, puisqu'elles se verraient contraintes de prendre un congé non payé ou un congé maladie ; ce dernier entraînerait la poursuite du versement du salaire par l'employeur et exclurait le droit à une prestation du régime des APG, ce qui constituerait alors une nette régression tant pour les travailleurs que pour les employeurs.

4. Conclusion

Que ce soit dans le cadre de l'analyse de la coordination intrasystémique ou intersystémique, aucune lacune n'a été constatée et il apparaît que la réglementation prévue n'entraîne pas de surindemnisation avec les autres branches des assurances sociales. Le projet du Conseil fédéral n'aura dès lors pas pour effet d'indemniser les ayants droit au-delà de la perte économique qu'ils subiront effectivement.

L'analyse d'une éventuelle exclusion du cumul de prestation entre l'allocation de prise en charge et les indemnités de l'AOS montre qu'une telle exclusion présente, dans les deux cas de figure, d'importants inconvénients, raison pour laquelle le statu quo devrait être maintenu. En effet, tant l'allocation de prise en charge que les prestations LAMal remplissent leurs objectifs.

Les atteintes graves à la santé donnant droit à une allocation de prise en charge exigent des soins intensifs à prodiguer par les parents et par du personnel médical spécialisé. On n'a pas affaire ici à des situations bénignes, mais à des cas dont l'issue du processus de guérison est incertaine et où même le décès de l'enfant ne saurait être exclu. Ces situations sont extrêmement pénibles aussi bien pour l'enfant que pour ses parents. Le bien-être de l'enfant

exige qu'il reçoive les soins et les traitements dont il a besoin. À cet égard, le soutien des parents est tout aussi crucial.