



Droit et handicap

numéro 1/04 mars 2004

Sommaire:

1. 4^e révision de la LAI (dernière partie): allocation pour impotent en faveur des assurés majeurs
2. Remboursement des frais de maladie et d'invalidité en matière de PC: nouveaux principes valables depuis le 1.1.2004
3. Jurisprudence dans le domaine des PC: fermeture de homes

Auteur: Georges Pestalozzi-Seger (1. -3.)

4^e révision de la LAI (dernière partie): allocation pour impotent en faveur des assurés majeurs

Dans le dernier numéro de „Droit et handicap“, nous avons proposé un résumé détaillé des nouvelles prestations de l'AI destinées au financement des soins et de l'assistance des assurés mineurs. Le présent article, dernier de la série consacrée au thème de la 4^e révision de la LAI, développe les changements intervenus dès le 1.1.2004 dans le domaine des allocations pour impotent versées aux assurés majeurs.

Prestations multipliées par deux

A l'issue de longues délibérations, le Parlement a refusé, à la grande déception de nombreuses personnes concernées, d'opérer un véritable changement de système dans le domaine des allocations pour impotent. Cela signifie que l'échelonnement en trois degrés d'impotence est en principe maintenu, tout comme les critères déterminants pour le calcul de l'impotence qui restent inchangés (à une exception près, cf. ci-dessous). Malgré cela, la révision peut être considérée comme un succès, vu que les montants jusque-là beaucoup trop bas de l'allocation pour impotent ont tout de même été doublés: à compter du 1.1.2004, le montant de l'allocation mensuelle accordée par l'AI est de Fr. 422.- en cas d'impotence faible, de Fr. 1'055.- en cas d'impotence moyenne et de Fr. 1'688.- en cas d'impotence grave (art. 42 ter al. 1 LAI).

Cette augmentation n'est toutefois appliquée que si l'assuré ne réside pas dans un home (art. 42 ter al. 2). Pour les résidents de homes, les montants valables jusqu'ici sont maintenus (Fr. 211.- en cas d'impotence faible, Fr. 528.- en cas d'impotence moyenne et Fr. 844.- en cas d'impotence grave). Si la différenciation entre résidents d'un home et non résidents semble en soi difficile à justifier matériellement, elle est cependant censée compenser le fait que les résidents de homes profitent (en tout cas encore pour l'instant) des subventions que verse l'AI aux institutions, tandis que l'AI n'accorde pas de subventions aux offres de soins et d'assistance ambulatoires.

Quand s'agit-il d'un séjour dans un home?

Dans la loi, la notion de séjour dans un home, resp. de home n'a pas été définie. L'OFAS a comblé cette lacune dans sa circulaire (chiffre 8005 CIIAI) comme suit: „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. Les communautés d'habitation sont réputées homes si l'encadrement fourni est financé par des subventions pour l'exploitation selon l'art. 73 LAI.“ Lorsqu'une personne passe certains jours de la semaine dans un home et d'autres hors institution (p. ex. chez ses parents), elle devra alors vraisemblablement être considérée comme résidente du home si, en l'espace d'une année, elle y passe plus de la moitié des nuits.

Pas d'allocation pour impotent en cas de séjour hospitalier

Alors que les résidents d'un home touchent encore au minimum une „demi“-allocation pour impotent, ces allocations ne seront à l'avenir plus versées aux personnes séjournant dans un hôpital aux frais d'une assurance sociale (p. ex. assurance-maladie, assurance-accidents) pour y recevoir un *traitement curatif*. Ce principe, après avoir

été fixé dans le cadre de la LPGA (art. 67 al. 2), vient d'être précisé dans l'art. 35 bis RAI ainsi que dans la circulaire (chiffre 8112 CIIAI): si le séjour hospitalier dure moins de 8 jours, l'allocation pour impotent continue d'être versée. A partir du huitième jour, elle est réduite proportionnellement pour le mois en question, resp. elle n'est pas versée si le séjour dure le mois entier.

Nouveau: allocation pour impotent en cas de besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie

Les personnes handicapées psychiques ainsi que celles atteintes d'un léger handicap mental, notamment, n'avaient jusque-là pas droit à une allocation pour impotent parce qu'elles ne satisfaisaient pas aux critères donnant droit à ces prestations. Ces personnes, même si elles ne nécessitent pas de soins et de surveillance au quotidien, dépendent néanmoins d'un service d'accompagnement régulier pour faire face aux nécessités de la vie, sans lequel elles ne peuvent pas durablement vivre hors institution. Le législateur a donc décidé qu'à l'avenir, ces personnes devaient elles aussi bénéficier d'une allocation pour impotence de faible degré (Fr. 422.- par mois).

Seuls les assurés majeurs et les personnes ne vivant pas dans un home y ont droit. D'autre part, les personnes handicapées psychiques ne bénéficient de cette allocation pour impotent spécifique qu'à condition d'être par ailleurs bénéficiaires d'au moins un quart de rente de l'AI (art. 42 al. 3 LAI).

Un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie existe lorsqu'une personne, en raison d'une atteinte à sa santé, nécessite de l'aide pour structurer sa journée, pour faire face aux situations qui se présentent au quotidien ou pour tenir son ménage (instructions), resp. si elle a besoin, pour ces activités, d'être quelque peu surveillée et contrôlée (ch. 8050 CIIAI). D'autre part, on peut admettre l'existence d'un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie lorsqu'une personne, pour certaines activités ou rendez-vous nécessaires, n'est pas en mesure de quitter son domicile sans être accompagnée (ch. 8051 CIIAI). Enfin, un tel accompagnement peut être nécessaire dans le but de prévenir le risque d'isolement durable, de perte de contacts sociaux et, par là, de détérioration subséquente de l'état de santé (ch. 8052 CIIAI).

La circulaire administrative stipule que l'accompagnement est considéré comme régulier lorsqu'il est nécessité en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois (ch. 8053 CIIAI). Le choix de la personne chargée de ce service d'accompagnement est en revanche sans importance: il peut s'agir d'accompagnants professionnels, d'assistants volontaires, ou encore de membres de la famille.

Les critères d'acceptation d'un besoin d'accompagnement sont relativement vagues. On peut en effet craindre que la pratique en fasse une interprétation plutôt restrictive et qu'en fin de compte, le nombre de personnes pouvant bénéficier de ces allocations pour impotent sera largement inférieur aux estimations faites par l'administration. C'est en outre lié au fait que les allocations pour impotent ne sont versées qu'après un délai d'attente d'une année et que les personnes handicapées psychiques, du fait de leur état de santé à tendance instable, auront souvent du mal à remplir le délai de carence d'un an. Dans ce contexte, la circulaire administrative stipule au moins que le délai d'attente peut déjà commencer à courir durant le séjour de l'assuré dans une institution de réadaptation ou dans un home (ch. 8097 CIIAI).

Règlement transitoire

Les montants de l'allocation pour impotent sont relevés à compter du 1.1.2004. Les personnes ayant auparavant déjà touché une allocation pour impotent n'ont pas besoin de déposer de demande: l'administration est d'office tenue d'examiner le droit à cette allocation et d'adapter les prestations. Lorsque le présent article paraîtra, de nombreuses personnes concernées bénéficieront déjà des montants majorés de ces prestations. Si cela devait ne pas encore être le cas, il n'y a pas de quoi s'inquiéter: l'adaptation est effectuée rétroactivement au 1.1.2004 si le degré d'impotence est resté inchangé.

Il en est autrement lorsqu'une personne, n'ayant jusque-là pas encore touché d'allocation pour impotent, estime y avoir à présent droit parce qu'elle a régulièrement besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Dans ce cas, on doit conseiller à cette personne de présenter au plus vite une demande auprès de l'office AI.

Hausse de l'allocation pour les assurés retraités?

Notre Service juridique a enregistré un grand nombre de questions à ce sujet; visiblement, beaucoup de personnes à l'âge de la retraite pensaient - à tort - que leur allocation pour impotent allait également être multipliée par deux à partir du 1.1.2004. Or ce n'est pas le cas: l'AVS continue toujours de ne verser qu'une allocation pour impotent d'un montant mensuel de Fr. 528.- (en cas d'impotence moyenne) et de Fr. 844.- (en cas d'impotence grave). Pour des raisons financières, l'idée d'une adaptation des montants n'a pas été envisagée plus avant par l'AVS, bien que cette inégalité de traitement ne soit guère justifiable matériellement.

En revanche, les personnes qui, au moment d'atteindre l'âge réglementaire de la retraite AVS (ou au moment où elles font usage du droit de percevoir une rente de vieillesse anticipée), ont déjà droit à une „double“ allocation pour impotent de l'AI (de Fr. 422.- en cas d'impotence faible, de Fr. 1'055.- en cas d'impotence moyenne et de Fr. 1'688.- en cas d'impotence grave), continueront - dans le cadre des droits acquis - de toucher cette prestation à l'âge de la retraite (art. 43 bis al. 4 LAVS). Ces droits acquis ne profiteront cependant pas à toutes celles et tous ceux qui ont atteint l'âge de la retraite avant le 1.1.2004.

Suppression des subventions aux services de transport pour handicapés

Pour conclure, voici encore une remarque sur l'envers du décor de la 4^e révision de la LAI: malgré une très vive opposition des organisations pour personnes handicapées, le Conseil fédéral a décidé, en quelque sorte en compensation de la hausse des allocations pour impotent, de supprimer intégralement les subventions aux services de transport pour handicapés à compter de fin 2004. Si les cantons ne combleront pas rapidement la brèche ouverte par cette mesure, il est vraisemblable que de nombreuses organisations se verront contraintes à augmenter massivement leurs tarifs, à réduire leurs prestations ou même à supprimer leurs services. Reste à espérer que le préjudice ainsi causé aux personnes à mobilité réduite ne dépassera pas certaines limites; malheureusement, compte tenu de la pression économique qui pèse sur les cantons, cela semble tout sauf certain.

Réduction des subventions pour les prestations d'accompagnement à domicile

A la fin 2004, les subventions versées par l'AI aux organisations d'aide aux invalides pour le financement de l'accompagnement à domicile ne seront, quant à elles, pas carrément supprimées, mais en tout cas considérablement réduites: les personnes suivies par une de ces organisations doivent, pour avoir droit à une allocation pour impotent permettant de faire face aux nécessités de la vie, s'annoncer auprès de l'office AI au plus tard un an après être entrées pour la première fois au bénéfice de „l'accompagnement à domicile“. Dès l'ouverture du droit individuel à une telle allocation, la subvention (souvent supérieure) que verse l'AI à l'organisation pour le financement de cet accompagnement est supprimée. En raison notamment de la période de transition relativement courte, cette solution, prévue afin d'éviter les double financements, causera encore des problèmes financiers supplémentaires à bon nombre d'organisations.

Georges Pestalozzi-Seger

Remboursement des frais de maladie et d'invalidité en matière de PC: nouveaux principes valables depuis le 1.1.2004

Dans le cadre de la 4^e révision de la LAI, le Parlement a non seulement doté le système des allocations pour impotent d'un nouveau concept, mais aussi relevé les limites de remboursement des frais de maladie et d'invalidité en matière de prestations complémentaires. Le Département fédéral de l'intérieur a saisi cette occasion pour redéfinir, dans l'„Ordonnance relative au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires“ (OMPC), les conditions donnant droit au remboursement des frais d'aide, de soins et d'assistance à domicile. Nous en résumons l'essentiel dans ce qui suit:

Augmentation des plafonds de remboursement

Selon le droit jusqu'ici appliqué, les personnes vivant à domicile avaient droit, en plus de la prestation complémentaire annuelle, au remboursement des frais de maladie et d'invalidité d'un montant maximal de 25'000 francs par année (personnes seules ou conjoints de résidents d'un home), resp. de 50'000 francs (couples). Dans certains cas particuliers, s'agissant de personnes gravement handicapées, ces limites se sont avérées trop basses; il a alors fallu faire appel à l'aide sociale ou, comme solution alternative, envisager l'entrée de la personne dans un home. Le Parlement a mis fin à cette situation indigne en relevant massivement les montants maximaux valables pour le remboursement des frais de maladie et d'invalidité.

A présent, les bénéficiaires d'une allocation pour impotence grave peuvent se faire rembourser les frais de maladie et d'invalidité jusqu'à 90'000 francs par année (art. 3d al. 2 bis LPC). Une personne qui perçoit une allocation pour impotence moyenne a droit au remboursement des frais de maladie et d'invalidité jusqu'à 60'000 francs par année (art. 19b al. 1 OPC). D'autre part, pour les couples, les nouvelles limites ont été fixées comme suit (art. 19b al. 2 OPC):

- 180'000 francs en cas d'impotence grave des deux conjoints

- 150'000 francs en cas d'impotence grave d'un conjoint et d'impotence moyenne de l'autre conjoint
- 120'000 francs en cas d'impotence moyenne des deux conjoints
- 115'000 francs en cas d'impotence grave d'un seul conjoint
- 85'000 Franken en cas d'impotence moyenne d'un seul conjoint.

Le relèvement des plafonds de remboursement n'est toutefois valable que pour le remboursement des frais de „soins“ et d'„assistance“, mais pas pour les frais occasionnés p. ex. dans des structures de jour.

Prise en compte de l'allocation pour impotent

Selon le droit jusque-là en vigueur, les allocations pour impotent n'étaient pas prises en compte lors du remboursement des frais de soins et d'assistance. Lorsqu'un assuré, par ailleurs bénéficiaire d'une allocation pour impotent de l'AI ou de l'assurance-accidents, nécessitait p. ex. des soins pour un montant de 20'000 francs, ces frais de soins lui étaient intégralement remboursés sans être réduits du montant de l'allocation pour impotent (dans la mesure où ils n'étaient pas couverts par une l'assurance-maladie ou une autre assurance). Bien que les montants des allocations pour impotent de l'AI aient été multipliés par deux à compter du 1.1.2004, ce principe restera heureusement inchangé tant qu'une personne se fera rembourser des frais de maladie et d'invalidité jusqu'à concurrence de 25'000 francs au maximum par année (art. 3 al. 1 OMPC).

A l'avenir, les frais de soins et d'assistance supérieurs à 25'000 francs par année ne seront toutefois remboursables que s'il s'agit de dépenses non couvertes par une allocation pour impotent. Cette restriction prévue à l'art. 3d al. 2 bis LPC aura pour conséquence de restreindre fortement le champ d'application des nouveaux plafonds de remboursement. L'exemple suivant le démontre de façon simplifiée: une femme gravement handicapée perçoit une allocation pour impotence grave de 1'688 francs par mois, resp. de 20'256 francs par année. Si cette assurée demande à se faire rembourser des frais pris en compte jusqu'à concurrence de 25'000 francs par année, ces frais lui seront versés (comme avant) intégralement dans le cadre des PC. Si elle demande le remboursement de frais de soins et d'assistance d'un montant de 30'000, 35'000 ou 40'000 francs, seuls 25'000 francs pourront malgré tout lui être versés. Ce n'est qu'à partir d'un montant supérieur à 45'256 francs pour des frais de soins et d'assistance qu'elle aura droit à un remboursement supplémentaire dans le cadre des PC.

Cependant, l'allocation pour impotent ne peut être prise en compte dans la proportion où l'assurance-maladie a déjà pris en considération, dans le calcul des frais Spitex à rembourser, l'allocation pour impotent de l'AI ou de l'assurance-accidents et qu'elle a réduit ses prestations en conséquence (art. 3 al. 3 OMPC): le but de cette disposition est d'éviter une double prise en compte des allocations pour impotent.

Droits acquis au moment d'atteindre l'âge de la retraite

Normalement, le relèvement des plafonds de remboursement ne s'applique pas aux bénéficiaires d'une allocation pour impotent de l'AVS. Or si l'assuré, au moment d'atteindre l'âge de la retraite AVS, perçoit déjà une allocation de l'AI pour impotence moyenne ou grave, il pourra bénéficier de l'augmentation même après avoir atteint l'âge de la retraite (art. 3d al. 2 ter LPC).

Dépenses prises en compte

Quels sont concrètement les frais d'aide, de soins et de tâches d'assistance à domicile pouvant être remboursés? Sont remboursables, comme auparavant - et toujours de façon illimitée - tous les frais facturés par une organisation Spitex publique ou reconnue d'utilité publique et non couverts par une autre assurance, notamment une assurance-maladie (art. 13 al. 1 et 2 OMPC). Sont d'autre part remboursés les frais facturés par une organisation Spitex privée et reconnue, dans la mesure où ils correspondent aux frais encourus dans un établissement public ou reconnu d'utilité publique (art. 13 al. 4 OMPC). Il s'agit enfin (comme avant également) des frais d'aide apportée par des personnes privées dans la tenue du ménage, mais uniquement jusqu'à concurrence de 25 francs l'heure et de 4'800 francs au maximum par année (9'600 francs par année au maximum pour les couples), et seulement si les prestations sont fournies par une personne ne vivant pas dans le même ménage (art. 13 al. 6 OMPC).

Soins dispensés par des membres de la famille

Une nouvelle disposition apportée à l'art. 13 b OMPC règle le remboursement des frais de soins et d'assistance dispensés par des membres de la famille. Ces frais sont remboursés (comme jusque-là) si les membres de la famille qui les dispensent ne sont pas pris en compte dans le calcul de la PC et subissent, en raison des soins et des tâches d'assistance, une perte de gain notable pendant une période prolongée. Dans de tels cas, les frais sont remboursés au maximum jusqu'à concurrence de la perte de gain subie. Il n'existe cependant plus de limite supérieure en francs.

Soins et tâches d'assistance dispensés par du personnel engagé

Les conditions de remboursement des frais de soins et d'assistance dispensés par du personnel engagé ont été entièrement révisées. Jusqu'ici, seules les Directives concernant les PC prévoyaient cette possibilité qui, maintenant, est réglée au niveau de l'ordonnance (art. 13 a OMPC). C'est en soi une nouveauté positive, sauf que le remboursement de tels frais a été soumis à des conditions restrictives: d'une part, seules les personnes bénéficiant d'une allocation pour impotence moyenne ou grave y ont droit. D'autre part, un organe désigné par le canton doit préalablement déterminer la part des soins et des tâches d'assistance (p. ex. quel genre de soins, nombre d'heures par jour) qui ne peut, dans un cas concret, être assumée par une organisation Spitex reconnue, ainsi que le profil de la personne à engager (p. ex. une infirmière, une aide familiale, du personnel sans qualification particulière). Les frais ne peuvent être remboursés dans le cadre des PC que dans la mesure où les conditions définies par l'organe cantonal sont respectées. Les cantons doivent à présent désigner les organes compétents dans un délai d'un an. Tant qu'ils ne l'ont pas fait, ces conditions restrictives ne sont pas applicables aux assurés concernés.

Ce règlement entérine à l'échelon de l'ordonnance la primauté des organisations Spitex en matière de soins; ceci est contraire au principe de la liberté de choix et (étant donné que les frais de soins sont supérieurs lorsqu'ils sont dispensés par les organisations Spitex) pas vraiment convaincant du point de vue économique. Il reste à espérer que lesdits organes cantonaux, avec leur pratique, ne compliqueront pas inutilement le modèle, au demeurant sensé, d'une „assistance personnelle“ par l'engagement de personnel d'aide et d'assistance.

Remarque: feuillet d'information

En 1998, après la 3^e révision de la LPC, la FSIH a rédigé un feuillet d'information sur les possibilités de remboursement des frais de maladie et d'invalidité dans le cadre des PC. Compte tenu des nouveautés intervenues dans ce domaine, cette publication vient d'être revue et actualisée; elle peut être commandée auprès du secrétariat de la FSIH (Bürglistrasse 11, 8002 Zurich; 01 201 58 26) ou directement téléchargée à partir de notre site (www.saeb.ch).

Georges Pestalozzi-Seger

Jurisprudence dans le domaine des PC: fermeture de homes

Récemment, le Tribunal fédéral des assurances s'est penché sur la question de savoir si les frais occasionnés par un résidant d'un home pour personnes handicapées durant la fermeture du home pouvaient être remboursés dans le cadre des prestations complémentaires. Concrètement, le tribunal a eu à juger la situation suivante: un résidant d'un home pour personnes handicapées, vivant dans ce home depuis un certain nombre d'années, doit être placé - faute d'alternative - dans un établissement pour personnes âgées pendant la fermeture de son home pour cause de vacances. Ce séjour de relève entraîne d'importants frais supplémentaires non couverts.

Dans son jugement du 13.6.2003 (P 1/03), le TFA a conclu que les frais supplémentaires découlant du séjour dans un établissement pour personnes âgées ne pouvaient pas être remboursés dans le cadre des prestations complémentaires: il a estimé que la liste, figurant à l'art. 3d al. 1 LPC, qui énumère les frais de maladie et d'invalidité remboursables en plus de la PC annuelle, devait être considérée comme exhaustive, et que ladite liste ne faisait pas mention de ce type de séjours de relève dans un autre établissement. Le tribunal a d'autre part considéré qu'un tel séjour ne pouvait pas non plus être qualifié de cure de convalescence au sens de l'art. 11 OMPC, étant donné qu'un séjour de convalescence doit être effectué pour des raisons médicales et prescrit par un médecin, ce qui en l'occurrence n'est pas le cas. Enfin, il a ajouté qu'il n'était pas possible non plus d'assimiler un séjour dans un établissement de soins à un séjour dans une structure de jour (art. 14 OMPC).

Même si l'interprétation du TFA n'a rien de surprenant, ce cas indique toutefois la présence de certaines lacunes dans le système de remboursement des frais de maladie et d'invalidité dans le cadre des PC, qu'il faudrait envisager de combler.

Une autre solution à ce genre de situations insatisfaisantes pourrait consister à ce que les homes ne facturent pas de taxe journalière pour les journées de fermeture (dans ce cas, la taxe du home de relève pourrait être prise en compte pour le nombre de jours correspondant), ou alors qu'ils facturent la taxe intégrale pour 365 jours par année, puis créditent le résidant pour les jours de fermeture du home d'une part importante de la taxe (50% - 70%, et non seulement 10% - 25%), sous forme d'un montant forfaitaire. Dans la pratique, cette solution - bien qu'esquissée dans la Directive concernant les prestations complémentaires (chiffre 4020 DPC) - n'est malheureusement que rarement utilisée de façon cohérente par les institutions.

Georges Pestalozzi-Seger