

Droit et handicap 1/10

Impressum

„Droit et handicap“ paraît en annexe des Informations trimestrielles de Intégration Handicap.

Éditeur: Service juridique *Intégration Handicap*

Bureau de la Suisse romande:
Place Grand Saint-Jean 1
1003 Lausanne
Tél. 021 323 33 52

Consultations juridiques gratuites en matière de droit des personnes handicapées, en particulier dans le domaine des assurances sociales

„Droit et handicap“ peut être téléchargé sous www.integrationhandicap.ch (publications).

Deutschsprachige Ausgabe: „Behinderung und Recht“

Un jugement peut-il se passer de motivation?

Récemment, le Tribunal fédéral s'est penché sur la question de savoir s'il est licite, dans le domaine du droit des assurances sociales, qu'un Tribunal cantonal des assurances notifie une décision sans justification écrite. Dans cet article, nous présentons un résumé des considérations essentielles du Tribunal fédéral, assorti de commentaires du point de vue des assurés.

Situation de départ

Le cas jugé par le tribunal concernait une femme ayant une affection bilatérale des hanches. Dans un premier temps, l'office AI lui avait accordé des mesures de reclassement professionnel mais lui a refusé, par la suite, le droit à une rente. Après avoir donné naissance à un enfant, l'assurée a adressé une nouvelle demande de rente à l'office AI. Celui-ci lui a accordé, à titre transitoire, un quart de rente qu'il a ensuite supprimé dès que l'enfant a atteint l'âge de 3 ans. Notre Service juridique a fait recours contre cette décision auprès du Tribunal administratif du canton de Lucerne. Le tribunal a rejeté le recours sans motiver sa décision, s'agissant d'un „cas évident“ au sens de la loi cantonale sur l'organisation du Tribunal administratif. Il a fixé les frais judiciaires à 200 francs en précisant qu'une motivation écrite de la décision pouvait être demandée dans un délai de 30 jours, mais que cela entraînerait des frais de justice d'un montant de 800 francs.

Le jugement du Tribunal fédéral

Après que notre Service juridique ait interjeté recours contre la décision cantonale auprès du Tribunal fédéral, ce dernier a d'abord demandé au Tribunal cantonal de justifier la décision contestée. Par la suite, il a examiné, dans son jugement du 19.8.2009 (8C_644/2008), la question de principe de savoir si le procédé du Tribunal cantonal constituait une infraction contre le droit fédéral.

En principe, l'organisation de la compétence juridictionnelle et le règlement en matière de procédure de recours devant les tribunaux cantonaux sont du ressort du droit cantonal. Seules sont réservées les dispositions du droit fédéral prévues à l'art. 61 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), qui établissent des règles générales ayant force obligatoire au niveau national concernant la procédure de recours relevant du droit des assurances sociales en première instance. L'art. 61 let. h LPGA prévoit entre autres que les décisions rendues par les Tribunaux cantonaux des assurances doivent contenir les motifs retenus et être notifiées par écrit.

Malgré l'énoncé de l'art. 61 let. h LPGA, le Tribunal fédéral en est arrivé à la conclusion qu'un tribunal cantonal pouvait – si le droit cantonal le prévoit – notifier une décision sans la motiver, et ce à condition que les parties se voient conférer le droit de demander, dans un délai de 30 jours, une motivation écrite de la décision. Le Tribunal fédéral s'est basé sur l'art. 112 al. 2 de la loi sur le Tribunal fédéral (LTF), entrée en vigueur après l'édiction de la LPGA et donc, étant une norme plus récente, en position de préséance: cet article prévoit justement cette possibilité.

Dans le cas concret, le Tribunal fédéral a toutefois conclu que le Tribunal cantonal n'avait pas le droit de renoncer à une justification parce que le droit cantonal n'autorise une renonciation à la justification écrite que si le cas est „évident". Or, le Tribunal fédéral a constaté que le cas n'était pas évident; au contraire: il en est arrivé à la conclusion que, compte tenu de l'ensemble des cir-

constances, il subsistait toujours une invalidité d'au moins 40% même après que l'enfant de l'assurée ait atteint l'âge de trois ans, raison pour laquelle il fallait en l'occurrence admettre le recours.

Remarque

Du point de vue juridique, le jugement du Tribunal fédéral est sans aucun doute correctement fondé et ne peut être critiqué sous cet angle-là. Il crée néanmoins un certain malaise: si des tribunaux cantonaux notifient des refus sans les justifier en indiquant que le cas est évident, tout en laissant entrevoir qu'une éventuelle demande de justification entraînerait des frais nettement plus importants, cela amènera bien des assurés qui ne roulent pas sur l'or à se passer d'une justification. Ces personnes ne sauront alors pas pourquoi leur demande a été refusée et s'il n'aurait pas quand même été possible de porter leur demande devant l'instance supérieure. La notification d'une décision sans justification recèle en outre le danger que des demandes en justice soient rejetées avec une certaine désinvolture et sans qu'il ne soit procédé au nécessaire examen approfondi, en supposant (hâtivement?) qu'il s'agit d'un cas évident. C'est pourquoi il faut vivement espérer que cette possibilité ne soit saisie qu'avec beaucoup de retenue et exclusivement en cas de recours manifestement infondés.

Georges Pestalozzi-Seger

Assurance-accidents: nouvelle jurisprudence concernant le droit à l'indemnité journalière

Ces derniers temps, le Tribunal fédéral a rendu une série de jugements intéressants concernant la question de savoir dans quelles conditions naît le droit à l'indemnité journalière de l'assurance-accidents, quelle est sa durée et comment l'indemnité journalière est calculée. Voici un bref résumé de ces jugements:

La naissance de l'indemnité journalière suppose une perte de gain

Dans un jugement du 29.10.2003 (130 V 18), le Tribunal fédéral des assurances avait déjà statué que le droit à l'indemnité journalière de l'assurance-accidents ne pouvait naître que si la personne assurée subit une perte de gain. Concrètement, il s'agissait d'un assuré qui avait pris sa retraite anticipée à l'âge de 61 ans; quelques jours après la fin du rapport de travail mais durant le délai de couverture prolongée de 30 jours, cet assuré a été victime d'un accident. L'assurance-accidents a pris en charge les frais de traitement mais a refusé de verser une indemnité journalière au motif que l'assuré n'avait pas subi de perte de gain.

À l'époque, le TFA avait conclu, malgré l'énoncé de l'art. 16 al. 1 LAA qui rend le droit à l'indemnité journalière dépendant de la seule incapacité de travail et non d'une perte de gain résultant de cette incapacité de travail, qu'une indemnité journalière n'était due – comme dans l'assurance-maladie – que lorsque l'incapacité de travail entraîne également un dommage, c.-à-d. une perte de gain. Le TFA avait estimé que cela découlait de la ratio legis et de la volonté du législateur.

Ce jugement de principe avait déclenché de vifs débats, suscitant des questions très diverses comme p. ex. celle de savoir si une personne ayant conclu une assurance par convention durant un congé non payé de plusieurs mois pendant lequel elle subit un accident n'aura plus droit, elle non plus, à une indemnité journalière, vu qu'elle n'a pas subi de perte de gain du moins au début de

l'incapacité de travail. Le TFA avait laissé cette question en suspens et depuis lors, elle n'a à notre connaissance pas été tranchée.

Pas d'extinction de l'indemnité journalière lors du départ en retraite

Dans son jugement du 30.7.2008 (134 V 392), le Tribunal fédéral a été amené à statuer sur une autre question: il s'agissait d'une assurée ayant subi un accident à l'âge de 62 ans, suite auquel elle a touché une indemnité journalière. Lorsqu'elle a atteint l'âge de la retraite (de 63 ans à l'époque), l'assurance-accidents a suspendu le versement de l'indemnité journalière malgré le traitement en cours, et ce au motif que l'assurée ne subissait plus de perte de gain dès lors qu'elle avait pris sa retraite ordinaire.

Or, dans ce cas, l'avis du Tribunal fédéral fut différent: selon lui, l'art. 16 al. 2 LAA ne prévoit pas qu'un droit existant à l'indemnité journalière prend fin lorsqu'il n'y a plus de perte de gain concrète et démontrée; selon cette disposition, le droit à l'indemnité journalière ne s'éteint au contraire que si la personne soit recouvre sa capacité totale de travail, soit (si son incapacité de travail perdure) touche une rente d'invalidité ou décède. Le Tribunal fédéral a donc interprété les motifs de cessation prévus à l'art. 16 al. 2 LAA au sens d'une énumération exhaustive. Depuis lors, il a confirmé cette pratique dans une série d'autres décisions (jugements du 16.10.2008, 8C_402/2008 et du 22.10.2008, 8C_538/2008).

Dans son jugement du 30.7.2008, le Tribunal fédéral a par ailleurs décidé qu'un droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents pouvait tout à fait naître après qu'une personne assurée ait atteint l'âge de la retraite AVS dans tous les cas où le traitement médical des suites de l'accident se poursuit au-delà de l'âge AVS. Cette clarification est bienvenue; cela créerait en effet d'étranges inégalités si une personne n'acquerrait pas le droit à une rente d'invalidité pour la seule raison que le traitement médical des suites de son accident se prolonge et que les conditions donnant droit à une rente ne sont de ce fait remplies qu'après l'entrée en âge AVS.

Calcul de l'indemnité journalière en cas de travail à temps partiel

Dans un autre jugement du 25.6.2009 (135 V 287), le Tribunal fédéral a statué sur la question de savoir comment doit être calculée l'indemnité journalière dans le cas d'une personne qui exerce une activité lucrative à temps partiel et subit une incapacité de travail partielle.

Le cas qui devait être jugé concernait une personne dont le temps de travail, au moment de l'accident, était de 18,5 heures en moyenne par semaine. Suite à un accident (chute d'un télésiège), cette personne a dans un premier temps subi une incapacité totale de travail durant une période prolongée en touchant une indemnité journalière de l'assurance-accidents de l'ordre de 80% de son salaire assuré. 6 ans après l'accident, les experts médicaux en sont arrivés à la conclusion que la personne accidentée était à nouveau en mesure de reprendre son activité habituelle en travaillant un nombre réduit d'heures par semaine, à savoir 12 à 15 heures (en moyenne 13,5 heures). L'assurance-accidents a décidé de ne lui accorder plus qu'une indemnité journalière basée sur une incapacité de travail de 40%, après avoir procédé à une comparaison entre le gain qu'elle réalisait avant l'accident et le gain désormais exigible, et en arrondissant quelque peu à la hausse le taux en pour cent qui en résulte. La personne en question, n'acceptant pas cette décision, l'a portée devant le Tribunal cantonal des assurances: celui-ci a estimé, contrairement à l'assurance-accidents, que le taux déterminant de l'incapacité de travail résultait, pour les employés à temps partiel également, d'une comparaison du gain réalisé en cas de travail à 100% avec le gain encore raisonnablement exigible. Le tribunal a par conséquent décidé qu'il fallait accorder, dans ce cas concret, une indemnité journalière basée sur une incapacité de travail de 70%.

Finalement, le Tribunal fédéral a donné raison à l'assurance-accidents en annulant la décision du Tribunal cantonal des assurances. Il a constaté que les indemnités journalières constituaient en fin de compte – même si elles sont parfois versées des années durant – des presta-

tions à court terme destinées à couvrir la perte de gain résultant de l'accident. Si l'on suivait l'avis du Tribunal cantonal des assurances, a-t-il expliqué, les indemnités journalières pourraient dans de tels cas, additionnées au gain que l'assuré peut encore réaliser, dépasser le revenu obtenu avant l'accident, ce qui doit être refusé. Le Tribunal fédéral a donc estimé qu'il fallait en principe baser le calcul du taux d'incapacité de travail sur le temps de travail référence qui est celui valable immédiatement avant la survenance de l'accident.

Avec cette décision, le Tribunal fédéral a posé une délimitation claire par rapport à la détermination du degré d'invalidité lors du calcul des rentes d'invalidité de l'assurance-accidents; car selon la pratique établie (cf. 119 V 475), le revenu de valide concernant les rentes d'invalidité doit être déterminé indépendamment du fait de savoir si une personne exerçait, avant l'accident, une activité lucrative à plein temps ou à temps partiel: le revenu de valide correspond toujours au revenu qu'une personne ayant subi un accident aurait pu réaliser en travaillant à plein temps! Le Tribunal fédéral était conscient que la rente d'invalidité accordée après la clôture du dossier pouvait donc, dans certains cas, s'avérer supérieure à l'indemnité journalière versée auparavant. Il a accepté cela en précisant que les rentes d'invalidité compensaient les pertes de gain subies pendant une période prolongée. Par ailleurs, a-t-il ajouté, la différence de traitement des indemnités journalières et des rentes se justifie par le financement différent de ces prestations: en ce qui concerne les rentes, un capital de couverture est constitué, ce qui complique l'adaptation ultérieure des prestations (p. ex. lors d'une augmentation ultérieure du revenu hypothétique).

Georges Pestalozzi-Seger

Prévoyance professionnelle: plus d'obligation de prendre une retraite anticipée

Même si la LPP continue de ne rien prescrire à ce sujet, de nombreuses caisses de pension prévoient la possibilité de prendre une retraite anticipée dès l'âge de 60 ans, parfois à 58 ans déjà. Mais que se passe-t-il lorsqu'une personne arrête son activité après cet âge, mais avant l'âge ordinaire de la retraite, et ce non pas pour prendre sa retraite mais pour commencer un autre travail? Ou si elle quitte son poste contre son gré, l'obligeant ensuite à demander une indemnité de chômage?

Certains règlements prévoient dans de tels cas que la personne affiliée auprès de la caisse de pension peut, mais ne doit pas, faire valoir son droit à des prestations de vieillesse. Si elle ne le fait pas, cela donne lieu à une prestation de libre passage qui sera versée soit à la caisse de pension du nouvel employeur, soit sur un compte de libre passage ou une police de libre passage. D'autres règlements prévoient en revanche, en cas de résiliation du rapport de travail à un âge où il est possible de prendre une retraite anticipée, qu'un départ anticipé à la retraite est automatique et que des prestations de vieillesse sont versées. Cet automatisme a été largement ressenti comme discriminatoire à l'égard des travailleurs âgés qui continuent d'exercer une activité professionnelle. C'est pourquoi le Conseil national et le Conseil des États ont élaboré, suite à une initiative parlementaire déposée par la conseillère nationale Susanne Leutenegger Oberholzer, une modification de la loi sur le libre passage mise en vigueur par le Conseil fédéral au 1.1.2010.

Le nouveau règlement

Le nouvel art. 2 al. 1bis LFLP prévoit que l'assuré a droit à une prestation de sortie (prestation de libre passage) en lieu et place des prestations de vieillesse s'il quitte l'institution de prévoyance entre l'âge où le règlement lui ouvre au plus tôt le droit à une retraite anticipée et l'âge réglementaire ordinaire de la retraite; et ce s'il continue d'exercer une activité lucrative ou s'il s'annonce à l'assurance-chômage. Si le règlement ne fixe pas d'âge

ordinaire de la retraite, c'est l'âge déterminé par la LPP qui s'applique (aujourd'hui 65 ans pour les hommes et 64 ans pour les femmes). La loi laisse donc ces personnes libres de choisir dans tous les cas.

Questions d'interprétation

Cette nouvelle disposition suscite diverses questions d'interprétation. Dans son Bulletin de la prévoyance professionnelle n° 115, l'OFAS a pris position à ce sujet. Il y exprime par exemple l'avis que l'exigence de la poursuite d'une activité lucrative est remplie lorsque la personne assurée prouve qu'elle conclut un nouveau contrat de travail ou qu'elle exerce une activité lucrative indépendante. Si la personne ne peut fournir cette preuve, elle doit à tout le moins prouver sa volonté de poursuivre l'exercice d'une activité lucrative en s'annonçant à l'assurance-chômage.

L'OFAS estime en outre – même si la loi n'impose pas de taux d'occupation minimal – que le taux d'occupation antérieur et le nouveau taux d'occupation ne doivent pas différer de façon disproportionnée; une personne qui quitte une activité professionnelle à plein temps pour en prendre une autre, ailleurs, à 20% ne remplit pas les conditions prévues par le nouvel article.

Il est judicieux de se faire conseiller

Les avantages et inconvénients des options possibles doivent être évalués avec soin dans tous les cas où il est possible de choisir. Il peut alors s'avérer tout à fait sensé de se faire conseiller par des spécialistes. Une personne par exemple qui perd son poste contre son gré à l'âge de 60 ans risque, si elle a fait usage de son droit à une prestation de sortie en lieu et place des prestations de vieillesse et ne trouve plus de nouvel emploi, de ne disposer, une fois âgée, que d'un capital et pas d'une rente. À l'inverse, cette personne aura l'avantage de ne pas voir son indemnité de chômage réduite du montant de la prestation de vieillesse.

Georges Pestalozzi-Seger

Invalidité survenue dans les années 2005 et 2006: nouvelle interprétation des dispositions transitoires de la LPP

Avec la 1^{re} révision de la LPP, entrée en vigueur le 1.1.2005, le système de la LPP basé sur des niveaux de rentes a été adapté à celui valable dans l'assurance-invalidité: auparavant, les caisses de pension ne devaient accorder une demi-rente qu'à partir d'un degré d'invalidité de 50% et une rente entière à partir d'un degré d'invalidité de 66,6%; or, depuis la 1^{re} révision de la LPP, s'applique le règlement de l'AI: droit à un quart de rente dès 40% d'invalidité, à une demi-rente dès 50% d'invalidité, à une rente de trois-quarts dès 60% d'invalidité et à une rente entière dès 70% d'invalidité.

Dans les dispositions transitoires relatives à la 1^{re} révision de la LPP, le législateur a toutefois prévu une disposition qui manque quelque peu de clarté. Il a en effet déterminé que les rentes d'invalidité restaient „fondées“ sur l'ancien droit durant deux ans à compter de l'entrée en vigueur de la modification de la loi, c.-à-d. jusqu'à fin 2006 (let. f al. 2 de la disposition transitoire). Jusqu'à présent, la pratique et la doctrine dominante ont interprété cette disposition en partant du principe qu'en cas de survenance d'une invalidité durant les années 2005 et 2006, le droit à une rente LPP se fondait sur l'ancien droit. Concrètement, on estimait p. ex. qu'une personne devenue invalide à 45% en 2005 ne remplissait pas les conditions donnant droit à une rente d'invalidité selon la LPP, et ce non seulement pendant le délai de transition mais aussi au-delà; et qu'une personne devenue invalide à 62% en 2006 avait désormais droit à une demi-rente et non à une rente de trois-quarts; on considérait que les nouveaux échelons de rente ne s'appliquaient que si une modification du degré d'invalidité (p. ex. une augmentation) se produisait après le 1.1.2007.

Or, dans son jugement du 10.8.2009 (135 V 319), le Tribunal fédéral en est arrivé à un résultat différent: d'une part, il a estimé que selon l'énoncé de la disposition transitoire, les rentes d'invalidité ne sont fondées sur l'ancien droit que durant le délai de transition. D'autre

part, il a considéré qu'il fallait appliquer le principe général selon lequel les rapports juridiques durables relevant du droit des assurances sociales tels que les prestations d'invalidité devaient être adaptés, sous réserve d'autres règlements transitoires, à la nouvelle règle. En vertu de la disposition transitoire, a-t-il estimé, l'application du nouveau droit n'est différée que jusqu'à fin 2006, et elle entre ensuite en application. Dans le cas qu'il devait juger où une invalidité de 64% était survenue le 1.1.2005, il a statué que la personne avait droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1.1.2005, augmentée ensuite à trois-quarts le 1.1.2007.

Que signifie cette décision pour les assurés? Toutes les personnes assurées qui, dans les années 2005 et 2006, se sont vu refuser une rente pour un degré d'invalidité compris entre 40% et 49%, ou qui n'ont obtenu qu'une demi-rente pour un degré d'invalidité entre 60% et 66% et dont la rente n'a pas été adaptée le 1.1.2007, vont à présent pouvoir demander cette adaptation!

Georges Pestalozzi-Seger

Calcul du supplément pour soins intensifs

Les mineurs ne vivant pas dans un home ont droit, dans certaines conditions, à un supplément pour soins intensifs en plus de l'allocation pour impotent. Ces conditions sont remplies lorsqu'ils ont besoin d'une aide de plus de 4 heures par jour en moyenne. C'est le surcroît de temps apporté au traitement et aux soins de base qui est pris en considération à titre d'assistance, tel qu'il existe par rapport aux enfants non handicapés du même âge. En revanche, n'est pas pris en considération le temps consacré aux mesures médicales prescrites par le médecin et appliquées par du personnel paramédical, ainsi qu'aux mesures pédago-thérapeutiques (art. 39 al. 1 et 2 RAI).

Dans ses directives, l'Office fédéral des assurances sociales a en outre concrétisé les éléments faisant partie des soins de base. Il a par exemple désigné, dans une liste explicitement non exhaustive, les éléments suivants comme étant des mesures relatives aux soins de base: mesures d'hygiène corporelle (lavage, douche, bain, soins des cheveux, hygiène buccale, manucure et pédicure, installation, mobilisation), mesures destinées au maintien des actes et fonctions quotidiens (aider à manger, aider à s'habiller et à se déshabiller, aider à se lever, à s'asseoir et à se coucher, aider à aller aux toilettes, soins en cas de troubles de la miction et de la défécation, utilisation de moyens auxiliaires) et accompagnement lors de visites médicales et pour suivre un traitement (CIIAI, chiffre 8076).

Même si les directives ne le formulent pas explicitement, la pratique ne considère pas comme soins de base le temps consacré à l'assistance qui résulte du fait qu'un enfant ne peut se déplacer de manière autonome et entretenir des contacts sociaux. Récemment, le Tribunal administratif du canton des Grisons a émis l'avis que cette assistance était également à prendre en considération, estimant qu'il est important pour le développement et la santé d'un enfant – comme pour toute personne – de pouvoir se déplacer à l'extérieur et de nouer des contacts sociaux. Le tribunal a estimé que lorsqu'un enfant n'est pas capable de le faire sans être accom-

pagné, contrairement aux enfants non handicapés du même âge, il fallait alors également prendre en considération le temps consacré à cet accompagnement (jugement du 12.5.2009, S 08 173).

Vu que le jugement rendu par le Tribunal administratif du canton des Grisons n'a pas été contesté, il est passé en force. Pour l'instant, cela ne semble toutefois pas avoir généré de modification générale de la pratique. D'autres jugements apportant des clarifications à ce propos sont probablement nécessaires, à moins que l'administration ne décide de préciser ses directives.

Georges Pestalozzi-Seger

Changement dans le domaine des moyens auxiliaires

Quelques changements dans le domaine des moyens auxiliaires de l'AI entreront en vigueur le 1.1.2010. En voici un bref tour d'horizon.

Chiens d'assistance pour personnes handicapées motrices

Il n'est plus évident à l'époque actuelle de voir la liste des moyens auxiliaires de l'AI une nouvelle fois élargie. Un nouveau chiffre 14.06 a été ajouté au chapitre „Moyens auxiliaires servant à développer l'autonomie personnelle”: désormais, les personnes ayant un handicap moteur lourd qui perçoivent une allocation pour impotence moyenne ou grave ont droit à une contribution forfaitaire de Fr. 15'500.- destinée à l'acquisition d'un chien d'assistance (Fr. 12'500.- pour l'achat du chien d'assistance et Fr. 3'000.- pour les frais de nourriture et de vétérinaire). La prestation, qui peut être demandée au maximum tous les 8 ans (mais une seule fois pour le même chien), n'est accordée que s'il est établi que la personne assurée saura s'occuper d'un chien d'assistance.

Il ne s'agit volontairement que d'une contribution aux frais d'un chien d'assistance, le coût effectif s'élevant probablement au double du montant accordé. C'est avec intérêt que nous attendons de voir dans quelle mesure le chien d'assistance s'établira auprès des personnes ayant des handicaps moteurs graves.

Diminution des prestations concernant les appareils acoustiques

Dans le domaine des appareils acoustiques, l'évolution est moins réjouissante pour les personnes concernées. Le fait que la contribution annuelle forfaitaire pour l'achat de piles soit réduite à Fr. 60.- (correction monaurale) resp. à Fr. 120.- (correction binaurale) et à Fr. 60.- pour les dispositifs FM n'est probablement pas très douloureuse. Ce qui en revanche est beaucoup plus problématique, c'est que la nouvelle convention tarifaire entre l'OFAS et

les associations d'audioprothésistes prévoit une réduction massive des limites de prix. Tandis que les forfaits de prestations concernant les travaux d'adaptation des audioprothésistes restent inchangés, les remboursements des différents appareils sont réduits de près d'un tiers! Le montant remboursé sera encore de Fr. 425.- pour une correction monaurale (niveau d'indication 1), de Fr. 560.- (niveau d'indication 2) et de Fr. 695.- (niveau d'indication 3), le double pour une correction binaurale. Les nouveaux montants s'appliquent dans tous les cas où la demande a été présentée après le 1.1.2010.

La réduction des tarifs serait tout à fait acceptable si le coût des moyens auxiliaires proposés baissait dans les mêmes proportions. Or, c'est le cas en partie uniquement. En cas d'appareillage complexe des personnes lourdement handicapées qui travaillent dans un environnement professionnel exigeant sur le plan acoustique, il ne sera de loin pas toujours possible de garantir une correction adéquate qui reste dans le cadre des limites de prix. Si les personnes concernées ne peuvent ou ne veulent pas payer tout simplement les frais supplémentaires de leur poche, elles vont devoir se saisir plus fréquemment de la voie de droit, ce qui est regrettable.

Georges Pestalozzi-Seger

Le nouveau régime de financement des soins n'entre en vigueur que le 1.1.2011

Dans le dernier numéro de „Droit et handicap“ (3/09), nous avons présenté le nouveau régime de financement des soins. Entre-temps, le Conseil fédéral s'est ravisé en décidant de manière inattendue de ne mettre en vigueur le projet que le 1.1.2011 afin de laisser suffisamment de temps aux cantons et aux parties contractantes pour le mettre en œuvre. Les adaptations liées au nouveau règlement du financement des soins, à savoir dans le domaine de l'AVS (introduction d'une indemnité en cas d'impotence légère) et des prestations complémentaires (augmentation des montants de la fortune librement disponible), n'entreront elles aussi en vigueur que le 1.1.2011.

On peut - jusqu'à un certain point - donner le signal de fin d'alerte pour ce qui concerne l'intention de demander aux assurés une nouvelle participation aux frais des soins ambulatoires dispensés par les organisations d'aide et de soins à domicile ainsi que par le personnel soignant spécialisé. Entre-temps, contrairement à ce que pourrait suggérer l'énoncé de la loi, aussi bien le Conseil fédéral que la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé CDS sont d'avis que la contribution des assurés s'élève au maximum à Fr. 15.95 par jour (et non par heure). La CDS recommande même aux cantons d'examiner la question de savoir s'il serait envisageable de renoncer entièrement à la perception d'une contribution de l'assuré (ce qui augmenterait la contribution aux frais financée par les cantons et communes). On ignore pour l'heure combien de cantons s'engageront dans cette voie. Nous reviendrons sur ce point début 2011.

Georges Pestalozzi-Seger