

Droit et handicap 2/13

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“

AI: évaluation de l'invalidité chez les personnes proches de l'âge AVS

Lorsqu'une personne se retrouve en incapacité de travail dans son activité professionnelle habituelle quelques années avant d'atteindre l'âge de la retraite, mais que les médecins lui attestent encore une capacité de travail partielle dans une activité „adaptée“, il se pose régulièrement la question de savoir dans quelle mesure cette capacité de travail résiduelle, fixée de manière théorique, est encore valorisable sur le marché de l'emploi. Le Tribunal fédéral, qui s'est penché sur cette question dans des jugements très divers, a rendu récemment un arrêt qui apporte des clarifications supplémentaires. .

Résumé de la jurisprudence

Dans plusieurs jugements, le Tribunal fédéral a constaté qu'il fallait déterminer le revenu que l'on peut encore exiger de l'assuré malgré son atteinte à la santé en tenant compte du marché équilibré du travail, mais en s'abstenant de subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Toutefois, a précisé le tribunal, l'âge avancé – bien que ne constituant pas un facteur susceptible d'influencer l'étendue de l'invalidité – doit être reconnu comme un critère qui dans la réalité, ajouté à d'autres circonstances d'ordre personnel et professionnel, tend à amoindrir l'intérêt que suscite une personne ayant une capacité résiduelle de travail sur le marché équilibré de l'emploi aux yeux des employeurs potentiels, de sorte que

l'on ne peut plus raisonnablement exiger d'elle - compte tenu également des efforts d'autointégration qu'elle doit fournir - de mettre en valeur la capacité de travail qui lui reste. Le tribunal a estimé que si la personne ne présente pas de capacité de gain économiquement valorisable, il convient d'admettre qu'elle est en situation d'incapacité de gain, ce qui fonde son droit à une rente d'invalidité entière.

Le Tribunal fédéral a précisé que l'influence de l'âge sur la faculté de mettre à contribution la capacité de travail résiduelle ne se mesurait pas selon une règle générale, mais qu'elle était fonction des circonstances personnelles de l'assuré. D'après le tribunal, sont déterminants le type et la nature de l'atteinte à la santé et de ses conséquences, les efforts à fournir dans un proche avenir en matière d'adaptation et d'initiation au travail et, dans ce contexte, également la structure de la personnalité de l'assuré, ses talents et aptitudes, sa formation, son parcours professionnel et la possibilité de mettre à profit son expérience professionnelle acquise dans le domaine auquel il est habitué (cf. entre autres 138 V 457, considérants 3.1).

En application de ces principes généraux, le TFA a par exemple admis, dans le cas d'un assuré âgé de 60 ans ayant précédemment travaillé dans l'industrie textile et considéré par les médecins comme étant capable de poursuivre une activité auxiliaire à 100% à condition qu'elle soit légère, la capacité de gain de cet assuré malgré son âge (jugement du 5.8.2005; I 376/05). Le TFA a également admis comme valorisable la capacité résiduelle de travail d'un assuré, âgé lui aussi de 60 ans, dont la capacité de travail était restreinte de 30% pour diverses raisons (problèmes d'ordre rhumatologique et cardiologique) (jugement du 22.1.2007, I 304/06). En outre, le Tribunal fédéral a admis comme valorisable la capacité de travail de 50% d'un assuré de 61 ans, considéré selon l'avis des médecins capable de poursuivre son activité aussi bien dans son métier habituel que dans toute autre profession comparable impliquant des contraintes physiques de degré léger à moyen (jugement du 21.8.2006, I 831/05). Et enfin, le Tribunal fédéral a considéré qu'un assuré de 60 ans, auquel les médecins avaient attesté

une capacité de travail de 80% dans des activités légères permettant d'alterner les charges, pouvait mettre à contribution sa capacité de travail (jugement du 28.5.2009, 9C_918/2008).

En revanche, chez un assuré âgé de 61 ans, sans formation professionnelle, restreint dans ses facultés par diverses maladies et considéré par les spécialistes comme n'ayant pas les capacités d'adaptation nécessaires à un reclassement professionnel, le tribunal a nié le potentiel de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail (jugement du 23.10.2003, I 392/02). De la même manière, la capacité de travail de 50%, limitée de surcroît par d'autres facteurs, d'un assuré tout juste âgé de 64 ans ayant de multiples troubles limitants, a été jugée non valorisable (jugement du 4.4.2002, I 401/01), tout comme la capacité de 50% d'un assuré âgé de 61 ans au moment où la décision a été rendue, qui aurait nécessité un reclassement pour pouvoir exercer les activités entrant en considération pour lui (jugement du 19.3.2009; 9C_437/2008). Enfin, dans le cas d'une femme qui se trouvait à 10 mois de l'âge de la retraite, qui ne pouvait plus exercer sa profession de couturière pour des raisons de santé et dont la capacité de travail dans l'activité d'aide de cuisine qu'elle avait parfois exercée par le passé n'était plus que de 50%, le Tribunal fédéral a considéré que l'assurée n'était pas en mesure d'exploiter économiquement sa capacité de gain (jugement du 22.3.2012, 9C_153/2011).

Évaluation des possibilités de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail: moment déterminant

On peut aisément déduire des jugements mentionnés que, malgré la prise en compte des facteurs individuels, le potentiel de valorisation de la capacité résiduelle de travail est quand même évalué de manière un peu différente selon qu'un assuré est âgé de 60 ans ou qu'il se trouve dans les 3 ans précédant l'âge de la retraite AVS. Il se pose par conséquent la question de savoir quel est le moment déterminant où il convient d'évaluer le potentiel de mise en valeur d'une capacité résiduelle de travail. S'agit-il du moment où la décision est rendue (ou éventuellement le préavis) ou s'agit-il du moment où

le dossier à disposition permet de procéder à une appréciation médicale fiable de la capacité résiduelle de travail d'un assuré? Vu la longueur des procédures, notamment dans les cas où une décision est contestée et où le tribunal cantonal ordonne le renvoi du cas pour clarifications complémentaires, cette question est d'une considérable importance.

Dans un jugement assez récent datant du 25.10.2012 (138 V 457), le Tribunal fédéral a statué que le moment déterminant était celui où les documents médicaux permettent d'évaluer la capacité résiduelle de travail de manière fiable. Dans le cas concret, une assurée avait fait, en 2002 déjà, une demande de prestations auprès de l'AI. Or par la suite, la procédure a traîné en longueur faute d'accord entre les médecins sur le taux de sa capacité de travail. Une expertise établie en décembre 2008 a finalement permis de clarifier la question. À ce moment-là, l'assurée avait déjà 61 ans. Le Tribunal fédéral en est arrivé à la conclusion que la décision de l'instance précédente ne pouvait être contestée: celle-ci avait nié la faculté de l'assurée âgée de 61 ans, ne disposant pas de formation professionnelle et ayant par le passé toujours travaillé dans la restauration, de valoriser sa capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité légère.

Pratique également applicable aux révisions de rentes

La jurisprudence citée n'est pas déterminante dans les seuls cas où il s'agit d'une évaluation initiale du droit à la rente; elle doit également s'appliquer lorsque l'office AI en arrive à la conclusion, à la suite d'un examen de la rente, que l'état de santé de la personne assurée s'est amélioré, de sorte que celle-ci recouvre une capacité de travail ou que son actuelle capacité de travail s'en trouve améliorée. Dans ces cas également, il convient toujours de déterminer si la capacité de travail calculée de manière théorique est encore valorisable, compte tenu de l'âge de l'assuré, sur le marché général et équilibré du travail. Outre les critères individuels déjà mentionnés (type et étendue des limitations dues à l'état de santé, structure de la personnalité et facultés d'adaptation, talents et

aptitudes, formation, parcours professionnel et potentiel de l'assuré de mettre à contribution son expérience professionnelle antérieure), il convient également de tenir compte du fait qu'une longue absence du marché de l'emploi réduit encore davantage les possibilités de reprendre une activité professionnelle.

Dans une série de jugements, le Tribunal fédéral a tenu compte de cet état de fait: il a constaté qu'une amélioration médicalement attestée de la capacité de travail permettait certes en règle générale de conclure directement à une amélioration de la capacité de gain (et, partant, à une réduction du taux d'invalidité). Or, lorsqu'une personne a touché une rente pendant plus de 15 ans ou qu'elle est déjà âgée de plus de 55 ans, a-t-il précisé, on ne peut en déduire une amélioration de la capacité de gain qu'à partir du moment où la personne est réellement en mesure d'exploiter son potentiel de travail nouvellement acquis sur le marché de l'emploi; cependant, vu que la réadaptation par soi-même n'est pas possible sans difficultés dans de tels cas, les offices AI sont tenus d'accorder des mesures d'ordre professionnel favorisant la réinsertion et de ne rendre leur décision concernant une éventuelle modification du taux d'invalidité qu'une fois en possession des résultats de ces mesures (jugements du 10.9.2010, 9C_163/2009 et du 26.4.2011, 9C_228/2010).

Le Tribunal fédéral l'a confirmé par exemple dans le cas d'un assuré qui avait abandonné à l'âge de 53 ans, pour des raisons de santé, son activité professionnelle habituelle de mécanicien en automobiles et qui avait ensuite touché une rente entière durant 7 ans; par la suite, l'office AI avait toutefois déclaré que cet assuré, alors âgé de 60 ans, était à nouveau capable de travailler (dans des activités physiquement légères à moyennes): le tribunal a estimé que le fait d'avoir été absent du marché du travail pendant des années, de disposer d'une expérience professionnelle limitée à son métier de mécanicien en automobiles et de revenir dans le monde du travail relativement peu de temps avant l'âge de la retraite AVS interdisait la conclusion que cet assuré possède la capacité de se réinsérer dans le marché général du travail

par ses propres moyens; dans ces conditions, a précisé le tribunal, il est illicite de diminuer la rente sans mise en œuvre préalable de mesures de réadaptation ciblées (jugement du 10.8.2011, 9C_367/2011).

Enfin, nous souhaitons attirer l'attention sur un autre jugement du 31.10.2011 (9C_363/2011): il s'agissait du cas d'une femme ayant récemment atteint l'âge de 55 ans qui s'était vu supprimer sa rente par l'office AI; cette assurée avait précédemment travaillé comme employée de commerce et, pour des raisons psychiques, s'était retrouvée en incapacité de travail, suite à quoi elle avait touché une rente pendant une quinzaine d'années. Après qu'une expertise psychiatrique ait conclu que l'assurée était à nouveau capable de travailler à 100%, l'office AI a dans un premier temps ordonné la mise en œuvre d'une évaluation professionnelle lors d'un séjour dans un centre spécialisé. Or, cette évaluation a été interrompue vu que les spécialistes étaient d'avis que l'assurée – sans pouvoir le lui reprocher – ne présentait pas de capacité de travail valorisable étant donné son atteinte à la santé qui restait importante. Dans ce jugement, le Tribunal fédéral a critiqué l'office AI: quitte à procéder à une évaluation de la capacité de gain, a-t-il estimé, l'office AI devait le faire de manière complète en tenant compte du fait que l'assurée n'était pas en mesure de mettre à contribution le potentiel de rendement que l'expertise lui avait attesté sans la mise en œuvre de mesures de soutien concrètement adaptées à sa situation. En conséquence, le tribunal a décidé le renvoi du cas afin que des mesures d'évaluation et de réadaptation appropriées soient ordonnées et qu'une nouvelle décision soit ensuite rendue.

Georges Pestalozzi-Seger

Jurisprudence concernant l'assurance-maladie

L'année dernière, le Tribunal fédéral a rendu divers jugements dans le domaine de l'assurance-maladie qui ont leur importance pour les personnes handicapées. Nous en avons choisi trois dont voici le résumé:

Soins à domicile: réduction des prestations suite à une surindemnisation?

Dans un jugement du 12.7.2012 (9C_43/2012), le Tribunal fédéral devait examiner la question de savoir si la caisse-maladie peut réduire ses contributions aux soins à domicile lorsqu'une personne assurée touche une allocation pour impotent de l'AI. Dans le cas concret, il s'agissait d'un enfant atteint d'une grave infirmité congénitale (tumeur cérébrale) qui touchait de la part de l'AI une allocation pour impotent de degré moyen ainsi qu'un supplément pour soins intenses. Afin de délester ses parents, l'organisation d'aide et de soins à domicile prenait périodiquement en charge les frais de soins et de surveillance de leur enfant durant la nuit. Dans deux jugements de principe, le Tribunal fédéral avait déjà constaté que l'AI n'était pas tenue, dans le cas de cet enfant, de prendre en charge, sous le titre de mesures médicales, les prestations fournies par l'organisation d'aide et de soins à domicile mais que la caisse-maladie devait verser, à titre subsidiaire, les prestations légales pour les frais liés aux soins de traitement et aux soins de base (cf. „Droit et handicap” 4/10 et 4/11). Il avait renvoyé le cas à l'instance précédente en lui demandant de déterminer concrètement les contributions en question.

L'instance précédente, à savoir le Tribunal administratif du canton de Schwyz, en est dans un premier temps arrivé à la conclusion réjouissante que les temps „morts” durant une veille de nuit ne pouvaient être qualifiés de „surveillance” simple dont les frais ne sont pas imputables à la caisse-maladie; vu que les mesures ne sont ni planifiables durant ces horaires ni organisables par un système d'alarme, il s'agit de garantir une disponibilité permanente qui, à ce titre, est à considérer comme faisant partie des soins obligatoirement pris en charge.

Ce tribunal a toutefois estimé que les prestations fournies durant la nuit par l'organisation d'aide et de soins à domicile étaient, du moins en partie, à considérer comme des prestations de soins de base et il en a conclu que la caisse-maladie était de ce fait autorisée à réduire son remboursement pour cette partie-là, au motif que l'enfant bénéficiait d'une allocation pour impotent et d'un supplément pour soins intenses qui servent également à financer les soins de base.

Le Tribunal fédéral, en revanche, en est arrivé à la conclusion qu'il fallait non seulement qualifier de soins de traitement le contrôle des fonctions d'excrétion (diarrhée), le contrôle de la température, l'évaluation de l'état général/le contrôle de la tension/le constat de douleurs ainsi que le contrôle de la position de l'enfant dans son lit/l'aide en cas de risque d'aspiration ainsi que la position du shunt, mais aussi l'aide en cas de vomissements consécutifs à une chimiothérapie qui, nécessitant entre 2 à 5 heures par nuit, porte en l'occurrence le plus à conséquence. Selon le tribunal, vu que ces aides ont été rendues nécessaires en raison des vomissements consécutifs à une chimiothérapie dispensée par sonde, elles doivent également être considérées – du moins aussi longtemps que les nausées persistent lorsque la sonde est en place – comme des prestations faisant partie des soins de traitement (art. 7 al. 2 let. b chiffre 5 OPAS: "pose de sondes et de cathéters, ainsi que les soins qui y sont liés"). Étant donné que ni l'allocation pour impotent ni le supplément pour soins intenses ne sont destinés au financement de ces mesures relatives aux soins de traitement, il n'est pas non plus licite dans ce cas de réduire le remboursement des frais d'aide et de soins à domicile pour cause de surindemnisation.

Ce jugement est intéressant pour une autre raison: le Tribunal fédéral s'est également prononcé sur la question de savoir dans quelle mesure il convient, lors de l'évaluation d'une éventuelle surindemnisation, de tenir compte aussi des frais assumés par les parents eux-mêmes. Le tribunal a clairement statué qu'il en était ainsi dans le seul cas où les parents subissent de façon démontrable une perte de revenu résultant des soins qu'ils prodiguent,

étant obligés de limiter ou d'abandonner une activité professionnelle pour pouvoir se consacrer aux soins de leur enfant. Dans ce cas, cette perte de revenu doit être ajoutée aux frais de maladie non couverts et prise en compte dans le calcul de la surindemnisation. Le travail fourni par des proches dont ne résulte aucune perte de revenu ne doit en revanche pas être pris en compte.

Soins à domicile: réduction des prestations pour cause d'économicité insuffisante?

Il n'est pas rare de voir se produire des litiges concernant la question de savoir si, en cas de soins intensifs durables fournis par une organisation d'aide et de soins à domicile, la caisse-maladie est tenue de prendre en charge la totalité de ces frais (dans le cadre des contributions légales) ou si elle peut limiter son remboursement au montant qu'elle prendrait en charge si les soins étaient dispensés dans un établissement de soins.

Dans l'assurance-maladie s'applique le principe général selon lequel les prestations ne sont à rembourser que si elles satisfont au principe de „l'économicité". Le Tribunal fédéral a constaté au fil de nombreuses années de pratique (entre autres 126 V 334) que l'assurance-maladie n'est pas autorisée, malgré ce principe, de limiter de manière générale le remboursement de prestations à domicile au montant qu'elle serait tenue d'accorder en cas de séjour dans un établissement de soins; l'évaluation du caractère économique ne doit pas s'effectuer par le biais d'une stricte comparaison entre les frais qui surviennent à l'assurance-maladie, à savoir les frais liés à l'intervention d'une organisation d'aide et de soins à domicile, d'une part, et les frais engendrés par un séjour en établissement de soins, d'autre part; mais si – en cas d'adéquation égale des mesures – il y a grave disproportion entre les frais d'une intervention à domicile et les frais occasionnés par un séjour en établissement de soins, les soins à domicile peuvent être considérés comme insuffisamment économiques, justifiant une limitation des contributions de l'assurance-maladie.

Mais dans quelles conditions admet-on une grave disproportion entre les frais? Dans un cas concret qui devait être jugé, il s'agissait d'une femme qui, après avoir subi une attaque cérébrale, souffrait de paralysies et d'un syndrome de démence. Elle était soignée et prise en charge par une organisation d'aide et de soins à domicile ainsi que par son mari. Les frais d'aide et de soins à domicile s'élevaient à près de 8'000 francs par mois. La caisse-maladie, estimant que cela dépassait le cadre de l'économocité, a limité son remboursement à environ 3'400 francs, ce qui correspond au montant maximal qu'elle devrait rembourser si l'assurée était placée dans un établissement de soins.

Par la suite, le Tribunal des assurances du canton d'Argovie a admis le recours contre la décision de la caisse-maladie. Il a défendu la position selon laquelle le coût des soins à domicile était certes 2,35 fois supérieur qu'en cas de soins en institution, mais que les soins à domicile pouvaient encore „tout juste" être considérés comme économiques. Le Tribunal fédéral a finalement soutenu cette décision dans son jugement du 21.9.2012 (9C_940/2011). L'intérêt de ce jugement réside dans le fait qu'il contient également des références à d'autres jugements rendus sur la question d'une grave disproportion et qu'il signale ainsi où pourrait se situer la limite lorsque l'on estime aussi bien les soins à domicile que les soins en institution appropriés du point de vue médical. Mais ce jugement est également intéressant du fait que le Tribunal fédéral laisse entendre à la fin de ses considérants qu'il pourrait repenser sa pratique habituelle selon laquelle l'économocité s'évalue uniquement en fonction des frais qui surviennent à l'assurance-maladie et non en fonction d'une comparaison de la totalité des frais générés. Or pour l'instant, il a laissé cette question de principe en suspens.

Couches: obligation de prise en charge pour les enfants trisomiques

Un jugement un peu plus ancien du Tribunal fédéral avait pour objet la question de savoir si les enfants ayant un syndrome de Down ont droit au remboursement des couches par l'assurance-maladie. Il s'agissait concrète-

ment d'un garçon âgé de 4 ans et demi qui, en raison de son handicap, n'avait pas encore le contrôle ni de ses fonctions vésicales ni intestinales, même durant la journée. La caisse-maladie estimait ne pas avoir d'obligation de prise en charge au motif qu'avant l'âge de 5 ans, on ne pouvait parler d'incontinence d'origine pathologique.

Dans son jugement du 27.1.2012 (9C_567/2011), le Tribunal fédéral a constaté que cet âge minimum n'était déterminant que pour l'incontinence nocturne. Durant la journée, a-t-il ajouté, on peut en revanche partir du principe qu'un nombre majeur d'enfants maîtrise ce contrôle à l'âge de 3 ans et demi (resp. 42 mois). Un enfant qui n'a pas ce contrôle en raison de son handicap a donc droit à la prise en charge des aides en cas d'incontinence par l'assurance-maladie. À cet âge, on ne peut toutefois parler – selon le Tribunal fédéral – d'incontinence grave, mais seulement d'incontinence moyenne; c'est pourquoi les enfants de cet âge n'ont droit qu'au remboursement des frais de couches pour incontinence „moyenne" (selon le chiffre 15.01 LiMA à hauteur de 900 francs au maximum par année). Par ailleurs, ces frais ne sont remboursés que sur présentation d'une ordonnance médicale correspondante.

Georges Pestalozzi-Seger

Contribution d'assistance et prestations complémentaires: coordination difficile

En introduisant la contribution d'assistance, l'AI accorde une „contribution“ au financement des prestations d'assistance. Or ces frais ne sont que rarement entièrement couverts par cette contribution. C'est pourquoi les personnes dont les frais d'assistance restent en partie non couverts conservent leur droit au remboursement des frais de maladie et d'invalidité par les PC si elles remplissent les conditions fixées à cet égard. Ce principe, qui semble entre-temps incontesté, est également confirmé dans le Bulletin de l'OFAS à l'intention des caisses de compensation AVS et des organes d'exécution des PC (Bulletin n° 323 du 21.12.2012). Malgré cela, il subsiste une série de questions de coordination, en raison notamment du fait que les conditions détaillées donnant droit au remboursement des frais de maladie et d'invalidité sont définies, depuis 2008, par les cantons et qu'elles sont de ce fait soumises à de fortes variations. Dans cet article, nous proposons d'approfondir quelques-unes de ces questions:

Prise en compte de la contribution d'assistance lors du remboursement des frais de maladie et d'invalidité?

En ce qui concerne les modalités de prise en compte, la LPC (art. 14 al. 4) prévoit uniquement qu'il convient de prendre en compte, lors du remboursement des frais d'aide, de soins et d'assistance à domicile, aussi bien l'allocation pour impotent que la contribution d'assistance dans le cas où une personne bénéficiaire d'une allocation pour impotence moyenne ou grave souhaite se faire rembourser des frais de soins et d'assistance de plus de 25'000 francs. La loi fédérale laisse toutefois aux cantons le choix de décider s'ils veulent prévoir une prise en compte également dans le cas où l'assuré demande des remboursements inférieurs à 25'000 francs par année, ainsi qu'en cas d'impotence faible. Certains cantons ont choisi de ne pas prendre en compte l'allocation pour impotent, en le précisant explicitement dans leurs ordonnances. Mais souvent, il n'existe pas de règlement concernant la prise en compte de la contribution d'assis-

tance, ce qui est source d'incertitudes. Mais en cas de doute, si un règlement fait défaut, une prise en compte devrait en principe être permise compte tenu du caractère subsidiaire des prestations des PC par rapport aux prestations des autres assurances sociales.

La liberté de choix doit rester garantie

La contribution d'assistance permet de rembourser exclusivement les frais liés aux assistants engagés sur la base d'un contrat de travail qui ne sont pas des membres de la famille au sens plus étroit. Elle n'est donc destinée à financer ni les prestations d'assistance fournies par des proches ni celles fournies par des prestataires (organisations d'aide et de soins à domicile). C'est pourquoi il est logique que les organes d'exécution des PC ne puissent prendre en compte la contribution d'assistance pour les frais résultant de services non couverts par la contribution d'assistance. D'autre part, il n'est pas autorisé de faire pression sur les assurés pour les obliger à abandonner le modèle choisi (p. ex. assistance par des membres de la famille) au bénéfice d'un autre modèle (assistance fournie par du personnel engagé par contrat de travail). Cela est illicite non seulement parce que de nombreux assurés se sentent dépassés par le modèle basé sur l'engagement d'assistants par contrat de travail, mais aussi parce que le principe de la liberté de choix fut régulièrement proclamé, au cours des débats sur l'introduction d'une contribution d'assistance, comme un des éléments centraux qui permettent de mener une vie autonome. Or, il ne faut pas que ce principe se fasse à présent vider de sa substance par des voies détournées.

Or, si une personne a décidé d'organiser son assistance en engageant des tiers par contrat de travail et qu'elle a demandé à cet effet le remboursement des frais d'invalidité par les PC, l'autorité d'exécution des PC peut exiger d'elle qu'elle dépose une demande de contribution d'assistance auprès de l'AI. Il est important de savoir dans ce cas que les autorités d'exécution des PC continuent de verser leurs prestations jusqu'à ce que l'AI rende sa décision, qu'elles les compensent ensuite avec les paiements rétroactifs de l'AI et qu'elles ne suspendent pas leurs

prestations jusqu'à la décision de l'AI, mettant ainsi les personnes concernées dans une situation existentielle de détresse. La procédure de compensation a été réglée en détails dans la Circulaire sur la contribution d'assistance (chiffres 10010 à 10018 CCA), on peut par conséquent s'y référer.

Dans le contexte de la prise en compte de la contribution d'assistance, les organes d'exécution des PC devront veiller à prendre en compte uniquement le montant que la personne s'est effectivement fait verser par l'AI à titre de contribution d'assistance pour un mois déterminé. Ce montant ne correspond pas forcément à la somme que l'office AI a définie dans sa décision comme pouvant être prétendue par la personne assurée. Il se produira régulièrement des situations où des personnes handicapées ne pourront faire valoir leur droit à une contribution d'assistance parce qu'elles ne trouvent pas ou pas suffisamment d'assistants sur le marché du travail, se voyant ainsi obligées de recourir, du moins transitoirement, aux services fournis par des membres de leur famille ou par des organisations d'aide et de soins à domicile.

Dans quelles conditions les prestations PC sont-elles nécessaires pour compléter la contribution d'assistance?

Comme déjà expliqué en introduction de cet article, la contribution d'assistance de l'AI ne couvre de loin pas dans tous les cas le coût effectif de l'assistance, et ce même lorsque la personne organise la totalité de son assistance par l'engagement contractuel de tiers. Tel est notamment le cas si les besoins d'assistance déterminés par l'office AI lui-même sont supérieurs aux plafonds fixés dans le règlement sur l'AI (art. 39e RAI). Dans ces cas, notamment les personnes lourdement handicapées seront obligées de recourir à titre supplétif aux prestations complémentaires.

Le recours supplétif aux prestations PC pour compléter la contribution d'assistance de l'AI s'avérera également nécessaire dans les cas où les besoins effectifs d'assistance sont supérieurs aux besoins déterminés par l'office AI. Ce cas est relativement fréquent vu que les offices AI

déterminent les besoins d'assistance selon un instrument d'évaluation standardisé basé sur des chiffres moyens qui ne tient pas toujours compte des situations individuelles. Pour certaines prestations d'assistance (p. ex. besoins de surveillance particulièrement intensive), on admet des montants forfaitaires (au maximum 2 heures par jour); or ceux-ci ne couvrent guère les besoins effectifs. Dans tous ces cas, une personne bénéficiant d'une contribution d'assistance de l'AI aura forcément besoin de prestations PC en plus.

Reste à espérer que les autorités des PC sont conscientes des particularités que recèle le calcul de la contribution d'assistance et des lacunes qui en résultent, et qu'elles permettent aux personnes concernées de se faire rembourser, à titre complémentaire, des frais par le biais des PC. Sinon il se pourrait que certaines personnes ayant jusqu'à présent pu mener une vie autonome grâce aux versements des PC ne puissent plus continuer à le faire suite à l'introduction de la contribution d'assistance, et qu'elles se voient même obligées d'entrer dans un home ...

Georges Pestalozzi-Seger

|