

Droit et handicap 3/11

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“

Prestations complémentaires: prise en compte du revenu hypothétique

Nous avons déjà abordé à plusieurs occasions la question de la prise en compte du revenu hypothétique dans le calcul des prestations complémentaires, la dernière fois dans „Droit et handicap 3/09“. Nous reprenons ici ce thème pour deux raisons: d'une part, il a gagné en importance dans la pratique de nombreux services de consultation et, d'autre part, l'administration a entièrement révisé – et réactualisé au 1.4.2011 – ses Directives concernant les prestations complémentaires (DPC) suite à des jugements rendus ces derniers temps par le Tribunal fédéral.

L'AI ayant durci sa pratique, les assurés se voient aujourd'hui plus fréquemment allouer une rente partielle au lieu d'une rente entière. Il en résulte une pression accrue sur les prestations complémentaires qui, à leur tour, ont tendance à réagir par une pratique plus sévère, notamment lors de la prise en compte du revenu hypothétique.

Revenu hypothétique des assurés partiellement invalides

Selon l'ordonnance sur les prestations complémentaires, le revenu de l'activité lucrative des invalides est pris en compte sur la base du montant effectivement obtenu par l'assuré dans la période déterminante (art. 14a al. 1

OPC). En revanche, lorsqu'une personne touche une rente partielle pour un degré d'invalidité compris entre 40% et 69%, c'est un revenu hypothétique minimal qui est pris en compte (art. 14a al. 2 OPC), à savoir un montant annuel de 25'400 francs pour un degré d'invalidité de 40% à 49%, un montant annuel de 19'050 francs pour un degré d'invalidité de 50% à 59% et un montant annuel de 12'700 francs pour un degré d'invalidité de 60% à 69%. Ce revenu hypothétique est traité de la même manière que le revenu réel d'une activité lucrative, c.-à-d. que le montant non imputable au revenu est déduit et le revenu est ensuite pris en compte de façon „privilegiée" à hauteur de 2/3.

La disposition de l'art. 14a al. 2 OPC se base sur une supposition selon laquelle une personne partiellement invalide est en mesure d'obtenir les revenus fixés. La personne concernée peut renverser cette supposition en apportant la preuve qu'elle se trouve dans l'impossibilité, malgré suffisamment d'efforts, de trouver un emploi correspondant. Selon le nouveau chiffre 3424.05 des Directives concernant les prestations complémentaires (DPC), cette preuve est considérée comme établie lorsqu'une personne s'est adressée à un ORP en vue d'un placement et prouve que ses recherches d'emploi sont suffisantes qualitativement et quantitativement. Les critères déterminants sont par conséquent ceux appliqués dans l'assurance-chômage.

En outre, aucun revenu hypothétique n'est pris en compte dans le cas où la personne partiellement invalide s'occupe de son conjoint et que celui-ci devrait être placé dans un home si l'assuré n'était pas présent à ses côtés (chiffre 3424.05 DPC). Les directives ne précisent pas la question de savoir si cette disposition s'applique également au cas où la personne soignée et encadrée est un enfant handicapé, mais il faut le supposer.

Comme auparavant, aucun revenu hypothétique n'est pris en compte chez les bénéficiaires d'une rente AI touchant une rente entière pour un degré d'invalidité d'au moins 70% ou ayant déjà plus de 60 ans. Il en est de même pour les personnes travaillant dans un atelier

protégé au sens de la LIPPI (art. 14a al. 3 OPC). Dans tous ces cas, seul le revenu effectivement obtenu est pris en compte dans le calcul des PC. Si, dans le cas d'une personne âgée de moins de 60 ans, il a été jusque-là tenu compte d'un revenu hypothétique, l'organe PC doit prévoir une révision d'office au moment où l'assuré accomplit sa 60e année et adapter les prestations complémentaires à compter de cette date (chiffre 3424.06 DPC).

Et enfin, pour les personnes partiellement invalides dont l'invalidité a été déterminée selon la méthode comparative des activités (généralement des femmes ou hommes au foyer), aucun revenu hypothétique n'est pris en compte (art. 14a al. 3 OPC). On peut cependant s'étonner du fait que ni l'ordonnance ni les directives ne précisent la manière de procéder pour les personnes dont l'invalidité est déterminée selon la méthode mixte. Nous sommes d'avis que dans ces cas également, aucun revenu hypothétique ne peut être pris en compte au sens de l'art. 14a al. 2 OPC. Il devrait au moins en être ainsi lorsque la capacité de gain résultant du calcul de l'invalidité est jugée nulle ou minimale.

Délai de transition lors de la prise en compte?

La question de savoir s'il est licite que l'organe PC impute sans préavis un revenu hypothétique à une personne touchant une rente partielle se pose régulièrement. Les directives déterminantes (chiffre 3424.09 DPC) prévoient à ce propos que la réduction d'une prestation complémentaire en cours, due à la prise en compte d'un revenu hypothétique, ne peut pas prendre effet immédiatement, mais seulement 6 mois après la notification de la décision correspondante. Ce délai doit permettre à la personne concernée de rechercher une activité lucrative adaptée: soit elle trouve un emploi, soit elle est en mesure de prouver qu'elle n'en a pas trouvé malgré des recherches intensives, ce qui à son tour veut dire qu'il convient de renoncer à la prise en compte d'un revenu hypothétique.

Selon la pratique, ce règlement ne s'applique toutefois pas en cas d'octroi initial (et donc le plus souvent à titre rétroactif) d'une prestation complémentaire. Dans ce cas,

l'organe PC a le droit de prendre en compte un revenu hypothétique dès le début. Si un assuré estime cette prise en compte infondée, il doit faire recours et apporter la preuve qu'il a suffisamment recherché un emploi, sans rien trouver malgré tous ses efforts. Si la personne n'est pas en mesure de prouver ses efforts suffisants pour trouver un emploi, elle peut ultérieurement, après avoir cherché du travail pendant un certain temps (au moins pendant 6 mois), demander à l'organe PC de recalculer ses prestations complémentaires.

Revenu exigible du conjoint non invalide

Ces dernières années, on a assisté à un net durcissement de la pratique concernant la prise en compte d'un revenu que l'on est en droit d'escompter de la part de l'époux ou de l'épouse d'un rentier ou d'une rentière AI. Ni la loi ni l'ordonnance ne règlent cette problématique de façon explicite. Mais les directives contiennent désormais un descriptif détaillé de ce sujet (chiffres 3482.01 à 3482.07 DPC). La prise en compte d'un revenu hypothétique du conjoint se base sur le principe général de l'art. 11 al. 1 let. g LPC, selon lequel il convient de prendre également en compte les rentrées dont l'ayant droit s'est dessaisi. Par exemple, si l'épouse d'un rentier AI n'exerce aucune activité lucrative alors que l'on pourrait raisonnablement attendre d'elle qu'elle travaille, un tel revenu hypothétique lui sera néanmoins imputé.

Selon les dispositions des directives, la détermination du revenu à prendre en compte doit se référer aux tables de l'Enquête suisse sur la structure des salaires, et il importe de prendre en considération – notamment quant au volume d'une activité lucrative exigible et au montant du revenu exigible – non seulement la situation familiale (obligation de s'occuper des enfants), mais aussi l'âge, l'état de santé, les connaissances linguistiques, la formation professionnelle, les activités exercées précédemment et la durée d'inactivité (chiffre 3482.04 DPC).

Là aussi s'applique toutefois le principe selon lequel le revenu exigible de la part du conjoint n'est pas à prendre en compte si celui-ci peut faire valoir qu'il n'a pas trouvé

d'emploi malgré tous ses efforts. Les directives précisent, à cet égard également, que cette hypothèse est considérée comme réalisée lorsque la personne concernée s'est adressée à un ORP en vue d'un placement et prouve que ses recherches d'emploi sont suffisantes qualitativement et quantitativement. On renonce en outre à une prise en compte dans le cas où la personne bénéficiaire de PC devrait être placée dans un home si elle était privée de l'aide et des soins que lui apporte son conjoint non invalide (chiffre 3482.03 DPC).

Les directives prévoient d'autre part que la tenue du ménage en faveur du conjoint ou des enfants ne permet en revanche pas de renoncer à la prise en compte d'un revenu hypothétique. La manière dont cette directive peut être interprétée n'est toutefois pas précisée: on ne pourra notamment guère exiger d'une mère ayant des enfants en bas âge qu'elle exerce une activité lucrative importante.

Les directives règlent également les conséquences du départ à la retraite anticipé de la part du conjoint non invalide (chiffre 3482.05 DPC): s'il prend sa retraite délibérément et non contraint par des motifs économiques ou liés à sa santé, il convient de lui imputer le revenu jusqu'ici pris en compte (après déduction de la part non imputable et solde pris en compte aux deux tiers) s'il est supérieur au revenu de remplacement (rente). Étant donné que les motifs qui président à une retraite anticipée sont souvent complexes et difficilement définissables, on doit presque inévitablement s'attendre à des conflits à ce propos.

Enfin, les directives révisées précisent également la manière de procéder lorsque le conjoint non invalide exerce une activité lucrative indépendante en réalisant un revenu „sensiblement inférieur” au revenu que l'intéressé pourrait obtenir dans le cadre d'une activité salariée. Dans ce cas, c'est également ce dernier qui doit être pris en compte en lieu et place du revenu effectif, mais ce au moins en respectant un délai d'adaptation de 12 mois (chiffre 3482.07 DPC). Il ne reste plus qu'à espérer que cette disposition ne s'appliquera qu'aux cas évidents où

les revenus sont sensiblement inférieurs à la moyenne et qu'elle n'aura pas pour conséquence indirecte d'obliger de nombreux indépendants à abandonner leur activité suite à l'invalidité de leur épouse.

Un exemple issu de la jurisprudence

Un récent jugement du Tribunal fédéral (rendu le 26.1.2011; 9C_717/2010) montre que les nouvelles directives sont tout à fait en harmonie avec la jurisprudence. Dans ce cas, le tribunal avait soutenu la décision de prendre en compte le revenu exigible de l'épouse d'un rentier AI à hauteur d'environ 24'000 francs par année; et ce en dépit du fait que l'épouse, âgée de plus de 50 ans, n'avait jusque-là jamais exercé d'activité lucrative mais s'était toujours occupé du ménage pour son mari et leur fils (âgé entretemps de 11 ans), et malgré son absence de formation professionnelle et ses faibles connaissances linguistiques. S'ajoutait à cela que cette femme avait elle-même des problèmes de santé et s'était annoncée à l'AI, mais que le tribunal avait rejeté sa demande de rente en supposant un degré d'invalidité de 20%. Il paraît évident qu'une personne dans cette situation ne trouvera guère d'emploi sur le marché réel du travail. Vu la pratique actuelle, elle devra néanmoins s'efforcer „suffisamment“ pour trouver du travail. On peut sérieusement se demander si le marché de l'emploi n'est pas inutilement mis à l'épreuve par ce type de candidatures.

Renoncement aux allocations familiales

Nous souhaitons enfin attirer l'attention sur un autre aspect lors du calcul du revenu hypothétique: s'il convient de partir du principe que le revenu hypothétique pris en compte justifierait l'octroi d'allocations pour enfants, des allocations pour enfants hypothétiques peuvent en outre être prises en compte, et ce non de façon privilégiée aux 2/3, mais de façon intégrale (chiffre 3482.08 DPC).

Georges Pestalozzi-Seger

AI: Suppression de la rente seulement après des mesures de réadaptation?

Il est prévu, dans le cadre du volet 6a de la révision de la LAI, de soumettre dès 2012 toutes les rentes à un réexamen systématique. Lorsque l'office AI suppose un potentiel de réinsertion chez un assuré, il lui allouera des mesures de réadaptation et, après leur mise en œuvre, réduira ou supprimera sa rente si sa capacité de gain s'est améliorée grâce à ces mesures.

Des réexamens de rentes existent pourtant déjà aujourd'hui et ce processus a déjà été intensifié ces 5 dernières années. Actuellement, l'examen porte en premier lieu sur la question de savoir si l'état de santé de la personne s'est amélioré et, dans ce cadre, les offices AI demandent fréquemment de nouvelles expertises médicales. La question qui se pose dans ces cas est toujours la même: peut-on réduire ou supprimer sans délai transitoire, sur la base d'une amélioration théorique de l'état de santé, la rente d'une personne assurée ayant bénéficié d'une rente pendant de nombreuses années et ayant perdu depuis longtemps le lien avec le marché réel du travail, et ce sans lui allouer préalablement des mesures de réadaptation?

Dans un jugement assez récent du 10.9.2010 (9C_163/2009), le Tribunal fédéral a une nouvelle fois répondu à cette question par l'affirmative. Il devait juger le cas d'un ancien ouvrier du bâtiment âgé de 44 ans qui avait touché une rente d'invalidité entière durant 14 ans. La rente de cet assuré avait été supprimée sur la base d'une nouvelle expertise qui lui attestait une capacité de travail totale dans une activité adaptée; l'office AI en avait déduit un degré d'invalidité de seulement 15%.

Le Tribunal fédéral a constaté, en résumé de sa longue jurisprudence, qu'il appartenait en principe à l'assuré de tirer profit, par ses propres moyens, du gain de capacité de travail nouvellement acquis et médicalement attesté. Dans la pratique, cela signifie qu'une amélioration de la capacité de travail médicalement documentée permet de conclure directement à une amélioration de la capacité

de gain et de réévaluer le degré d'invalidité sans délai de transition. Ce cas de figure existe notamment, explique le tribunal, lorsque l'assuré disposait préalablement déjà d'une importante capacité résiduelle de travail, de sorte que sa capacité de travail nouvellement acquise et propre à influencer ses droits n'entraîne guère de besoins supplémentaires en terme de réadaptation; c'est également le cas lorsque l'assuré peut mettre à profit sa capacité de travail nouvellement acquise dans l'activité qu'il a déjà exercée ou qu'il pourrait directement reprendre.

Selon le Tribunal fédéral, seules quelques rares situations dérogent à ce principe: par exemple lorsque l'évaluation médicale de la capacité de travail (améliorée) est effectuée sous la réserve explicite que des mesures de réadaptation professionnelle aptes à augmenter les capacités de l'assuré soient préalablement mises en œuvre. Mais c'est également le cas, a-t-il ajouté, lorsque, après une durée prolongée de la période durant laquelle la rente a été allouée, il faut partir du principe qu'une personne ne peut réellement mettre à profit, sur un marché du travail équilibré, sa capacité de travail théorique nouvellement acquise que moyennant des mesures réadaptatives et professionnelles.

Dans le cas concret qu'il devait juger, le Tribunal fédéral n'a pas admis l'existence d'un tel cas d'exception, en dépit de la longue période durant laquelle l'assuré a touché une rente et dont a incontestablement résulté sa désintégration du marché du travail suite à son invalidité. Le Tribunal fédéral a manifestement basé son évaluation sur le fait que l'assuré, ayant adopté une identité subjective d'invalidité durant les 2 ans suivant l'expertise médicale et n'ayant fait aucun effort pour se réintégrer par ses propres moyens, ne pouvait donc pas être motivé pour participer sérieusement à des mesures de réadaptation.

Lorsqu'une rente est supprimée sans délai de transition, cela n'exclut bien entendu pas que l'office AI octroie à la personne, parallèlement à sa décision de supprimer la rente ou à l'issue de celle-ci, des mesures de réadaptation, p. ex. sous forme d'un placement. Dans la pratique, il est toutefois fréquent d'observer que l'intensité de

telles mesures de soutien régresse dès lors qu'une rente a été supprimée, et que de tels placements n'aboutissent en conséquence que rarement. On comprend dès lors que les anciens bénéficiaires de rente concernés se sentent souvent abandonnés à leur situation difficile par l'office AI.

Georges Pestalozzi-Seger

Allocation pour impotent: garantie des droits acquis à l'âge AVS

Lorsqu'une personne, avant d'atteindre l'âge AVS (ou de toucher une rente anticipée de l'AVS), était au bénéfice d'une allocation pour impotent de l'AI, elle touchera une allocation au moins égale au montant jusqu'ici versé (art. 43bis LAVS).

Cette garantie des droits acquis revêt une importance particulière parce que le droit à une allocation pour impotent selon la LAVS se distingue à plusieurs égards du droit selon la LAI: d'une part, les besoins d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie ne sont pas pris en compte, à l'âge AVS, dans l'évaluation de l'impotence; d'autre part, le droit des personnes en âge AVS s'éteint en cas d'impotence légère lorsque la personne séjourne dans un home. Enfin – et il s'agit là de la différence la plus importante – l'allocation pour impotent est moitié moins élevée pour les personnes en âge AVS ne vivant pas dans un home que pour celles en âge AI.

Mais qu'en est-il lorsqu'une personne ayant profité de la garantie des droits acquis en atteignant l'âge AVS change ensuite son statut de séjour? Récemment, le Tribunal fédéral a examiné le cas d'un assuré sourd et aveugle en âge AI qui avait touché une allocation pour impotence grave. Lorsqu'il a atteint l'âge AVS, cette allocation a d'abord continué de lui être versée, conformément aux règles concernant les droits acquis. Mais lorsque sa situation de prise en charge s'est dégradée à court terme, il est entré dans un home pour un séjour passager de 11 mois au total, suite à quoi son allocation pour impotent lui a été réduite de moitié. Quand l'assuré a ensuite repris un appartement personnel, la caisse de compensation a refusé de doubler à nouveau son allocation de sorte qu'elle soit du même montant qu'avant son entrée dans le home.

Contrairement à l'instance précédente cantonale, le Tribunal fédéral a estimé, dans son jugement du 3.5.2011 (9C_150/2011), que dans un tel cas la garantie des droits

acquis ne pouvait effectivement renaître. Il a précisé que la garantie des droits acquis avait uniquement comme sens et but d'éviter que les assurés qui atteignent l'âge AVS doivent s'attendre à subir – pour seul motif de passer de l'AI à l'AVS – une réduction des prestations. En outre, a-t-il ajouté, il est indiqué de procéder à une interprétation restrictive de cette garantie; celle-ci n'est pas applicable en cas de modification des circonstances dont découle le droit (en l'occurrence: le lieu de séjour).

Par ce jugement, le Tribunal fédéral s'est rallié à l'avis de l'OFAS: pendant la procédure de recours, ce dernier avait supprimé sans remplacement une disposition de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence (chiffre 8126 CIIAI) avec effet au 1.1.2011. Cette directive prévoyait qu'en cas de changement du lieu de séjour d'une personne qui bénéficie d'une allocation pour impotent qui découle de la garantie des droits acquis, les effets sont les mêmes qu'avant l'entrée en âge AVS.

Pour la personne concernée, son séjour passager dans un home a eu pour effet de lui faire perdre définitivement ses droits acquis et de réduire ses allocations pour impotent de 11'136 francs par année. Cette conséquence est extrêmement dure; c'est pourquoi il faut vivement recommander à toutes les personnes potentiellement concernées d'éviter autant que possible le moindre séjour dans un home, fût-il bref et passager.

Georges Pestalozzi-Seger

Assurance-maladie: Prise en charge de médicaments ne figurant pas dans la liste des spécialités

Le 23 novembre 2010, le Tribunal fédéral a rendu un jugement ayant suscité un écho médiatique retentissant (136 V 395): dans le cas concernant une personne atteinte de la maladie de Pompe, il devait évaluer si l'assurance obligatoire des soins était tenue de prendre en charge les coûts du médicament Myozyme, coûts qui s'élevaient à près de 750'000 francs pour un traitement d'un an et demi.

Au moment déterminant, le médicament Myozyme n'était pas admis dans la liste des spécialités, bien que son utilisation ait été autorisée par Swissmedic dans le cadre d'une procédure d'autorisation simplifiée appliquée aux médicaments dits orphelins.

Dans un premier temps, le Tribunal fédéral a confirmé sa jurisprudence selon laquelle les coûts d'un tel médicament ne sont remboursables qu'à titre exceptionnel et selon des conditions restrictives: il ne doit exister aucune alternative thérapeutique et donc aucune autre méthode curative efficace contre une maladie susceptible d'être mortelle pour l'assuré ou de lui causer des problèmes de santé graves et chroniques, et le médicament doit avoir une utilité thérapeutique (curative ou palliative) élevée.

Dans le cas jugé, le litige portait sur la question de savoir si l'on pouvait admettre l'utilité thérapeutique élevée de ce médicament. Le Tribunal fédéral a préalablement constaté que le seul fait d'autoriser un médicament orphelin ne permettait pas de conclure automatiquement à sa grande utilité thérapeutique, étant donné que cette dernière n'était pas une condition à son autorisation. Dans le présent cas, il en est arrivé à la conclusion, après avoir procédé à un examen approfondi du dossier médical, que le médicament en question aurait peut-être empêché ou freiné la perte progressive des capacités pulmonaires et le placement de la personne sous ventilation nocturne ainsi que d'autres conséquences, mais que l'ampleur de

l'amélioration était incertaine et d'ailleurs indémontrable, aussi bien par des études générales que dans le cas concret; par conséquent, il a estimé que l'utilité thérapeutique „élevée" ne pouvait être admise.

Le Tribunal fédéral a en outre examiné si le présent cas remplissait le critère de l'économicité; selon le tribunal, ce critère n'est en général examiné que s'il existe plusieurs alternatives thérapeutiques appropriées ayant une utilité médicale comparable; mais cela ne signifie pas qu'il faut renoncer à examiner ce critère lorsqu'il existe une seule thérapeutique possible; une prestation doit généralement être refusée s'il y a disproportion grave entre le coût et le bénéfice thérapeutique; plus le bénéfice d'un médicament est élevé, plus son coût élevé se justifie. Le Tribunal fédéral a ainsi déterminé qu'il est licite d'un point de vue éthique et juridique de réfléchir en termes de critères économiques, et ce même lorsqu'il s'agit de la santé humaine.

Le Tribunal fédéral a tenté, en se référant à divers jugements précédents concernant des traitements coûteux ainsi qu'à diverses études nationales et internationales, de développer des critères à prendre en compte dans l'évaluation de l'économicité de traitements coûteux (cf. considérants 7.5, 7.6 et 7.7 du jugement). Au final, il en est arrivé à la conclusion qu'en fonction du bénéfice obtenu par le médicament Myozyme, une dépense de près de 500'000 francs par an ne pouvait être considérée comme économique.

Il est intéressant que le producteur du médicament ait entretemps demandé l'inscription du Myozyme dans la liste des spécialités. Après examen du dossier, la commission compétente de la Confédération a recommandé l'admission du médicament dans la liste, mais la décision de l'administration n'était pas encore connue au moment de la rédaction du présent article.

Nouvelles dispositions réglementaires

La procédure concernant la prise en charge du médicament Myozyme a amené le Conseil fédéral à régler de

façon générale, dans l'ordonnance (art. 71b OAMal), la prise en charge des coûts liés aux médicaments non admis dans la liste. En outre, il a fixé de manière analogue les conditions selon lesquelles doivent être pris en charge les coûts des médicaments qui figurent bel et bien dans la liste des spécialités mais qui sont utilisés pour d'autres indications que celles autorisées dans l'information professionnelle ou prévues par la limitation (art. 71a OAMal).

Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, ces médicaments sont à prendre en charge s'ils constituent un préalable indispensable à la réalisation d'un autre traitement remboursé par l'assurance obligatoire des soins et que celui-ci est largement prédominant. Ils sont également remboursables si „l'usage du médicament permet d'escompter un bénéfice élevé contre une maladie susceptible d'être mortelle pour l'assuré ou de lui causer des problèmes de santé graves et chroniques et que, faute d'alternative thérapeutique, il n'existe pas d'autre traitement efficace autorisé" (art. 71a al. 1 OAMal). Dans tous les cas, de tels médicaments ne sont pris en charge que si l'assureur a donné une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.

L'ordonnance prévoit en outre que „le rapport entre la somme à rembourser et le bénéfice thérapeutique du médicament doit être adéquat". Les assurances-maladie sont autorisées à fixer le montant du remboursement. Lorsqu'un médicament figure dans la liste des spécialités, le prix indiqué dans la LS ne doit pas être dépassé même si le médicament est utilisé dans le cadre d'une autre indication. L'ordonnance a ainsi formulé certains critères et réglé la procédure; or, dans ce domaine limite et sensible du point de vue éthique et juridique, d'autres litiges ne seront guère évitables à l'avenir.

Georges Pestalozzi-Seger

Appareils auditifs: remboursement forfaitaire dès le 1er juillet 2011

Malgré les résistances de milieux très divers, le Département fédéral de l'intérieur a mis en vigueur, au 1.7.2011, un nouveau système de remboursement des appareils auditifs par l'AI: les personnes ayant besoin d'un appareil auditif toucheront désormais de la part de l'AI un forfait de 840 francs (appareillage monaural) resp. de 1'650 francs (appareillage binaural). Ces montants sont nettement inférieurs à ceux remboursés jusqu'à présent, qui étaient de 1'395 à 2'100 francs pour un appareillage monaural resp. de 2'275 à 3'355 francs pour un appareillage binaural. On ne fera en outre plus la différence entre déficience auditive légère et déficience auditive grave. Pour justifier ce changement, l'OFAS se réfère à l'avis de spécialistes selon lequel „il n'existe aucun lien démontré entre la gravité de la déficience auditive et l'ampleur du travail d'adaptation ainsi que le coût d'un appareil auditif".

Le forfait est accordé aux conditions suivantes: un médecin ORL doit avoir constaté un trouble de l'ouïe suffisamment important et recommandé l'appareillage auditif, l'appareillage est à effectuer par un professionnel, l'appareil doit être admis par le METAS et les copies des factures avec les indications requises sont à remettre à l'AI. Le montant forfaitaire est versé même dans le cas où le montant de la facture présentée est inférieur au forfait. En revanche, il ne sera désormais plus procédé à une expertise médicale finale.

Le montant forfaitaire n'inclut pas seulement le prix de l'appareil auditif, mais aussi tous les services et le suivi pendant 6 ans. À ce montant ne s'ajoutent que les coûts annuels pour l'achat de piles (40 francs pour une correction monaurale et 80 francs pour une correction binaurale) ainsi que les frais de réparation à partir de la deuxième année: les réparations sont elles aussi remboursées sur une base forfaitaire, à savoir 130 francs, ou 200 francs s'il s'agit de dommages électroniques.

Une nouvelle demande de forfait ne peut être présentée avant l'expiration d'un délai de 6 ans; sauf, à titre d'exception, si la déficience auditive de l'assuré s'aggrave de sorte à nécessiter un nouvel appareillage. Une dégradation progressive et prévisible de l'acuité auditive ne donne cependant pas droit à un nouvel appareil, et ce au motif que les assurés doivent veiller à ce que leur appareil présente une marge d'amplification suffisante.

Réglementation d'exception pour les cas de rigueur

Les spécialistes et les personnes concernées craignent que les montants forfaitaires ne suffisent plus à financer un appareillage adéquat pour les assurés qui présentent des déficiences auditives complexes et des situations professionnelles exigeantes. Le DFI a en partie répondu à ces craintes en prévoyant une réglementation d'exception pour les „cas de rigueur" (chiffre 5.07.2 annexe OMAI). Celle-ci s'applique aux personnes qui suivent une formation, exercent une activité lucrative ou dont l'activité relève des travaux habituels, d'une part, et pour lesquelles la fourniture d'un appareil auditif est difficile en raison de la gravité de leur déficience auditive, d'autre part. Les conditions requises sont toutefois strictes et seuls 3 à 5% des personnes actives ayant des problèmes d'audition pourront en bénéficier. Les demandes en ce sens seront examinées par des cliniques ORL et les offices AI sur la base d'une liste de critères. Si un cas de rigueur est constaté, l'AI finance la part du coût d'un „appareillage approprié, simple et adéquat" qui dépasse le montant du forfait.

Règlement spécial pour les enfants

Le nouveau système forfaitaire ne s'applique pas aux enfants et jeunes jusqu'à 18 ans. Pour le remboursement de leurs appareils ainsi que le service et le suivi pendant 6 ans, des montants maximaux ont été fixés dans la liste des moyens auxiliaires (chiffre 5.07.3), à savoir 2'830 francs pour un appareillage monaural et 4'170 francs pour un appareillage binaural. S'ajoutent à cela des forfaits annuels de 60 resp. 120 francs pour l'achat de piles. L'appareillage des enfants et des jeunes doit obligatoirement

s'effectuer par des audioprothésistes pédiatriques disposant d'une autorisation de l'OFAS pour exercer cette activité.

Règlement transitoire

L'administration espère que le nouveau système permettra de renforcer l'effet de concurrence et, de par ce fait, de baisser notablement les prix élevés en Suisse. Il faudra 2 ou 3 ans pour savoir si l'effet escompté s'est produit dans une ampleur suffisante ou, bien au contraire, si le nouveau système n'oblige pas les personnes concernées à payer de leur poche une part toujours plus importante de leur appareillage. Les personnes malentendantes en tout cas ne croient guère à une baisse sensible des prix: bon nombre d'entre elles se sont dépêchées de demander, encore avant le 1er juin 2011, un nouvel appareillage à l'AI; cela leur permettra de profiter, pendant la période transitoire de 6 ans, des remboursements nettement plus importants du système actuel.

Georges Pestalozzi-Seger