

Nouvelles prestations de l'AI dans le domaine des allocations pour impotent: bien des choses restent à clarifier...

Avec la 4e révision de la LAI, le législateur a élaboré une nouvelle conception de la loi dans le domaine des allocations pour impotent de l'AI. Or, l'administration semble avoir des difficultés à mettre en œuvre les nouvelles dispositions. Des directives floues et difficilement compréhensibles de l'Office fédéral des assurances sociales ont provoqué une confusion générale. C'est seulement grâce aux premiers jugements rendus par les tribunaux que les choses commencent à se clarifier petit à petit. Voici un aperçu intermédiaire de la situation telle qu'elle se présente actuellement:

Quand une personne est-elle considérée comme résidente d'un home?

La multiplication par deux des montants de l'allocation pour impotent pour tous les assurés ne vivant pas dans un home constitue la modification légale la plus importante intervenue dans le cadre de la 4e révision de la LAI. En ce qui concerne les assurés mineurs, la délimitation entre résidents d'un home et non résidents ne pose pas de problème, étant donné que l'allocation pour impotent est versée sous forme d'un forfait journalier. Selon qu'un enfant passe la nuit à son domicile ou dans un home de relève resp. dans une famille d'accueil, une pleine ou une demie allocation pour impotent lui sera versée pour la journée en question.

Pour les assurés majeurs, la situation se présente sous un angle différent: l'allocation pour impotent leur est versée sous forme d'un forfait mensuel. Comment faut-il procéder lorsqu'une personne réside dans un home, mais qu'elle passe les week-ends en privé (p. ex. chez ses parents)? Ou lorsqu'une personne vit en règle générale chez elle, tout en passant de temps à autre une nuit dans une institution pour décharger les personnes qui s'occupent d'elle? En effet, ni la loi, ni l'ordonnance ne donnent de réponse directe à cette question. Le bon sens inciterait à considérer la première personne citée

comme résidente d'un home et la deuxième comme non résidente. Or, quelques mois après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions, l'OFAS a envoyé une directive aux offices AI dans laquelle il signalait que selon lui, une personne devait en règle générale être considérée comme résidente d'un home dès lors qu'elle passe une seule nuit dans une institution, et qu'elle perdait de par ce fait le droit à une pleine allocation pour impotent concernant le mois en cours.

Cette directive a donné lieu à diverses procédures de recours. Dans le cas d'un assuré gravement handicapé vivant dans le canton du Valais qui passait cinq nuits par semaine à son domicile, puis deux jours dans une institution pour décharger sa mère qui le soignait, le tribunal cantonal des assurances a conclu qu'il ne s'agissait pas d'un assuré «qui séjourne dans un home» au sens de l'art. 42 ter al. 2 LAI. Dans son interprétation, le tribunal cantonal des assurances s'est référé à l'intention du législateur de permettre à un maximum d'assurés, en augmentant les montants de l'allocation pour impotent, d'éviter aussi longtemps que possible d'être placés durablement dans un home. Il a estimé qu'une personne ne devait être considérée comme résidente d'un home que dès qu'elle passe plus de la moitié des nuits dans une institution pendant une période déterminée (jugement du 10.12.2004, S1 04 135), avis que nous avons également défendu («Droit et handicap» 1/04). L'OFAS vient toutefois de porter cet arrêt cantonal devant le Tribunal fédéral des assurances qui devra encore rendre son jugement. Entre-temps, diverses procédures ont été mises en suspens sur le plan cantonal.

Supplément pour soins intenses: divisé par deux pour les jours d'école spéciale?

Une autre directive de l'OFAS a, elle aussi, causé des remous considérables et donné lieu à de nombreuses

procédures judiciaires: en avril 2004, l'office fédéral a donné des instructions aux offices AI pour que ceux-ci réduisent de moitié le supplément pour soins intenses en faveur des assurés mineurs, versé pour les jours où ces enfants fréquentent les cours de l'école spéciale en qualité d'externes.

Malgré les protestations immédiates des organisations de personnes handicapées contre cette réduction qui ne se fonde sur aucune base ni dans la loi, ni dans l'ordonnance, l'administration a pour le moment insisté sur son application, justifiant cette mesure en faisant valoir que les montants des anciennes contributions aux frais de soins à domicile, versées pour les jours où les enfants suivent l'école spéciale en qualité d'externes, avaient eux aussi été réduits de moitié. C'est seulement après que divers tribunaux cantonaux (p. ex. le tribunal des assurances sociales du canton de Zurich, jugement du 22.3.2005, IV.2004.00646) aient attiré l'attention sur le fait que le Tribunal fédéral des assurances avait également qualifié d'illicite l'ancienne pratique dans le domaine des contributions aux frais de soins à domicile, que l'OFAS a révoqué sa circulaire en avril 2005, en précisant que le droit au montant intégral du supplément pour soins intenses conservait, rétroactivement à compter du 1.1.2004, toute sa validité également pour les enfants qui fréquentent l'école spéciale en qualité d'externes. Plusieurs familles attendent actuellement le paiement des prestations arriérées portant sur la différence des montants.

Il est encore incertain si le Conseil fédéral proposera, dans son message relatif à la 5e révision de la LAI, une base légale permettant de réduire de moitié le supplément pour soins intenses. Dans le projet de consultation, un nouvel article dans ce sens était prévu, mais il a été combattu par les organisations de handicapés. Et ce notamment en faisant valoir l'argument que le temps consacré par les parents aux soins d'enfants très gravement handicapés était certes légèrement diminué les jours où ceux-ci fréquentent l'école spéciale en externe, mais certainement pas de moitié.

Accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie: attentes non satisfaites

Dans le cadre de la 5e révision de la LAI, le Conseil fédéral a qualifié l'introduction d'une allocation pour impotent en faveur des assurés ayant régulièrement

besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, de contribution essentielle à la mise sur un pied d'égalité des personnes handicapées psychiques et mentales avec les personnes handicapées physiques: cette nouvelle prestation était censée permettre, à cette catégorie d'assurés également, de financer leurs besoins découlant d'une vie hors institution. L'estimation des coûts effectuée par le Conseil fédéral était basée sur le principe que cette seule mesure nécessiterait près de 56 millions de francs par année, étant donné qu'elle serait probablement mise à contribution par plus de 10 000 personnes chaque année. Or, déjà à l'époque, les organisations d'aide aux personnes handicapées avaient mis en doute ces estimations, et leurs craintes ont désormais été largement dépassées: aujourd'hui, seule une part minime des personnes concernées qui ont besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie touchent effectivement une allocation pour impotent. La responsabilité doit en être imputée à la pratique extrêmement restrictive lors de l'octroi des prestations.

Durant la phase d'introduction, les demandes d'un accompagnement ont été régulièrement refusées au motif que la personne handicapée mentale ou psychique devait vivre de manière indépendante, c.-à-d. seule, et qu'elle n'y avait pas droit si elle vivait dans une communauté d'habitation avec des membres de la famille ou dans une forme d'habitat accompagné. A ce propos, l'OFAS est heureusement intervenu rapidement pour clarifier les choses, en précisant dans une directive que le contexte dans lequel vivait la personne assurée et la question de savoir si elle pouvait compter sur l'aide du conjoint/de la conjointe, des enfants ou des parents étaient sans importance. La seule condition, a-t-il précisé, était que la personne vive en dehors d'un «home».

Mais malgré cette circulaire de l'autorité de surveillance qui amène une clarification de la situation, il arrive périodiquement que des offices AI rejettent les demandes en arguant que la personne assurée, même en bénéficiant d'un accompagnement, ne serait pas en mesure de vivre de manière autonome, c.-à-d. seule, raison pour laquelle elle ne pouvait pas faire valoir de droit à une allocation d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Cette interprétation a été rejetée assez récemment par le tribunal des assurances du canton de St. Gall (jugement du 17.2.2005;

IV 2004/75): le tribunal a en effet estimé qu'il suffisait que l'assuré soit en mesure, grâce à l'accompagnement fourni par ses parents, de vivre à son domicile, s'il était obligé – sans cet accompagnement – de vivre dans une institution pour personnes handicapées. L'office AI a toutefois porté ce jugement devant le Tribunal fédéral des assurances qui n'a pas encore rendu sa décision.

Des problèmes tout aussi récurrents découlent d'une autre directive administrative qui, quant à elle, exige qu'une personne doit nécessiter une moyenne d'au minimum deux heures hebdomadaires d'aide fournie par des tiers pour que l'on puisse admettre un besoin régulier d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Il est fréquent que précisément les personnes ayant un handicap mental léger puissent arriver à vivre de manière autonome moyennant un accompagnement d'une à deux heures par semaine. Et lorsqu'elles sollicitent effectivement davantage d'aide, les personnes de l'AI chargées de l'instruction leur rétorquent parfois qu'elles considèrent ce soutien en partie comme inadéquat et qu'il ne sera donc pas pris en compte. Dans un cas issu du canton de Berne, un recours a dû être dé-

posé auprès du tribunal administratif qui, se basant sur les éclaircissements convaincants de Pro Infirmis pour expliquer la nécessité d'entretiens de soutien réguliers, a finalement approuvé le droit de l'intéressé à cette prestation (jugement du 1.12.2004; IV 64851/345/2004).

Parfois, il arrive aussi que des personnes lourdement handicapées sur le plan psychique ou mental se voient refuser le droit à une allocation pour impotent, et ce au motif que seuls peuvent être pris en compte des services rendus par des tiers à titre d'aide indirecte au sens d'instructions, d'entretiens de soutien et d'accompagnement, mais pas au sens d'une aide directe de tiers qui effectuent pour elles certains actes de la vie courante. Ce point de vue conduirait paradoxalement à une situation où les chances de se voir allouer une allocation pour impotent diminuent à proportion de la gravité du handicap. Dans ce domaine, en tout cas une procédure judiciaire est encore en cours actuellement; nous espérons qu'elle amènera la clarification nécessaire de la situation.

Georges Pestalozzi-Seger

Les enfants de frontaliers ont-ils également droit à des mesures de réadaptation de l'AI?

Règlement actuel au niveau de la loi et de l'ordonnance

Sont obligatoirement assurées auprès de l'assurance-invalidité non seulement les personnes domiciliées en Suisse, mais aussi les personnes domiciliées à l'étranger et exerçant une activité lucrative en Suisse (p. ex. frontaliers, personnes effectuant des séjours brefs). En revanche, les personnes travaillant à l'étranger pour le compte d'un employeur dont le siège est en Suisse et qui sont rémunérées par lui peuvent rester affiliées auprès de l'assurance obligatoire si l'employeur y consent. Cela concerne également les étudiants de moins de 30 ans sans activité lucrative qui quittent leur domicile suisse pour suivre une formation à l'étranger (art. 1a al. 3 LAVS). Et enfin, les ressortissants suisses ainsi que ceux de l'UE et de l'AELE peuvent adhérer à l'AVS/AI à titre facultatif à condition d'avoir été affiliés précédemment à l'assurance obligatoire pendant au moins 5 ans et d'élire domicile dans un pays ne faisant pas

partie de l'espace de l'UE et de l'AELE. Pour toutes ces personnes domiciliées en dehors de Suisse s'applique toutefois le principe de l'assujettissement personnel à l'assurance. En d'autres termes: les membres de la famille (conjoint/e, enfants) ne sont pas automatiquement couverts par l'assurance; ils ne le sont que s'ils remplissent également les conditions d'assurance à titre personnel, resp. s'ils ont également adhéré à l'assurance facultative. Ce principe a été confirmé par un jugement récent du TFA (arrêt du 6.4.2004; SVR 2004 AVS n° 17).

Il est toutefois reconnu que ce principe a pour conséquence de générer des cas de rigueur. C'est pourquoi le Conseil fédéral a prévu une exception dans l'art. 22 quater al. 2 RAI: les enfants de tels assurés ont droit à des mesures de réadaptation de l'AI jusqu'à l'âge de 20 ans même s'ils ne sont pas assujettis à l'assurance à titre personnel. Cette exception ne s'applique cependant qu'aux enfants des assurés qui travaillent à l'étranger

pour le compte d'un employeur dont le siège se trouve en Suisse (art. 1a al. 3 LAVS) et aux enfants de parents affiliés à l'assurance à titre facultatif. Cependant, selon les termes de l'ordonnance, cette exception ne s'applique pas aux enfants de frontaliers.

Appréciation du TFA

Récemment, le TFA a eu à se pencher sur la question de savoir si l'inégalité de traitement des enfants d'assurés vivant à l'étranger – disposition prévue par le Conseil fédéral dans l'ordonnance – était licite sous cette forme. Le cas concernait un couple de frontaliers (l'époux étant ressortissant suisse et l'épouse ressortissante française) vivant en France et travaillant les deux à Genève (et soumis de par ce fait à l'assurance obligatoire auprès de l'AVS/AI) dont la fille est née avec une infirmité congénitale. Aussi bien l'AI que la Commission fédérale de recours avaient précédemment refusé la demande de prise en charge du traitement médical dispensé dans un hôpital genevois à titre de «mesure médicale de réadaptation», au motif que l'enfant n'avait pas la qualité d'assuré.

Dans son jugement du 12.1.2005 (I 169/03), le TFA est arrivé à la conclusion, malgré toute la retenue dont il fait preuve lors de l'examen des ordonnances du Conseil fédéral, que la distinction de traitement opérée par le Conseil fédéral ne résistait pas à l'examen de l'exigence constitutionnelle concernant l'égalité de traitement. Il a estimé que les motifs en faveur d'un règlement d'exception pour les personnes assurées à titre facultatif, ainsi que pour les personnes assurées à titre obligatoire de par l'exercice d'une activité lucrative à l'étranger pour le compte d'une entreprise suisse, plaident également en faveur d'une prise en compte des enfants de frontaliers: en effet, les parents frontaliers ne peuvent ni assurer leurs enfants à titre facultatif en Suisse, ni généralement bénéficier d'une couverture d'assurance dans le pays où ils sont domiciliés, cette dernière étant dans la plupart des cas liée à une activité lucrative.

Les arguments qu'a fait valoir l'OFAS en faveur d'une réglementation distincte n'ont pas été jugés pertinents. Le TFA a estimé que le fait d'étendre le règlement d'exception aux enfants de frontaliers ne remettait pas en cause le principe selon lequel les mesures de réadaptation doivent être appliquées en premier lieu en Suisse, et seulement exceptionnellement à l'étranger. Après analyse minutieuse de la volonté du législateur, le tribunal a par ailleurs estimé que l'argument économique invoqué selon lequel il fallait s'attendre à des frais supplémentaires n'était pas concluant. Le TFA a en effet jugé déterminant qu'il ne se justifiait pas objectivement de réserver un traitement moins favorable aux enfants dont les parents sont assurés à titre obligatoire, qu'à ceux dont les parents sont affiliés à titre facultatif et qui entretiennent généralement des liens beaucoup moins étroits avec la Suisse que les frontaliers. C'est pourquoi le TFA a finalement décidé que le règlement d'exception prévu à l'art. 22 quater al. 2 RAI s'appliquait également aux enfants de frontaliers.

Quelle suite avec la 5e révision de la LAI?

Il est toutefois encore incertain si la clarification intervenue au sens du TFA sera durable à terme. Dans son projet de consultation relatif à la 5e révision de la LAI, le Conseil fédéral a en effet proposé de régler désormais cette disposition de l'ordonnance au niveau de la loi, par l'art. 9 al. 2 LAI. Cette réglementation, une fois ancrée dans la loi, serait alors soustraite à l'examen de conformité avec la Constitution pratiqué par les tribunaux. Or, on ignore pour l'instant si le Conseil fédéral maintiendra son intention après la décision intervenue en dernière instance. Et, de surcroît, nul ne sait bien entendu si le Parlement approuvera une réglementation qui, selon l'avis de l'instance judiciaire suprême, est incompatible avec l'exigence constitutionnelle portant sur l'égalité de traitement.

Georges Pestalozzi-Seger

Assurance-maladie: qui paie en cas d'hospitalisation de résidents de homes?

La question du domicile des résidentes et résidents de homes revient régulièrement à l'ordre du jour de l'administration et des tribunaux. En ce qui nous concerne, nous l'avons commentée à plusieurs reprises dans «Droit et handicap», la dernière fois en septembre 2001. Le Tribunal fédéral des assurances vient à présent de rendre un jugement portant sur l'aspect du droit de l'assurance-maladie de cette problématique. En voici un bref résumé:

Situation de départ

Une jeune femme lourdement handicapée ayant passé son enfance et son adolescence chez ses parents résidant dans le canton de Vaud a été placée, après avoir accompli sa scolarité, dans une institution située dans le canton de Berne où elle vit depuis plusieurs années. La décision de placer cette jeune femme avait été prise par ses parents, d'entente avec le médecin traitant et avec l'accord de l'office AI du canton de Vaud. Dans le canton de Berne, la jeune femme n'a jusqu'ici pas noué de liens en dehors de l'institution pour personnes handicapées où elle séjourne; elle passe un week-end sur deux ainsi que 7 semaines de vacances par année chez ses parents. Son séjour dans l'institution est financé par l'AI et par des prestations complémentaires, fixées par la caisse de compensation du canton de Vaud. Les papiers de la jeune femme restent déposés dans le canton de Vaud où elle est imposée; elle est par ailleurs affiliée auprès de la section vaudoise de la caisse-maladie CPT.

En été 2003, l'assurée, qui présentait alors un tableau psychotique, a dû être hospitalisée au Centre de psychiatrie de Münsingen. Par la suite, la clinique a adressé au canton de Vaud une demande de garantie de paiement concernant l'hospitalisation de la patiente hors de son canton de résidence. Le service compétent du canton de Vaud a décidé de rejeter cette demande au motif que la patiente résidait dans le canton de Berne, de sorte que son admission dans une clinique ne pouvait être considérée comme une hospitalisation extra-cantonale. Le tribunal des assurances du canton de Vaud s'est rallié à ce point de vue, ce qui a amené l'assurée ainsi que la caisse-maladie à faire recours

contre cette décision auprès du Tribunal fédéral des assurances.

Jugement du TFA

Un séjour pour des raisons médicales (p. ex. suite à une urgence) dans un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics situé hors du canton de résidence de l'assuré est réglé par l'art. 41 al. 3 LAMal. Dans ce cas, la caisse-maladie doit prendre en charge une partie des dépenses, correspondant aux tarifs que l'hôpital applique aux personnes résidant dans le canton. Les dépenses restantes doivent être assumées par le canton de résidence. Dans sa version allemande, la loi parle de «Wohnkanton» et dans sa version française de «canton de résidence». Compte tenu de ces formulations divergentes et de l'absence de réponses à cette question dans les travaux préparatoires, le TFA a opté pour une interprétation de cette notion selon le sens que lui donne la loi. Vu que les cantons sont tenus de couvrir au minimum le 50% des dépenses prises en compte dans les hôpitaux publics, le TFA a considéré qu'il fallait déterminer l'interprétation de la notion de canton de résidence selon l'aspect fiscal qu'il implique, en précisant que le domicile fiscal correspond généralement au domicile civil au sens de l'art. 23 CC et suiv., raison pour laquelle c'est en fin de compte ce dernier qui est déterminant.

Dans ce cas concret, le TFA a conclu, contrairement à l'instance précédente, que l'assurée n'avait pas établi de domicile dans le canton de Berne. Il a ajouté que son placement dans l'institution bernoise avait été décidé par ses parents et que ce n'est pas l'assurée elle-même qui a choisi en toute conscience et liberté d'y établir durablement le nouveau centre de ses intérêts et qu'elle n'a pas rompu les liens avec son ancien lieu de résidence. C'est pourquoi, a estimé le TFA, il fallait considérer ce placement comme un séjour extra-cantonale et, vu que son hospitalisation constituait sans conteste un cas d'urgence, il incombait au canton de Vaud de payer la différence des coûts résultant de l'hospitalisation d'urgence (jugement du 17.1.2005; K 108/04).

Commentaire

Il est réjouissant que ce jugement ait permis de clarifier cette question de compétence qui donnait régulièrement lieu à des controverses. Dans le cas jugé, le résultat obtenu est certainement judicieux. En revanche, lorsque des résidents sont hospitalisés alors qu'il ne s'agit pas de cas d'urgence, ils vont devoir, dans la majorité des cas, se rendre dans leur canton de résidence d'origine pour y recevoir les traitements nécessaires parce qu'ils n'ont pas établi leur domicile dans le lieu

où se trouve l'institution où ils séjournent. Suivant les circonstances concrètes, de telles hospitalisations peuvent nécessiter de longs transports. En cas d'hospitalisations de courte durée, cela n'apparaît en effet guère sensé; c'est pourquoi la conclusion d'une assurance complémentaire, couvrant les soins en division commune dans l'ensemble des hôpitaux publics de Suisse, garde tout son sens.

Georges Pestalozzi-Seger

Quels frais sont à la charge des caisses-maladie en cas de soins psychiatriques dispensés par les services d'aide et de soins à domicile?

Les nouveaux jugements rendus par le Tribunal fédéral des assurances ont déjà été largement commentés par les médias. Si nous renonçons ici à rappeler l'origine du conflit entre les caisses-maladie, d'une part, et les organisations d'aide et de soins à domicile, les services de soins et les organisations d'aide aux personnes handicapées, d'autre part, nous souhaitons néanmoins nous pencher sur la question de savoir quelles sont concrètement les prestations qui, de l'avis du TFA, sont à la charge des caisses-maladie dans le cadre des soins psychiatriques dispensés par les services d'aide et de soins à domicile, et lesquelles ne le sont pas.

Dans ses jugements du 18.3.2005 (p. ex. K 105/04), le TFA a retenu de manière générale que l'assuré devait présenter une maladie psychique nécessitant une prise en charge thérapeutique et que le malade devait se trouver en traitement médical. Le tribunal a estimé qu'il était donc décisif pour l'obligation de prise en charge par les caisses-maladie qu'il s'agisse de soins en relation avec une maladie, et non de mesures mises en œuvre pour des motifs personnels ou sociaux. Ce sont en particulier les mesures suivantes qui doivent être financées par les caisses-maladie à titre de prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins médicaux et pharmaceutiques:

Instructions et conseils

Les personnes atteintes d'une maladie psychique ont d'abord droit, au même titre que les personnes malades physiquement, au financement des instructions et des

conseils (art. 7 al. 2a OPAS). En font partie l'évaluation des besoins du patient et de son entourage, ainsi que la mise en place des interventions nécessaires en collaboration avec le patient et le médecin. Les conseils au patient ainsi qu'aux personnes de son entourage, p. ex. concernant l'administration des médicaments et l'emploi d'appareils médicaux, ainsi que les contrôles nécessaires, en font également partie. Le TFA a estimé que les conseils prodigués aux personnes atteintes d'une maladie psychique devaient prendre en compte les exigences spécifiques posées aux soins des troubles psychiques; dans le cas d'espèce, a-t-il estimé, il pouvait par exemple être nécessaire de mettre le patient au courant de mécanismes permettant de surmonter des crises, de l'initier à ces mécanismes, de lui proposer de l'aide en cas de situations de crise ou des conseils quant à la manière de gérer les symptômes de sa maladie. Le TFA a toutefois précisé que ces mesures ne devaient pas avoir de caractère thérapeutique mais qu'elles devaient se limiter aux soins, et qu'elles n'étaient par ailleurs pas non plus censées se résumer à des conseils sans lien avec la maladie, portant sur des questions personnelles et sociales, ou encore à de l'aide au ménage.

Soins

En principe, les personnes malades sur le plan psychique ont également droit à des prestations de soins, telles que p. ex. l'administration de médicaments (art. 7 al. 2b OPAS). A ce propos, le TFA a toutefois souligné une nouvelle fois que les mesures qui revêtent un caractère

psychothérapeutique en tant que tel ne pouvaient être remboursées sous ce titre, raison pour laquelle le titre de «soins» ne laissait qu'une marge réduite aux prestations de soins spécifiquement psychiatriques.

Soins de base

Enfin, les personnes atteintes d'une maladie psychique ont également droit à des prestations sous forme de soins de base, par exemple de l'aide lors des soins d'hygiène buccale et corporelle, de l'assistance pour s'habiller et se dévêtir ainsi que pour s'alimenter (art. 7 al. 2c ch. 1 OPAS). Or, le chiffre 2 de cet article mentionne également les «soins de base des maladies psychiatriques et psycho-gériatriques» comme faisant partie des prestations obligatoirement prises en charge. Les assurances-maladie et, de manière inattendue, également l'OFSP ont estimé que les prestations réunies sous ce titre ne constituaient pas des prestations en tant que telles, mais seulement le temps supplémentaire nécessaire aux soins de base ordinaires dispensés aux personnes psychiquement malades. Le TFA a toutefois très clairement rejeté cette interprétation en précisant que des prestations spécifiques, destinées à

surveiller et à aider les personnes atteintes d'une maladie psychique à faire face à la vie quotidienne (soutien dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne), étaient à classer parmi les «soins de base des maladies psychiatriques et psycho-gériatriques». Il a toutefois précisé que cela ne concernait que des mesures consistant en une aide à la personne, et non pas une aide matérielle (aide au ménage). Finalement, a-t-il estimé, ces mesures étaient censées permettre aux personnes psychiquement malades d'accomplir elles-mêmes les actes ordinaires de la vie, au sens d'une aide à l'entraide.

Le TFA a constaté avec raison que les conseils et le soutien dans la vie quotidienne se recoupaient et qu'il était d'ailleurs difficile de délimiter les prestations obligatoires de celles qui ne le sont pas. C'est pourquoi il n'est pas exclu, malgré cette clarification réjouissante, qu'il se produira à l'avenir l'un ou l'autre conflit à ce propos, du moins aussi longtemps que l'autorité de surveillance se défilera pour ne pas avoir à formuler des critères clairs.

Georges Pestalozzi-Seger

«Droit et handicap» est édité par le service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés
FSIH

Service juridique pour handicapés
Place Grand Saint-Jean 1
1003 Lausanne
Tél. 021/323 33 52

Deutschsprachige Ausgabe:
«Behinderung und Recht»

Consultations juridiques gratuites en matière de droit
des handicapés