

Droit et handicap 3/09

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“

Nouveau régime de financement des soins

Après des mois d'incertitude, le Conseil fédéral a décidé de mettre en vigueur le nouveau régime de financement des soins le 1er juillet 2010. D'ici-là, les cantons ont le temps d'adapter leur législation aux nouvelles dispositions. Quels sont concrètement les changements apportés par cette loi, restée extrêmement controversée au Parlement, pour laquelle un accord entre le Conseil national et le Conseil des États n'a pu être trouvé qu'au dernier moment? Et quelles sont les conséquences de cette loi notamment pour les personnes atteintes dans leur santé qui nécessitent régulièrement des soins?

L'assurance-maladie ne paie plus qu'une contribution aux frais de soins

La loi prévoit que les assurances-maladie ne devront dorénavant verser plus qu'une contribution aux frais de soins, et ce indépendamment de la question de savoir s'il s'agit de soins dispensés sous forme ambulatoire, dans une structure de soins de jour ou de nuit, ou encore dans un établissement médico-social. Ce principe a été ajouté à l'art. 25a al. 1 LaMal.

Le législateur a délégué la tâche de fixer le montant de la contribution au Conseil fédéral. Dans l'art. 7a de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins OPAS, le Département fédéral de l'intérieur DFI a fixé les montants remboursés comme suit: dans le cadre des prestations ambulatoires, le montant remboursé est

de Fr. 79.80 par heure pour l'évaluation et les conseils, de Fr. 65.40 pour les soins de traitement et de Fr. 54.60 pour les soins de base. Dans les établissements de soins, l'assurance-maladie doit verser une contribution qui dépend des besoins quotidiens en soins: jusqu'à 20 minutes de soins requis, la caisse-maladie doit rembourser 9 francs; de 21 à 40 minutes de soins requis, elle rembourse 18 francs, etc. jusqu'au montant maximum de 108 francs pour plus de 220 minutes de soins requis par jour.

Ces montants, fixés de manière uniforme pour toute la Suisse, ne diffèrent pas de manière significative des prestations actuelles des assurances-maladie. Cela n'étonne pas dans la mesure où le législateur avait l'intention, dès le début, de ne pas augmenter la charge globale qui pèse sur les assurances-maladie et donc de faire en sorte que la révision ne génère pas de surcoût pour les caisses-maladie. Cette volonté ressort également des dispositions transitoires: celles-ci prévoient que si la règle de la neutralité des coûts ne peut être respectée la première année après l'entrée en vigueur de la modification, le Conseil fédéral „procède aux adaptations nécessaires" les années suivantes, c.-à-d. soit à la baisse soit au relèvement des montants remboursés.

Nouveau: obligation faite aux assurés de payer une participation aux frais de soins

La nouvelle réglementation apporte un changement décisif qui concerne les personnes assurées: aujourd'hui s'applique, du moins dans le domaine ambulatoire, le principe de protection des tarifs: les personnes ayant besoin de soins ne doivent payer aucune contribution aux soins dispensés par des organisations d'aide et de soins à domicile ou par les infirmières et infirmiers reconnus, à l'exception de la franchise et de la quote-part de 10%. Or il n'en sera désormais plus ainsi. Dans l'art. 25a al. 5 LaMal, le législateur a édicté une disposition qui, de premier abord, n'est pas aisément compréhensible; elle prévoit ceci: „Les coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales ne peuvent être répercutés sur la personne assurée qu'à hauteur de 20%

au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral. Les cantons règlent le financement résiduel".

Pour les soins ambulatoires, cela signifie que les assurés peuvent désormais se voir facturer un montant allant jusqu'à Fr. 15.95 par heure de soins (20 pour cent de la contribution maximale aux frais de soins de Fr. 79.80). Les frais résiduels non couverts doivent être pris en charge par le canton et la commune. Cette nouvelle contribution aux frais, qui s'ajoute à la participation générale aux frais (franchise et quote-part), peut constituer une charge importante. Lorsqu'une personne nécessite par exemple 2 heures de soins par jour, la charge totale atteint près de 1'000 francs par mois!

Dans un établissement de soins, la participation aux frais des résidents s'élève désormais à Fr. 21.60 au maximum (20% de la contribution maximale aux frais de soins de Fr. 108.- par jour). Il en résulte, par rapport à l'actuelle réglementation, un allègement considérable pour de nombreuses personnes, même en additionnant les autres charges liées au séjour (hébergement, repas et autres). Les bénéficiaires de cet allègement seront notamment les assurés domiciliés dans les cantons qui, jusqu'à présent, ne subventionnaient pas ou peu les séjours en établissements de soins. À l'inverse, un certain nombre de cantons vont devoir s'attendre à d'importantes charges supplémentaires.

Cette révision avait de fait pour but d'établir, du point de vue du droit des assurances, une égalité de traitement des soins ambulatoires avec les soins prodigués dans les homes. Or, cet objectif n'a été atteint que dans le principe, mais pas en ce qui concerne les conséquences pour les assurés qui nécessitent régulièrement d'importants soins: dans les établissements de soins, ces personnes doivent payer un montant maximum de Fr. 21.60 par jour, et sensiblement plus en dehors du home en fonction des circonstances. Ces conséquences n'étaient sûrement pas consciemment voulues par le législateur. C'est pourquoi il s'imposera tôt ou tard de les rectifier si l'on veut éviter de créer des incitations négatives concernant l'habitat hors institution.

Règlement spécial concernant le financement des soins aigus et transitoires

Le Parlement a décidé d'établir un règlement spécial concernant le financement des soins aigus et transitoires, en définissant la notion de „soins aigus et de transition" de manière très étroite. Ce terme désigne des soins qui se révèlent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier; ces soins doivent en outre être prescrits par un médecin de l'hôpital et leur durée ne doit pas dépasser 14 jours (art. 25a al. 2 LaMal). Si ces critères restrictifs sont remplis, le financement s'effectue selon les mêmes critères que ceux qui s'appliquent au financement des hôpitaux, récemment adopté par le Parlement: le canton de domicile doit prendre en charge au moins 55% des frais et la caisse-maladie au maximum 45%. Durant la période de soins aigus et de transition, la personne assurée ne doit donc exceptionnellement pas payer de contribution qui dépasse la participation générale aux frais (franchise, quote-part).

Comment s'effectue le décompte?

L'ordonnance ne règle que les modalités concernant les soins aigus et transitoires: selon l'art. 7b al. 2 OPAS, le canton de résidence verse sa part de la rémunération directement au fournisseur de prestations, à savoir p. ex. à l'organisation de soins à domicile, à condition que les parties ne conviennent pas d'autres dispositions.

Malgré des propositions émanant des milieux des organisations de personnes handicapées, aucune autre disposition n'a été prévue dans l'ordonnance en ce qui concerne les autres soins: dans ce domaine-là, les cantons et partenaires tarifaires restent compétents pour déterminer les modalités du décompte. Il en résulte donc un éventail de 26 modèles de décompte différents. Il faudrait absolument viser à ce que la contribution cantonale soit, dans ce domaine également, versée directement au prestataire. Par ailleurs, compte tenu des factures parfois importantes, il conviendrait également d'examiner la question de savoir si l'on pourrait passer du système du tiers garant (envoi de la facture par le prestataire à la

personne assurée) au système du tiers payant (envoi de la facture directement à la caisse-maladie), tel que prévu également dans le cadre du financement des hôpitaux.

Conclusions

Les organisations du domaine du handicap et les ligues de la santé se sont engagées dans la CI Financement des soins en faveur d'un financement des soins qui tienne compte de critères sociaux. Nous pouvons certes considérer comme un succès d'avoir réussi à limiter la contribution aux frais versée par les assurés, ce qui n'était pas prévu dans les propositions initiales du Conseil fédéral. Mais pour les personnes qui résident à domicile et qui nécessitent des soins, la charge supplémentaire envisagée reste néanmoins considérable. Pour la plupart des personnes nécessitant des soins de longue durée, cette charge n'est socialement supportable que parce qu'elles peuvent, en cas d'urgence, faire appel aux prestations complémentaires destinées à financer les frais de soins non couverts.

Georges Pestalozzi-Seger

Financement des soins: nouveautés également dans le domaine de l'AVS et des prestations complémentaires

Le Parlement a non seulement adapté la loi sur l'assurance-maladie, mais il a en même temps pris des décisions importantes concernant l'AVS et les prestations complémentaires dans l'intention d'amortir quelque peu les coûts supplémentaires qui résultent du nouveau régime de financement des soins pour les personnes concernées. Le Conseil fédéral a décidé de fixer l'entrée en vigueur de ces modifications au 1er juillet 2010 également. Voici un résumé des changements essentiels:

AVS: allocation pour impotent désormais également en cas d'impotence faible

Aujourd'hui dans l'AVS, les allocations pour impotent ne sont accordées – contrairement à l'AI – qu'en cas d'impotence moyenne et grave. C'est seulement lorsqu'une personne est déjà bénéficiaire d'une allocation de l'AI pour impotence faible au moment où elle atteint l'âge de la retraite (resp. si elle fait usage du droit de percevoir une retraite anticipée) qu'elle continuera de toucher son allocation durant sa retraite (garantie des droits acquis selon l'art. 43bis al. 4 LAVS). Ces indemnités soumises au principe de la garantie des droits acquis s'élèvent à Fr. 228.- en cas d'impotence faible (résidents de homes) resp. à Fr. 456.- (personnes ne résidant pas dans un home).

Il est désormais prévu qu'une allocation pour impotence faible d'un montant mensuel de Fr. 228.- soit allouée également dans l'AVS lorsqu'une personne ne peut faire valoir la garantie des droits acquis, mais qu'elle ne remplit pour la première fois les conditions d'octroi qu'une fois l'âge de la retraite atteint. Pour l'instant, ce droit se limite toutefois aux personnes ne vivant pas dans un home. Il subsiste donc toujours des différences par rapport à l'AI, aussi bien en ce qui concerne le montant que les conditions d'octroi des prestations.

Tout comme dans l'AI, il s'applique un délai d'attente d'une année, c.-à-d., que le droit aux prestations ne s'ouvre que si l'impotence dure déjà depuis un an. La définition de l'impotence faible est la même que dans l'AI, à une exception près: dans l'AVS, le besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie ne constitue pas à lui seul un état d'impotence (art. 66bis al. 1 RAVS).

Prestations complémentaires: détermination de la taxe journalière

Lorsqu'une personne séjourne en permanence ou pour une durée prolongée dans un home ou un hôpital, la taxe journalière est prise en compte dans le calcul des PC en tant que dépense. Les cantons peuvent fixer la limite maximale des frais à prendre en considération. Ce principe restera inchangé. Dans l'art. 10 al. 2 ch. a LPC, le législateur oblige tout de même les cantons à veiller „à ce que le séjour dans un établissement médico-social reconnu ne mène pas, en règle générale, à une dépendance de l'aide sociale“.

L'avenir montrera ce que vaut cet appel adressé aux cantons. Vu que l'obligation n'est pas valable dans tous les cas, mais seulement „en règle générale“, il est fort probable que ce principe soit difficilement applicable. Mais les cantons ne pourront déroger à la règle que dans des cas d'exception dûment motivés: on peut par exemple imaginer le cas d'une personne qui décide d'entrer dans un établissement de soins privé et coûteux, alors qu'elle pourrait raisonnablement choisir de séjourner dans une institution tout aussi adaptée, mais publique (et moins chère).

Prestations complémentaires: augmentation du montant de la fortune librement disponible

À l'occasion de la révision du financement des soins, le Parlement a augmenté les montants généraux de la fortune librement disponible dans le domaine des prestations complémentaires, en portant le seuil à Fr. 37'500.- pour les personnes seules (jusqu'ici Fr. 25'000.-),

à Fr. 60'000.- pour les couples (jusqu'ici Fr. 40'000.-) et à Fr. 15'000.- (jusqu'ici Fr. 10'000.-) pour chaque enfant donnant droit à une rente pour enfant.

Lorsque la personne bénéficiaire de PC (ou une personne comprise dans le calcul des PC) possède un immeuble qui sert d'habitation à au moins une de ces personnes, un montant supplémentaire à titre de fortune librement disponible est appliqué déjà aujourd'hui: seule la valeur de l'immeuble supérieure à 112'500 francs peut être prise en considération au titre de fortune! Ce montant de la fortune librement disponible a même été porté à Fr. 300'000 dans les deux cas de figure suivants: lorsqu'un couple possède un immeuble habité par un des conjoints tandis que l'autre vit dans un home ou un hôpital; et lorsqu'une personne bénéficiaire d'une allocation pour impotent vit dans un immeuble lui appartenant ou appartenant à son conjoint (art. 11 al. 1bis LPC).

Les personnes disposant d'une fortune, et tout particulièrement les propriétaires d'immeubles, vont pouvoir se réjouir de l'augmentation massive des montants de la fortune librement disponible, obtenue grâce au puissant lobby des représentants de seniors ainsi que de l'Association des propriétaires fonciers qui ont trouvé une majorité au sein du Parlement. À l'avenir, une personne qui nécessite des soins et perçoit des PC, ainsi que son conjoint, ne seront plus obligés de quitter l'immeuble dont ils sont propriétaires pour des raisons financières, ce qui est certainement perçu comme un grand soulagement. Cependant, on peut s'étonner du fait que les montants de la fortune librement disponible aient été augmentés dans de telles proportions, alors que les franchises sur le revenu sont restées inchangées depuis des décennies et que les revenus locatifs maximaux à prendre en compte n'ont plus été adaptés au renchérissement depuis de nombreuses années. On peut en effet se demander si le fait de privilégier unilatéralement la fortune répond à l'idée fondamentale du régime des prestations complémentaires qui vise à garantir de manière appropriée les moyens d'existence des rentières et rentiers.

Georges Pestalozzi-Seger

Troubles somatoformes douloureux: la 5e révision LAI ne fournit, elle non plus, aucune base permettant de supprimer des rentes

Dans „Droit et handicap 2/09“, nous avons largement commenté un jugement rendu par le Tribunal fédéral selon lequel la modification de la jurisprudence concernant les troubles somatoformes douloureux ne permet pas à elle seule de justifier la suppression d'une rente qui avait été allouée à juste titre. Dans ce jugement du 26.3.2009 (135 V 201), le Tribunal fédéral avait laissé en suspens la question de savoir si les modifications de la loi, décidées dans le cadre de la 5e révision de la LAI, et notamment l'art. 7 al. 2 LPGA, constituaient ou non une base suffisante pour supprimer ou réduire une rente dans le cadre d'une révision. Un jugement rendu par le Tribunal fédéral le 1.5.2009 (135 V 215) est venu clarifier cette deuxième question plus rapidement que prévu.

État des faits

Le Tribunal fédéral devait juger le cas d'une personne bénéficiant dès 1989 d'une demi-rente de l'AI en raison de troubles somatoformes douloureux. Lors d'une révision périodique de la rente, l'office AI du canton de Neuchâtel a chargé le COMAI d'effectuer une expertise médicale de l'assuré; les médecins du COMAI ont conclu que les troubles de l'assuré n'avaient pas de caractère invalidant. Par la suite, l'office AI a décidé, le 27.2.2008, peu de temps après l'entrée en vigueur de la 5e révision de la LAI, de supprimer la rente. Cette décision ayant été confirmée par le tribunal cantonal, la personne a fait recours devant le Tribunal fédéral.

Le jugement du 1.5.2009

À l'instar du tribunal cantonal, les juges fédéraux ont constaté que l'état de santé de l'assuré ne s'était ni amélioré ni détérioré de manière déterminante depuis la dernière décision entrée en force. C'est pourquoi il ne restait plus qu'à examiner la question de savoir si l'on pouvait baser une suppression de rente, malgré un état de santé inchangé, sur la nouvelle jurisprudence concernant les

troubles somatoformes douloureux ou sur les modifications de la loi intervenues dans le cadre de la 5e révision de la LAI. Le Tribunal fédéral devait donc notamment statuer si le nouvel art. 7 al. 2 LPGA, en application depuis le 1.1.2008, constituait une base suffisante pour supprimer une rente allouée depuis de nombreuses années.

L'art. 7 al. 2 LPGA prévoit qu'il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement insurmontable. Le Tribunal fédéral a constaté que cette nouvelle disposition de la LPGA inscrit dans la loi un principe exprimé de longue date par la jurisprudence. Selon lui, la question de savoir si l'on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il exerce une activité lucrative malgré ses problèmes de santé ne peut pas être déterminée selon les seules perceptions subjectives de la personne concernée, mais uniquement selon des critères objectifs. Le tribunal a ajouté que le législateur n'avait de fait pas introduit de nouvelle notion de l'invalidité, mais qu'il s'était contenté d'inscrire la pratique actuelle dans la loi; il a ajouté que c'était par ailleurs également ce que le Conseil fédéral précise dans son Message même s'il évoque, dans une autre déclaration, une définition plus étroite de la notion d'invalidité, et que cela s'avérait contradictoire. Le Tribunal fédéral a conclu qu'étant donné l'absence, dans les dispositions transitoires, d'un règlement concernant la 5e révision de la LAI qui détermine le procédé en matière d'adaptation des rentes en cours, et vu qu'aucune mesure d'accompagnement n'a été prévue, la 5e révision de la LAI ne pouvait être admise comme un fondement légal pour supprimer des rentes en cours.

Nouvel élan dans la 6e révision de la LAI

L'affaire n'est cependant pas réglée suite à cette clarification par l'instance suprême: entre-temps, le Conseil fédéral a mis en consultation un projet concernant un premier train de mesures relatif à la 6e révision de la LAI. Ce projet prévoit une nouvelle disposition transitoire selon laquelle il sera permis de réviser toutes les rentes en cours „auxquelles les assurés n'ont pas droit en vertu de l'art. 7, al. 2, LPGA". Les organisations de l'aide aux personnes handicapées entendent se défendre contre la

possibilité d'une telle révision si la loi ne prévoit pas au moins une garantie des droits acquis pour les personnes qui, en raison de leur âge et de l'ancienneté de leur rente, n'ont de fait plus aucune chance de se réinsérer dans la vie professionnelle.

Georges Pestalozzi-Seger

Prestations complémentaires: nouvelle jurisprudence en matière de prise en compte des revenus

Au cours de l'année dernière, divers jugements intéressants ont été rendus concernant la question de la prise en compte des revenus dans le calcul des PC. Nous proposons ici un bref résumé de certains d'entre eux, assorti de commentaires.

Revenu raisonnablement exigible de l'épouse

Lorsqu'un assuré marié bénéficiant d'une rente AI fait valoir son droit à des prestations complémentaires, se pose régulièrement la question de savoir s'il convient alors de prendre en compte un revenu de l'épouse non invalide, même si celle-ci ne travaille en fait pas ou que très peu. Dans un jugement du 8.1.2009 (134 V 53), le Tribunal fédéral a été une nouvelle fois amené à se prononcer sur ce sujet. Il a confirmé sa pratique selon laquelle les époux ont en principe l'obligation de se porter mutuellement assistance et de subvenir à l'entretien de la communauté conjugale. Lorsque l'épouse renonce à une activité lucrative alors que l'on pourrait raisonnablement exiger d'elle qu'elle travaille, l'administration peut néanmoins prendre en considération un revenu d'une activité lucrative au sens de l'art. 11 al. 1 let. g LPC (ressources dont un ayant droit s'est dessaisi). L'exigibilité est notamment déterminée, outre par la situation familiale (obligation de s'occuper des enfants), par l'âge de l'épouse, son état de santé, ses capacités linguistiques de communication, sa formation et la situation sur le marché de l'emploi. D'autre part, il convient également de prendre en considération les difficultés qui résultent des cas où une personne n'a plus travaillé depuis très longtemps.

Dans le cas concret, l'instance précédente en était arrivée à la conclusion que l'épouse, âgée de 38 ans et mère de trois enfants en âge scolaire, ne pouvait raisonnablement, en premier lieu pour des raisons de santé, travailler qu'à 25% et réaliser un revenu de Fr. 12'000.-. Le tribunal avait basé sa décision sur l'évaluation d'un médecin traitant. Le Tribunal fédéral, quant à lui, a estimé que

l'instance inférieure avait déterminé les faits de manière incomplète et que ses conclusions étaient arbitraires. Et ce notamment parce que l'épouse, ayant demandé il n'y a pas si longtemps une rente AI, s'était vu notifier par une décision entrée en force de l'office AI, qui s'était basé sur une évaluation de son service médical, qu'elle ne présentait pas d'invalidité. C'est pourquoi le Tribunal fédéral, ne s'estimant pas en mesure de déterminer le taux de l'activité lucrative raisonnablement exigible sur la base des documents à disposition, a décidé de renvoyer le dossier à l'instance précédente en la chargeant de réexaminer le cas.

Prise en compte des contributions d'entretien

Dans le domaine des prestations complémentaires, la question de savoir s'il doit être tenu compte des contributions d'entretien versées en vertu du droit de la famille est un thème récurrent. Dans un cas issu du canton de Berne, une femme divorcée avait droit à une pension alimentaire mensuelle de la part de son ex-mari. Vu que cette femme vivait depuis de nombreuses années avec un nouveau compagnon, l'ex-mari s'est adressé au juge en lui demandant de supprimer l'obligation qui lui incombait de verser la pension alimentaire. Les parties ont finalement convenu, dans une transaction judiciaire, de supprimer l'obligation de verser la pension alimentaire. Or, la caisse de compensation n'a rien voulu savoir de cette transaction: elle a continué à tenir compte des pensions alimentaires et a refusé la demande de PC. Quant au tribunal administratif, il a également estimé qu'il s'agissait de ressources dont l'ayant droit s'était dessaisi.

Le Tribunal fédéral a cependant jugé le cas différemment (jugement du 19.6.2007; P 40/06). Il a constaté qu'une transaction judiciaire n'a certes, en règle générale, pas force obligatoire pour l'office des PC; mais il a estimé que dans le cas présent, il fallait prendre en considération que selon la pratique en vigueur, on pouvait présumer qu'un concubinat ayant déjà duré 5 ans était une communauté de destin assimilable au mariage, et que cela avait pour conséquence l'annulation de l'obligation

d'entretien comme cela s'applique aux couples mariés; dans un tel cas, la femme divorcée ne doit pas se voir obligée de s'engager dans un procès sans issue.

Ce jugement est réjouissant parce qu'il n'oblige pas les bénéficiaires de PC à mener des procès dépourvus de toute chance de succès. D'un autre côté, il illustre en revanche bien à quel point il est délicat de renoncer, en vertu du droit en matière de PC - même si la situation semble apparemment claire - au versement de contributions d'entretien suite à un arrangement ou même à une transaction judiciaire. Dans de telles situations, il est en effet toujours recommandé de demander préalablement conseil à un juriste.

Prise en compte de rentes de la prévoyance professionnelle

Il est en soi clair que les rentes d'invalidité versées par la prévoyance professionnelle sont à prendre en compte à titre de revenu dans le calcul des PC. Mais qu'en est-il lorsqu'une caisse de pension demande à l'assuré la restitution de versements concernant des périodes antérieures et qu'elle en tient compte dans le décompte des rentes d'invalidité en cours, de sorte que l'assuré ne touche de fait plus aucune rente de la prévoyance professionnelle pendant un certain temps? La caisse de compensation peut-elle alors malgré tout tenir compte de ces rentes? Dans un cas issu du canton de St. Gall, l'administration et le tribunal cantonal étaient de cet avis.

Dans son jugement rendu dans cette affaire le 7.8.2008 (P 68/06), le Tribunal fédéral a dans un premier temps confirmé sa pratique de longue date selon laquelle seuls peuvent être pris en compte les revenus que l'assuré, bénéficiaire de PC, a effectivement touchés et dont il peut disposer sans aucune restriction d'ordre juridique durant la période où il nécessite des PC. Dans le cas d'espèce, ces conditions n'étaient manifestement pas remplies. Le Tribunal fédéral a en outre estimé qu'il fallait examiner la question de savoir si l'assuré n'avait pas renoncé à des revenus auxquels il avait droit, et s'il s'agissait éventuellement

de ressources à prendre en compte dont l'assuré s'était dessaisi. Selon le Tribunal fédéral, on considère en règle générale qu'il n'y a pas de renonciation lorsqu'une rente est réduite ou supprimée suite au décompte de montants que l'assuré est invité à restituer; en revanche, il pourrait y avoir renonciation dans le cas où une personne représentée par un avocat ne se défend pas lorsque la caisse de pension pousse la prise en compte en soi autorisée jusqu'à en arriver à une situation où les ressources de l'assuré se retrouvent inférieures au minimum vital au sens du droit des poursuites, ce qui n'est pas autorisé.

Ce jugement a ceci de réjouissant qu'il n'autorise en principe que la prise en compte des rentes effectivement versées et ne permet de déroger à ce principe que s'il y a véritablement renonciation au revenu. Cela tranquilliserait toutes les personnes dont la rente d'invalidité réglementaire a été réduite par la caisse de pension parce qu'elles ont en partie dépensé le capital de libre passage leur ayant été versé de façon précipitée, et qui ne sont plus en mesure de rembourser l'intégralité du capital à la caisse de pension. Notre Service juridique a connaissance de plusieurs cas où la caisse de compensation n'a pas pris en compte, pour la période de réduction, la rente de la caisse de pension effectivement versée mais la rente d'invalidité réglementaire d'un montant supérieur. Cette pratique s'avère par conséquent illicite.

Georges Pestalozzi-Seger