

Droit et handicap 2/15

Sommaire

- Contribution d'assistance: un jugement de principe apporte de la clarté page 2
- Obligation de prise en charge provisoire de l'assurance chômage: nouveaux jugements page 5
- Pouvoir de réexamen de l'AI en présence d'un motif de révision: deux jugements du Tribunal fédéral page 7
- Primes d'assurance-maladie des résidents de homes: points de rattachement différents dans l'assurance-maladie resp. les prestations complémentaires page 9

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“

Contribution d'assistance: un jugement de principe apporte de la clarté

Depuis le 1.1.2012, les bénéficiaires d'une allocation pour impotent qui ne vivent pas dans un home peuvent demander une contribution d'assistance. Le modèle développé par le Conseil fédéral dans l'ordonnance et élaboré par l'administration dans la circulaire (Circulaire sur la contribution d'assistance CCA) a été critiqué dès le début pour des raisons très diverses. Un jugement de principe (9C_648/2013) vient d'être rendu par le Tribunal fédéral le 17.10.2014 dans lequel celui-ci a soutenu le modèle de contribution d'assistance en vigueur et l'a estimé dans une large mesure conforme à la loi.

Le jugement fait suite au recours d'un assuré victime d'un accident lors duquel il avait subi un grave traumatisme cranio-cérébral, dont les conséquences lui ont valu d'être mis au bénéfice d'une rente complète d'invalidité et d'une allocation pour impotence de gravité moyenne. Après avoir vécu deux ans dans un foyer, cet assuré a déménagé, en septembre 2012, dans un appartement individuel dans l'espoir de pouvoir financer l'assistance dont il a besoin avec l'aide de la contribution d'assistance. Or, l'office AI, après avoir effectué une enquête, ne lui a accordé qu'une contribution mensuelle de Fr. 302.60, un montant de toute évidence insuffisant pour couvrir les frais de l'assistance dont il a besoin. L'assuré a fait recours, dans un premier temps auprès du Tribunal des assurances sociales du canton de Zurich et ensuite auprès du Tribunal fédéral; or, les deux instances l'ont débouté pour l'essentiel de ses griefs.

Détermination standardisée du besoin d'aide est autorisée

Selon l'art. 42sexies al. 1 LAI, le calcul de la contribution d'assistance se base sur „le temps nécessaire aux prestations d'aide". L'assuré était d'avis que la détermination de son besoin d'aide au moyen de l'instrument d'enquête standardisé FAKT2 donnait lieu à un nombre d'heures requises qui ne correspondait pas à l'aide dont il avait effectivement besoin; notamment l'aide indirecte (instruction,

incitation, surveillance et contrôle) a été dotée d'une valeur en minutes beaucoup trop faible; il a estimé que le besoin d'assistance devait de ce fait être déterminé de manière individualisée sur la base des circonstances concrètes du cas d'espèce.

Le Tribunal fédéral en est arrivé à la conclusion suivante: le fait que le besoin d'aide déterminé au moyen de l'instrument FAKT2 soit inférieur à l'étendue de l'aide effectivement fournie ne laisse pas d'emblée planer le doute sur l'aptitude de l'instrument d'enquête; le procédé au moyen de la détermination standardisée de la situation individuelle correspond finalement à la volonté du législateur; les indications temporelles dans FAKT2 reflètent l'aide fournie en moyenne et se basent sur les enseignements tirés du projet pilote, qui avait bénéficié d'un accompagnement scientifique; le fait d'imposer certaines unités de temps sert à objectiver les besoins dont la détermination subjective est interdite en vertu du principe d'égalité; en outre, seul le besoin d'aide régulier et non le besoin d'aide ponctuel est pris en compte; par conséquent, l'évaluation du besoin d'assistance basée sur l'instrument d'enquête FAKT2 s'avère tout compte fait conforme à la loi, a conclu le Tribunal fédéral. Vu que le recourant n'a manifestement pas pu démontrer que certaines estimations du temps requis dans FAKT2 étaient clairement insuffisantes également d'un point de vue objectif, le Tribunal fédéral n'a pas remis en question la décision rendue par l'administration et l'instance précédente.

Tarif forfaitaire de Fr. 32.80 par heure pas contesté

Par ailleurs, le Tribunal fédéral a dû examiner le grief selon lequel le montant forfaitaire de Fr. 32.80, payé selon l'art. 39f RAI pour une heure d'assistance, serait insuffisant. Il a rejeté ce grief, estimant que ce montant n'obligeait pas l'employeur à contrevenir à ses obligations légales ni ne se situait nettement en-dessous du coût moyen des services personnels selon l'enquête sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique. Il a estimé que finalement, la contribution d'assistance couvrait uniquement le coût du service d'aide

proprement dit, mais pas les frais et dépenses de l'assistante ou de l'assistant.

Nombre maximal d'heures d'assistance à prendre en compte

L'art. 39e RAI prévoit que le nombre maximal d'heures pour les prestations d'aide dans le domaine des actes ordinaires de la vie varie en fonction du taux d'impotence et de l'étendue de l'aide dont la personne a besoin. Si une personne bénéficie d'une allocation pour impotence moyenne et nécessite une aide pour 4 actes ordinaires de la vie, un maximum de 120 heures d'assistance est pris en compte par mois. Le recourant s'était initialement vu accorder une telle allocation pour impotence moyenne basée sur un besoin d'aide pour 4 actes ordinaires de la vie. Malgré cela, l'office AI n'a pris en compte que 90 heures d'assistance par mois. Dans le cadre de la nouvelle évaluation, il en était arrivé à la conclusion que l'assuré n'avait besoin d'une aide régulière de tiers plus que pour 3 actes ordinaires de la vie, en plus d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ce qui donne également droit à une allocation pour impotence de degré moyen); l'assistance concernant l'acte „se déplacer / entretien des contacts sociaux" est déjà pris en compte dans le cadre du besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, a-t-il conclu.

Dans ce point, le Tribunal fédéral a toutefois corrigé la décision rendue par l'instance précédente: selon lui, l'absence de reconnaissance d'une impotence dans le domaine „se déplacer / entretien des contacts sociaux" est clairement en contradiction avec les données qui résultent du rapport d'enquête concernant la contribution d'assistance; l'assuré ne peut manifestement se déplacer de manière indépendante que sur quelques distances courtes qu'il connaît bien, sinon il a toujours besoin d'instructions et d'un accompagnement; en outre, le rapport d'enquête indique que dans certains domaines de loisirs, l'assuré ne peut faire que peu de choses par lui-même et qu'il a très largement besoin de l'aide de tiers; l'accompagnement pour faire face aux nécessités

de la vie ne comprend pas l'aide de tiers dans les actes ordinaires de la vie, mais il constitue un élément d'aide autonome. En d'autres termes: lorsqu'une personne a besoin d'une aide directe ou indirecte pour se déplacer et entretenir des contacts sociaux, cette aide n'est pas à prendre en compte à titre d'„accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie" mais à titre d'aide à l'accomplissement de l'acte ordinaire de la vie correspondant.

Réduction du nombre maximal d'heures d'assistance en cas de travail dans un atelier protégé

Lorsqu'une personne assurée fréquente un atelier protégé, le montant maximal d'assistance à prendre en compte est réduit de 10% par journée, c.-à-d. de 50% au total en cas d'occupation durant 5 jours (art. 42sexies al. 2 LAI en liaison avec l'art. 39e al. 4 RAI). C'est la raison pour laquelle l'office AI a procédé, chez ce recourant, à une réduction supplémentaire du montant maximal de 50% au total. Le recourant a fait valoir devant le Tribunal fédéral que le législateur n'avait pas visé, sous la notion d' „établissement hospitalier ou semi-hospitalier", des ateliers protégés mais des homes et des cliniques de jour. Or, le Tribunal fédéral a rejeté cette argumentation en se référant en particulier à la définition dans la LIPPI qui comprend également les ateliers protégés; le fait qu'une personne ne travaille le cas échéant pas toujours toute l'année à la même fréquence dans un tel atelier protégé, mais qu'elle en est absente par moments en raison de vacances et pour d'autres raisons, n'est pas pertinent, a-t-il précisé; le choix d'une solution forfaitaire basée sur un séjour régulier dans une institution est compréhensible pour des raisons de praticabilité et de sécurité juridique. Il a conclu que la solution choisie n'était ni contraire à la loi ni arbitraire.

Il est intéressant que le recourant n'ait manifestement pas remis en question le montant de la déduction forfaitaire (10% par journée resp. nuitée dans une institution), ce qui a rendu superflues d'autres explications à ce propos de la part du Tribunal fédéral. Compte tenu du fait qu'une semaine compte 7 jours et non pas 5, le montant

de la déduction semble effectivement pas tout à fait compréhensible. Or, ce point nécessitera le cas échéant clarification.

Déduction en raison des prestations d'aide déjà couvertes par l'allocation pour impotent

Pour finir, le Tribunal fédéral a examiné la question suivante: Est-il licite de déduire l'assistance déjà couverte par l'allocation pour impotent (selon FAKT2 35,69 heures en cas d'allocation pour impotence moyenne) des heures maximales à prendre en compte au sens de l'art. 39e RAI – comme le prévoit la circulaire – ou ne convient-il pas davantage de déduire d'abord l'allocation pour impotent du besoin d'assistance effectivement déterminé avant de procéder à une éventuelle réduction au sens de l'art. 39e RAI? Même si le Tribunal fédéral a constaté que la solution choisie par l'administration ne ressortait pas obligatoirement de l'énoncé de la loi, il l'a – compte tenu de la formulation large de la norme de délégation – qualifiée de licite; certaines inégalités peuvent en résulter pour les personnes ayant des handicaps importants par rapport à celles dont les atteintes sont plus légères, mais cela ne constitue encore pas une discrimination interdite au sens de l'art. 8 al. 2 Cst., a-t-il estimé; en outre, cette solution permet de garantir une limitation uniforme du besoin d'aide global, indépendamment de la question de savoir comment il est couvert.

Commentaire

Suite à ce jugement du Tribunal fédéral, il est désormais clair que le choix du modèle de contribution d'assistance et les modalités concrètes de sa mise en œuvre peuvent être considérés dans les grandes lignes comme conformes à la loi et par conséquent non contestables. Cela ne signifie toutefois pas que certains points ne nécessitent pas d'être corrigés. Les organisations de personnes handicapées ont déjà attiré l'attention sur les principales faiblesses de ce modèle. Ces hypothèses restent à confirmer suite à une évaluation complète qui doit être effectuée après la phase d'introduction de 5 ans. La mesure dans laquelle ces faiblesses pourront être corrigées dépendra

entre autres de la charge financière que cette nouvelle prestation fait peser sur l'AI. Dans l'intervalle, il ne faut pas s'étonner que l'objectif visé par l'introduction de la contribution d'assistance ne soit que partiellement atteint et que le nombre de personnes pouvant profiter de cette prestation soit inférieur aux attentes. Le nombre de personnes qui quittent le home, notamment, ne sera guère aussi important qu'escompté. Rares seront les cas où une personne ne pouvant compter sur le financement effectif de l'aide dont elle a besoin osera franchir le difficile passage vers l'autonomie.

Georges Pestalozzi-Seger

Obligation de prise en charge provisoire de l'assurance-chômage: nouveaux jugements

Conformément à l'art. 15 al. 2 LACI en liaison avec l'art. 15 al. 3 OACI et en application des règles concernant la prise en charge provisoire des prestations de l'art. 70 al. 2 let. b LPGA, l'assurance-chômage est tenue de verser à une personne atteinte dans sa santé une indemnité de chômage non réduite si cette personne s'est an-noncée auprès d'une autre assurance (AI, assurance-accidents, prévoyance professionnelle, assurance militaire) afin de bénéficier de prestations et qu'elle n'est pas manifestement inapte au placement. Ce droit à une indemnité de chômage non réduite s'applique aussi lorsque la personne concernée ne peut travailler, selon l'avis de ses médecins, plus qu'à temps partiel (à raison d'au moins 20%) à condition qu'elle soit disposée à chercher et à exercer une activité correspondante. Or, si la personne se sent entièrement incapable de travailler en raison de son atteinte à la santé, elle est considérée comme inapte au placement et n'a pas droit aux prestations de l'assurance-chômage (cf. ATF 136 V 95 ainsi que notre commentaire dans „Droit et handicap 3/10”).

Cette obligation de prise en charge provisoire court jusqu'au moment où l'AI, l'assurance-accidents, l'assurance militaire ou la caisse de pension a rendu une décision concernant le taux d'invalidité. Une fois cette décision rendue, la caisse de chômage peut adapter le gain assuré en fonction de la capacité de travail résiduelle fixée par l'autre assurance, et ensuite réduire l'indemnité journalière en conséquence (art. 40b OACI). Elle a en outre le droit de demander le remboursement resp. la compensation jusqu'à hauteur des arrérages de rente.

Ces principes généraux n'ont pas subi de modification ces dernières années. Le Tribunal fédéral a toutefois pris position, en 2014, sur certaines questions d'interprétation concernant trois jugements que nous présentons brièvement dans ce qui suit.

L'obligation de prise en charge provisoire dure-t-elle jusqu'au préavis de l'AI ou jusqu'à la décision de l'AI?

Dans un cas issu du canton d'Argovie, le Tribunal fédéral a dû se pencher sur la question de savoir si l'obligation de prise en charge provisoire de l'assurance-chômage s'étend jusqu'à ce qu'intervienne une décision de l'AI ou si elle prend fin dès que l'assuré reçoit le préavis de l'AI. Dans le cas concret, l'AI avait notifié à l'assuré dans son préavis qu'elle envisageait de lui verser une rente d'invalidité entière pour son taux d'invalidité de 100%, suite à quoi la caisse de chômage a cessé de lui verser, pour cause de manque d'aptitude au placement, les indemnités journalières. La personne assurée a contesté la décision de la caisse de chômage en faisant valoir que compte tenu de son obligation de prise en charge provisoire, elle devait maintenir le versement de l'indemnité journalière jusqu'à ce que l'AI ait rendu sa décision.

Dans son jugement du 26 août 2014 (8C_53/2014), le Tribunal fédéral a considéré que l'assurance-chômage ne devait verser l'intégralité de l'indemnité journalière que tant qu'il subsistait des doutes quant à l'étendue de l'aptitude au placement de l'assuré; son obligation de prise en charge provisoire prend toutefois fin dès que l'étendue de l'incapacité de gain a été déterminée; lorsque l'office AI rend un préavis dans lequel il annonce son intention de verser une rente entière basée sur une incapacité totale de gain, on peut sans autre partir du principe que la personne assurée ne s'y opposera pas; c'est pourquoi la caisse de chômage n'est pas tenue, dans une telle constellation, d'attendre la décision de rente proprement dite de l'AI.

Il se trouve que ce jugement en soi très compréhensible a malheureusement conduit çà et là à une pratique qui n'est pas conforme à la décision du Tribunal fédéral. Elle consiste de manière très générale à ne plus attendre la décision de l'AI mais à procéder à l'adaptation du gain assuré (et par là du montant de l'indemnité journalière de chômage) immédiatement à compter de la date du préavis. Or, dans tous les cas où l'office AI n'admet pas le droit à la rente ou n'alloue qu'une rente partielle, cette

manière de procéder ne peut guère être qualifiée de défendable; car selon l'expérience, de tels préavis font souvent l'objet de contestations qui aboutissent à un correctif. Les doutes quant à l'étendue de l'incapacité de gain ne sont levés qu'au moment où intervient une décision passée en force: en présence d'un taux d'invalidité inférieur à 70%, l'adaptation de l'indemnité journalière de chômage ne devrait par conséquent intervenir qu'à ce moment-là. D'ailleurs, des tribunaux cantonaux des assurances ont déjà statué en ce sens à plusieurs reprises (entre autres le Tribunal des assurances sociales du canton de Zurich dans son jugement AL.2010.00222).

Montant du gain assuré lorsque l'assurance-accidents et l'AI déterminent un degré d'invalidité différent

Dans un cas issu du canton de Berne, une caisse de chômage avait dans un premier temps versé, pendant la durée de l'évaluation de l'invalidité, une indemnité journalière non réduite. Par la suite, lorsque la Suva a alloué à la personne assurée une rente basée sur un taux d'invalidité de 24%, l'assurance-chômage a réduit l'indemnité journalière, supposant que l'assuré présentait une capacité de travail résiduelle de 76%. Cette décision n'a pas été contestée. Or, parallèlement à la Suva, l'AI a elle aussi évalué le taux d'invalidité et a rendu, 10 mois plus tard, une décision selon laquelle elle refusait à l'assuré le droit à la rente en se basant sur une invalidité de 33%. La caisse de chômage en a profité pour réduire une nouvelle fois l'indemnité journalière et pour fixer le gain assuré en fonction d'une capacité de gain de désormais 67%. La personne concernée a contesté cette décision en faisant valoir que l'AI avait simplement évalué différemment une situation identique, ce qui ne pouvait donner lieu à une nouvelle adaptation de l'indemnité de chômage.

Dans son jugement du 30.9.2014 (8C_ 824/2013), le Tribunal fédéral a toutefois rejeté le recours. Il en est arrivé à la conclusion que l'objectif normatif de l'art. 40b OACI n'était entièrement rempli que si le taux d'invalidité déterminé par l'AI a été pris comme base de l'atteinte à la capacité de gain; si le SECO a accordé, dans ses directives, la priorité de l'évaluation de l'invalidité à l'AI par rapport

aux autres assureurs sociaux, cela ne peut lui être reproché dans l'intérêt d'une pratique administrative équitable et praticable. Le Tribunal fédéral a statué que la décision de l'AI avait donné lieu à un nouveau fait important qui, dans le cas concret, avait permis de procéder à la révision de la décision initiale.

Pas de réduction de l'indemnité de chômage en cas de taux d'invalidité inférieur à 10%

Enfin, nous attirons l'attention sur un jugement du Tribunal fédéral du 31.3.2014 (140 V 89) concernant un assuré qui s'était annoncé auprès de la Suva pour entrer au bénéfice de prestations et qui touchait en parallèle une indemnité journalière de l'assurance-chômage. Lorsque la Suva lui a refusé, par décision, l'allocation d'une rente parce que son taux d'invalidité n'était que de 8%, la caisse de chômage en a profité pour réduire le gain assuré à 92% et pour diminuer son indemnité journalière en conséquence.

Le Tribunal fédéral a annulé cette décision en dernière instance pour les raisons suivantes: lorsque l'assurance-accidents part du principe qu'une limitation de la capacité de gain de moins de 10% ne donne lieu à aucune invalidité pertinente et que l'assuré peut compenser d'éventuelles conséquences économiques par un effort de volonté, l'assurance-chômage n'est pas autorisée non plus à adapter, en présence d'une incapacité de gain marginale et quasiment imperceptible, le gain assuré selon l'art. 40b OACI.

Georges Pestalozzi-Seger

Pouvoir de réexamen de l'AI en présence d'un motif de révision: deux jugements du Tribunal fédéral

L'office AI examine les rentes allouées par l'AI après quelques années au moyen de ladite révision de rente. Les rentiers et rentières AI reçoivent un questionnaire dans lequel ils sont tenus d'indiquer si leur état de santé est inchangé ou s'il s'est amélioré ou aggravé. Les coordonnées de leurs médecins traitants doivent en outre être fournies. Le plus souvent, ceux-ci sont alors invités par l'office AI à établir un rapport médical sur l'évolution de la santé de l'assuré. Mais il se peut aussi que l'office AI estime indiqué de procéder à une expertise médicale. Suivant la manière dont se présente l'état de santé, la rente sera maintenue, diminuée, supprimée ou augmentée. Mais une révision de rente et un examen du droit à la rente sont également effectués dans tous les cas où un rentier ou une rentière AI fait valoir de sa propre initiative une aggravation de son état de santé et demande que sa rente soit augmentée.

Si l'état de santé a effectivement changé – que ce soit dans le sens d'une amélioration ou d'une aggravation – cela représente un motif de révision. Une modification de la répartition entre le domaine de l'activité lucrative et celui du ménage constitue également un motif de révision, même si l'état de santé n'a subi aucune modification. Lorsqu'il y a motif de révision, l'office AI peut, selon la jurisprudence en vigueur, examiner le droit à la rente quant aux faits et au droit, sans être lié par des évaluations antérieures. Le fait modifié lui-même (par exemple l'état de santé modifié ou un changement de répartition entre le domaine de l'activité lucrative et celui du ménage) ne donne pas nécessairement lieu à une redétermination de la rente AI. Lors de l'examen complet du droit à la rente, c'est bien davantage la réévaluation d'un autre élément de droit (par exemple du revenu de valide, du revenu d'invalide ou de la déduction du salaire statistique) qui peut entraîner une augmentation, une réduction ou même la suppression de la rente. Deux décisions récentes du Tribunal fédéral illustrent ce cas de figure.

Redétermination du revenu de valide à l'occasion d'une révision

Dans son jugement du 21 octobre 2014 (9C_378/2014), le Tribunal fédéral a traité la question de l'étendue de l'examen de rente dans le cadre d'une révision. Il s'agissait d'un assuré au bénéfice d'une demi-rente AI depuis 2006 qui avait fait valoir, fin 2011, une aggravation de son état de santé et demandé une augmentation de sa rente. L'expertise de suivi ordonnée par la suite par l'office AI a conclu non à une aggravation de son état de santé mais à une amélioration. En conservant le salaire comparable initial, l'assuré aurait continué de bénéficier au moins un quart de rente. Or, l'office AI en est arrivé à la conclusion que le revenu de valide de cet assuré ne devait plus se référer au revenu réalisé en 2002 avant la survenance de l'invalidité du fait que l'employeur de l'époque avait fait faillite en 2004 et que, par conséquent, l'assuré n'aurait pas pu continuer de réaliser ce revenu même sans avoir subi d'atteinte à sa santé. C'est pourquoi il fallait se baser sur le revenu moyen réalisé dans les années 1996 à 2000, indexé à la hausse pour l'année 2010, a-t-il estimé. Il en a résulté un taux d'invalidité de moins de 40%, de sorte que l'office AI a décidé la suppression de la demi-rente AI.

La suppression de la rente AI a été confirmée par le Tribunal fédéral. Dans son jugement, le Tribunal fédéral cite, en référence à plusieurs arrêts et publications, sa pratique constante selon laquelle on procède, en présence d'un motif de révision, à un examen complet et général du droit à la rente quant aux faits et au droit, sans être lié à des évaluations antérieures. Il en a conclu que l'office AI avait donc été autorisé à examiner librement le revenu de valide de même que la déduction du salaire statistique; et ce sans être lié d'une quelconque manière aux salaires comparables sur lesquels se basait la décision de rente initiale.

À noter que la faillite de l'ancien employeur de l'assuré datait déjà de 2004, à savoir deux ans avant l'allocation initiale de la rente. L'office AI aurait donc pu déterminer le revenu de valide déjà à l'époque selon les salaires moyens

réalisés dans les années 1996 à 2000. L'assuré ne pourra guère comprendre que c'est justement cette circonstance à l'occasion de la révision de la rente – qu'il avait lui-même déclenchée en faisant valoir une aggravation de son état de santé – qui n'entraîne à présent pas seulement la réduction de son actuelle rente AI à un quart, mais tout simplement sa suppression.

Une atteinte supplémentaire permet la suppression de la rente

Le jugement rendu par le Tribunal fédéral le 21 janvier 2015 (8C_237/2014) présente une situation similaire. Il s'agissait d'un assuré bénéficiaire d'une rente de trois-quarts qui s'était vu ordonner une nouvelle expertise dans le cadre d'une révision de rente. L'expertise avait conclu qu'une problématique liée à l'épaule s'était ajoutée en comparaison à l'expertise initiale. Or dans la seconde expertise, la capacité de travail a néanmoins été estimée supérieure, ce qui a amené l'office AI à supprimer l'actuelle rente de trois-quarts.

Dans son jugement, le Tribunal fédéral a appuyé la décision de supprimer la rente AI dans le cadre de la révision. Il a expliqué que l'ajout d'une problématique liée à l'épaule constituait une modification pertinente des faits et par conséquent un motif de révision, de sorte à justifier une nouvelle évaluation de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assuré. Il est licite, a-t-il précisé, de procéder, à titre de conséquence de l'examen général et de la réévaluation du droit à la rente, à une adaptation de la rente basée sur l'évaluation de la capacité de travail de la seconde expertise; contrairement à l'avis de l'assuré, les douleurs à l'épaule qui se sont ajoutées ne constituent pas exclusivement un motif de révision en vue d'une augmentation de la rente, mais elles pourraient, dans la présente constellation, également donner lieu à la suppression de la rente.

Résumé et remarques

Les deux jugements montrent que la présence d'un motif de révision, quelle que soit sa nature, peut entraîner

une modification du taux d'invalidité et du droit à la rente qui peut s'avérer déterminante et en particulier défavorable à l'assuré. C'est une conséquence inique, notamment dans les cas où l'état de santé n'a de fait pas changé ou qu'il s'est même détérioré de manière vérifiable, mais où l'office AI est autorisé, compte tenu d'un motif de révision, de procéder à un réexamen complet et par conséquent aussi à une réévaluation de l'état de santé.

C'est pourquoi il convient plutôt de déconseiller aux bénéficiaires de rentes, dans tous les cas où les circonstances ne sont pas très claires ou lorsque la décision de rente initiale doit être considérée comme plutôt généreuse, de faire valoir une modification de la situation (que ce soit concernant l'état de santé ou concernant la répartition entre le domaine de l'activité lucrative et celui du ménage). Et ce même lorsque la personne concernée a le sentiment subjectif que son état s'est aggravé.

Petra Kern

Primes d'assurance-maladie des résidents de homes: points de rattachement différents dans l'assurance-maladie resp. les prestations complémentaires

Selon l'art. 61 al. 2 LAMal, les assureurs peuvent échelonner les montants des primes s'il est établi que les coûts diffèrent selon les cantons et les régions, les régions de primes étant délimitées par l'Office fédéral de la santé publique. Le montant des primes effectives des caisses-maladie dépend de la région où la personne réside. Le point de rattachement n'est donc pas le domicile au sens de l'art. 23 et suiv. CC, mais le lieu de résidence. Le lieu de résidence est la commune où la personne séjourne de façon permanente sans nécessairement y établir son domicile. Par exemple, s'agissant de personnes vivant dans un établissement de soins, les primes d'assurance-maladie dépendent des tarifs pratiqués au siège de l'établissement de soins; et ce bien que les habitants de l'institution de soins n'y établissent pas leur domicile selon l'art. 26 CC.

Selon l'art. 10 al. 3 let. d LPC, le calcul du montant des prestations complémentaires auquel la personne a droit dans le cadre des dépenses reconnues prend en compte le montant forfaitaire annuel pour les primes de caisse-maladie qui correspond au montant de la prime moyenne cantonale ou régionale. Les montants forfaitaires annuels sont fixés par le Département fédéral de l'intérieur. Dans les cantons de Zurich, Berne, Lucerne, St. Gall et Grisons, il existe trois régions de primes. Les autres cantons possèdent soit deux, soit une seule région de primes.

Quelle est la manière de procéder lorsqu'une personne quitte sa commune de résidence pour s'installer dans un home situé dans une autre région de primes, voire dans un autre canton? Cette question a dû être examinée cette année par le Tribunal des assurances sociales du canton de Zurich. Nous proposons ici un résumé de son jugement rendu le 25 février 2014 (ZL.2012.00101), en démontrant que les résidents de homes peuvent subir des inégalités résultant des différents points de rattachement pris en compte pour la prime effective de caisse-maladie et pour le forfait appliqué dans le calcul des prestations complémentaires.

Dans le jugement mentionné, le Tribunal des assurances du canton de Zurich devait examiner le cas d'un rentier AVS bénéficiaire de PC qui a déménagé de son appartement d'Uitikon dans un établissement de soins pour personnes âgées situé en Ville de Zurich. Vu que sa caisse-maladie lui avait à juste titre facturé la prime d'assurance-maladie en vigueur dans le lieu où se situe l'établissement de soins pour personnes âgées en Ville de Zurich, il a demandé en toute logique que soit pris en compte, lors du calcul des prestations complémentaires, le montant forfaitaire de la région de primes 1 applicable en Ville de Zurich et non pas, comme l'affirmait l'office des PC, le montant forfaitaire inférieur de la région de primes 3 applicable à Uitikon. Dans son jugement, le Tribunal des assurances sociales a précisé que la détermination de la région de primes pertinente pour le forfait de l'assurance-maladie devait se baser sur le lieu de domicile et non pas sur le lieu de résidence, et que le lieu de domicile devait être déterminé en vertu de l'art. 13 LPGA et – compte tenu du renvoi qu'il contient – de l'art. 23-26 CC.

Le Tribunal des assurances sociales a statué qu'en cas d'entrée dans un home pour personnes âgées (même s'il s'agit d'un établissement qui dispense également des soins), le lieu de domicile au sens de l'art. 23 CC se détermine, conformément à la jurisprudence, selon l'intention de s'y établir durablement; lors de l'entrée dans un établissement de soins, en revanche, s'applique en principe – également conformément à la jurisprudence – l'art. 26 CC selon lequel le séjour dans un établissement de soins ne constitue pas le domicile; vu les circonstances concrètes, il est établi que le rentier AVS a déménagé de sa propre initiative dans l'établissement de soins pour personnes âgées à Zurich dans l'intention d'y séjourner durablement et qu'il y a de ce fait établi sa résidence. Le tribunal en est arrivé à la conclusion que lors du calcul des prestations complémentaires, il fallait prendre en compte la prime d'assurance-maladie moyenne applicable en Ville de Zurich (région de primes 1).

Dans le cas du rentier AVS examiné par le Tribunal des assurances sociales, les différents points de rattachement du lieu de résidence (déterminant pour la prime de la

caisse-maladie) et du lieu de domicile (déterminant pour le forfait de la caisse-maladie pris en compte par les PC) se rejoignent en raison de l'établissement d'un nouveau domicile au siège de l'établissement pour personnes âgées. Cependant, une personne qui par le passage dans un home situé dans une autre région de primes n'établit pas de nouveau domicile selon l'art. 26 CC doit en revanche s'attendre à ce que le calcul de ses PC prenne en compte le forfait de la caisse-maladie soit d'une région de primes inférieure, soit celui d'une région de primes supérieure. Compte tenu des différents points de rattachement, elle touchera par conséquent soit „trop", soit „pas assez" de prestations complémentaires destinées à financer sa prime d'assurance-maladie effectivement facturée. Vu les situations insatisfaisantes que cela génère, il serait à saluer que les forfaits des caisses-maladie à prendre en compte par les offices des PC s'orientent toujours selon la région de primes qui détermine également les primes effectives des caisses-maladie.

Petra Kern