

Droit et handicap 2/09

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“

Une modification de la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux n'est pas une raison de supprimer des rentes en cours

Le 26 mars 2009, le Tribunal fédéral a rendu un jugement de principe (8C_502/2007) ayant suscité de vives réactions dans la presse et même provoqué des interventions politiques. Dans cet article, nous faisons le point sur la réflexion menée par le Tribunal fédéral et tenterons d'évaluer les conséquences de sa décision.

Point de la situation

Le cas jugé concernait une assurée à laquelle l'office AI avait alloué, en février 2003, une rente entière d'invalidité avec effet rétroactif à compter de 1999. Dans sa décision de l'époque, l'office AI s'était basé sur une expertise médicale qu'il avait lui-même sollicitée et laquelle attestait que l'assurée, une ancienne infirmière, présentait une incapacité de travail de 100% en raison d'un syndrome douloureux lombovertébral et lombospondylogène ainsi que de graves troubles somatoformes douloureux.

Deux ans plus tard, l'office AI a vérifié la rente dans le cadre d'une procédure de révision. Il a demandé une nouvelle expertise qui, confirmant les diagnostics antérieurs, en est toutefois arrivée à la conclusion – contrairement à l'expertise précédente – que l'assurée

présentait une capacité de travail partielle. Par la suite, il a réduit la rente entière d'invalidité de moitié par décision rendue en juillet 2005, ce qu'il a confirmé durant la procédure d'opposition.

Dans le cadre d'un recours, le Tribunal des assurances sociales du canton de Zurich a constaté que l'état de santé de l'assurée n'avait de fait pas subi de modification significative entre la décision de février 2003 et la décision sur opposition de février 2006; selon lui, les évaluations divergentes émises par les différentes expertises proviennent bien davantage d'une interprétation différente d'un état de fait demeuré inchangé, et que, par conséquent, ce n'est en l'occurrence pas une modification de l'état de fait qui justifie une adaptation de la rente. Malgré cela, le Tribunal cantonal a soutenu la décision de l'office AI au motif que la situation juridique avait changé entre les deux décisions en ce sens que le Tribunal fédéral, en rendant sa décision de principe sur les troubles somatoformes douloureux (130 V 352), a depuis lors modifié sa pratique: désormais, un trouble somatoforme douloureux est en règle générale considéré comme surmontable, ne justifiant une incapacité de travail plus que dans un nombre limité de cas d'exception.

Le jugement du 26.3.2009

Le Tribunal fédéral devait donc en principe statuer sur la question de savoir si une modification de la jurisprudence était de nature à justifier à elle seule la suppression d'une prestation durable, resp. dans ce cas concret, s'il était licite de réduire la rente en se référant à la décision de principe concernant les troubles somatoformes douloureux.

Dans un premier temps, le Tribunal fédéral a confirmé, en se référant à la jurisprudence jusqu'ici connue et après avoir évoqué la doctrine en la matière, le principe qu'un changement de la pratique ne justifiait en règle générale pas à lui seul le fait de modifier, en défaveur des assurés, des décisions formellement passées en force concernant une prestation durable; selon lui, une dérogation de ce principe n'est possible que si l'intérêt général en matière

de mise en œuvre conforme à la loi et matériellement justifiable de l'assurance prime exceptionnellement sur le point de vue de la sécurité juridique et de la confiance concernant le maintien du versement de prestations étatiques précédemment allouées. Cela n'a en l'occurrence pas été admis par le Tribunal fédéral: il a estimé que la décision de principe concernant les troubles somatoformes douloureux avait certes défini des critères pour tenter d'uniformiser l'évaluation de ces tableaux cliniques; par le passé, a-t-il précisé, tous les troubles somatoformes douloureux ne donnaient pas d'office droit à une rente, tandis que la nouvelle jurisprudence autorise tout à fait des cas où une rente est néanmoins allouée; le tribunal a ajouté que les octrois antérieurs de rentes n'étaient pas automatiquement considérés, selon le nouveau point de vue, comme contraires à la loi, inadéquats ou tout bonnement indéfendables; c'est pourquoi, a-t-il conclu, l'optique d'une mise en œuvre de l'assurance qui soit conforme à la loi et matériellement défendable n'exige pas l'adaptation des rentes en cours.

Du point de vue du traitement égal en droit – selon le Tribunal fédéral –, l'adaptation des rentes en cours n'est pas justifiable du fait que les décisions rendues selon l'ancienne pratique ne concernent pas seulement quelques rares assurés mais une multitude de cas, et il conviendrait de prendre en considération les différents intérêts et d'évaluer la proportionnalité dans chaque cas individuel. Le Tribunal fédéral a estimé que les conditions strictes permettant d'appliquer une pratique modifiée à des prestations en cours, allouées selon des bases passées en force, n'étaient par conséquent pas remplies.

Signification du jugement

À noter préalablement que le jugement du Tribunal fédéral se réfère à une décision sur opposition rendue en 2006, donc à une époque antérieure à l'entrée en vigueur de la 5e révision de la LAI. Le jugement du TF a un effet direct sur toutes les adaptations de rentes décidées avant le 1.1.2008 qui se réfèrent à la modification de la jurisprudence (et qui sont contestées et donc pas encore entrées en force).

En revanche, la situation juridique concernant les décisions ayant donné lieu à une réduction ou une suppression de rente ayant effet après le 1.1.2008 reste incertaine; avec la 5e révision de la LAI, l'art. 7 al. 2 LPGA a en effet été complété par une disposition selon laquelle il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. En ajoutant cette disposition, le législateur a voulu inscrire dans la loi la jurisprudence actuelle du Tribunal fédéral (cf. à ce propos „Droit et handicap, 3/07”). Ce principe désormais ancré dans la loi se base toutefois sur une pratique du tribunal en application depuis de nombreuses années; il n'existe pas seulement depuis le jugement sur les troubles somatoformes douloureux, dont l'objectif ne consistait au fond qu'à tenter de concrétiser la „surmontabilité d'un point de vue objectif” par la définition de critères, et ce dans le but d'en garantir une application homogène.

Le Tribunal fédéral a pour l'instant laissé en suspens la question de savoir si l'art. 7 al. 2 LPGA, introduit dans la loi le 1.1.2008, est une base suffisante pour procéder à la suppression ou à la réduction d'une rente allouée à une personne assurée qui présente un trouble somatoforme douloureux. Il a néanmoins laissé entrevoir que se posait en outre la question de savoir, eu égard au principe selon lequel „la réinsertion prime sur la rente”, s'il fallait que l'éventuelle suppression de la rente entraîne l'obligation de proposer aux personnes concernées un plan de réinsertion. Le Tribunal fédéral a souligné que dans cette constellation, il incombait au législateur de prévoir les modalités selon lesquelles il convient de vérifier et, le cas échéant, d'adapter les rentes en cours – ainsi que les mesures y relatives – et de déterminer les critères à appliquer, s'il devait le juger indiqué. Le Conseil fédéral mettra prochainement en consultation, dans le cadre de la première tranche de la 6e révision de la LAI, des propositions à ce sujet. Celle-ci n'entreront toutefois certainement pas en vigueur avant 2011.

Primauté de la réinsertion sur la rente: un jugement intéressant

Dans ce contexte, nous attirons également l'attention sur un autre jugement intéressant du Tribunal fédéral (jugement du 28.4.2008; 9C_720/2007): ce cas concernait une personne qui était au bénéfice d'une rente entière d'invalidité depuis 1991. À la suite d'une réévaluation, l'office AI en était arrivé à la conclusion, en 2007, donc 16 ans plus tard, que l'état de santé s'était amélioré et que cette personne présentait désormais une capacité de travail de 80%, raison pour laquelle la rente devait être supprimée. Le Tribunal fédéral a en revanche considéré que si la personne présentait en principe, selon les évaluations médicales, bel et bien un potentiel en vue de l'exercice d'une activité à faire valoir économiquement, mais que ce potentiel ne pouvait être libéré qu'à l'aide de mesures médicales à visée réadaptative et de mesures d'ordre professionnel. Le tribunal a conclu qu'il fallait d'abord mettre en œuvre ces mesures avant de se prononcer sur la révision de la rente.

Par conséquent, lorsqu'il résulte des rapports médicaux que la personne assurée présente bel et bien, d'un point de vue médico-théorique, une capacité de travail mais que cette capacité de travail ne peut être mise à contribution dans le cadre d'un emploi en raison d'un déconditionnement durant des années, le revenu – réalisable uniquement d'un point de vue hypothétique – ne peut être pris en compte tant que la personne concernée n'est pas en mesure de le réaliser par ses propres moyens (autoréadaptation raisonnablement exigible). La rente ne peut être adaptée que lorsque des mesures telles que p. ex. une réadaptation socioprofessionnelle comprenant un entraînement au travail et à l'endurance ont effectivement permis à la personne de recouvrer sa capacité de gain.

Georges Pestalozzi-Seger

Calcul de l'invalidité: les résultats de l'examen des aptitudes professionnelles ne doivent pas être occultés

Dans des jugements précédents, le Tribunal fédéral a régulièrement souligné que le processus de calcul de l'invalidité nécessitait une étroite collaboration entre les médecins et les conseillers en matière professionnelle qui doivent remplir leur tâche de sorte à se compléter mutuellement. La tâche des médecins, a-t-il précisé, consiste à mettre en évidence le plus concrètement possible les limitations dues à l'état de santé de la personne assurée et à se prononcer notamment au sujet des fonctions que la personne n'est plus capable d'effectuer, ou que dans une mesure restreinte; quant aux services d'orientation professionnelle, ils ont pour tâche d'indiquer concrètement quelles sont les activités professionnelles pouvant être envisagées par l'assuré eu égard aux données médicales le concernant et à ses autres capacités (cf. entre autres 107 V 17).

Ces dernières années, le rôle des conseillers en matière professionnelle chargés de déterminer le degré d'invalidité a petit à petit perdu en importance dans toute la Suisse. Le fait d'évaluer l'invalidité selon la seule expertise médicale a tendance à se multiplier: si l'expertise médicale en arrive à la conclusion que les limitations du point de vue médico-théorique ne sont que minimales ou dans une large mesure surmontables, on renonce souvent entièrement à examiner les aptitudes professionnelles. Lorsque, en revanche, il a été procédé, p. ex. dans le cadre d'un séjour hospitalier, à un examen des aptitudes professionnelles et que les spécialistes confirment que la prestation de l'assuré, malgré ses importants efforts et sa grande motivation, ont été considérablement inférieures à ce que supposaient les experts médicaux, les résultats des examens des aptitudes professionnelles sont ignorés au motif que la priorité est à accorder aux évaluations médicales.

Heureusement, le Tribunal fédéral a rectifié quelque peu la regrettable tendance à tenir compte exclusivement

de l'évaluation médicale. Nous résumons ci-après deux jugements rendus l'année dernière à ce propos:

En cas de divergences importantes, d'autres examens sont nécessaires

Dans un cas issu du canton d'Argovie, l'office AI avait demandé qu'une expertise médicale soit réalisée auprès d'une clinique de réadaptation. Celle-ci avait conclu, après avoir effectué deux tests d'une demi-journée, que l'assuré présentait une capacité totale de travail dans des activités moyennement lourdes, en évitant le port de charges lourdes et certaines postures. En revanche, les résultats d'examens réalisés durant 6 semaines dans un centre de réadaptation professionnelle se sont révélés en opposition totale avec cette évaluation: selon ces examens, l'assuré n'avait de loin pas les capacités fonctionnelles constatées d'un point de vue médico-théorique, et ce même en effectuant des activités légères et en ayant fait preuve d'un excellent comportement au travail.

Par la suite, et malgré ces divergences manifestes, l'office AI du canton d'Argovie, de même que le Tribunal cantonal des assurances, se sont basés exclusivement sur les résultats de l'expertise médicale en qualifiant de négligeable le rapport de l'enquête professionnelle visant à calculer le degré d'invalidité, sans se préoccuper davantage de ces contradictions. Le Tribunal fédéral a considéré l'occultation totale du rapport, établi sur demande de l'AI, par les personnes chargées d'effectuer ces examens comme une violation irrecevable de la maxime de l'instruction: il a estimé que l'on ne pouvait pas dénier à un examen des aptitudes professionnelles de tout de même 6 semaines, qui était concrètement orienté sur le rendement, toute pertinence en matière d'évaluation de la capacité de travail résiduelle. En cas de divergences manifestes et importantes entre les résultats des examens médicaux et professionnels, a précisé le tribunal, cela fonde de sérieux doutes quant à l'évaluation médicale, qui auraient dû amener l'office AI à solliciter d'autres prises de position médicales. L'office AI avait certes demandé au SMR d'établir un rapport; mais celui-ci, s'étant également avéré contradictoire et incohérent,

n'était pas de nature à lever les contradictions existantes. Le Tribunal fédéral a par conséquent renvoyé le cas pour examen complémentaire (jugement du 4.7.2008; 9C_833/2007).

Nécessité d'une formation professionnelle initiale dans un cadre protégé?

Dans un autre cas, issu celui-ci du canton de Berne, le tribunal devait statuer sur la question de savoir si une jeune assurée était en mesure d'accomplir une formation professionnelle sur le marché général du travail ou si elle avait besoin, à cet effet, d'un poste de formation protégé. Cette dernière option était préconisée, eu égard aux nombreuses carences de la jeune femme constatées durant un stage, aussi bien par le conseiller en orientation professionnelle de l'office AI lui-même que par le professeur de la 10e classe de l'école d'orientation professionnelle et les spécialistes du domaine de la formation du centre de réadaptation. L'office AI et le Tribunal administratif du canton de Berne, quant à eux, ont conclu à l'absence de limitations cognitives significatives du point de vue purement médical.

Dans son jugement du 2.12.2008 (9C_745/2008), le Tribunal fédéral a finalement constaté que la nécessité d'une formation dans un cadre protégé ne résultait pas seulement de l'état de santé de l'assurée, mais qu'elle devait être évaluée compte tenu des exigences plus importantes de l'actuel marché équilibré de l'emploi; à cet égard, a-t-il estimé, l'instance précédente a eu tort de négliger les rapports d'évaluation professionnelle versés au dossier, et que le dossier devait être d'office complété par ces constatations de l'état de fait. Le Tribunal fédéral a conclu que les multiples limitations, dont la présence ressort clairement du dossier préalable, portaient préjudice, de façon manifeste et clairement démontrée par les documents versés au dossier, aux possibilités de formation et de gain pouvant être envisagées par l'assurée en fonction de ses circonstances personnelles. Par conséquent, le tribunal a contraint l'office AI à prendre en charge les frais supplémentaires liés à la formation initiale dans un centre de réadaptation professionnelle.

Une collaboration plus étroite entre spécialistes du domaine médical et professionnel est souhaitée

De manière générale, on peut souhaiter que la collaboration entre spécialistes du domaine médical et professionnel chargés de déterminer la capacité de travail des personnes atteintes dans leur santé retrouve un nouvel élan. Des modèles d'évaluation allant dans ce sens prévoient que les médecins (si possible ceux du SMR) n'établissent pas leur évaluation dans une optique médico-théorique déconnectée des exigences du monde du travail, mais qu'ils soient étroitement associés au processus d'évaluation professionnelle pour permettre d'aboutir à un examen commun des aptitudes professionnelles et à un consensus des spécialistes impliqués. Un tel modèle est p. ex. pratiqué avec succès à Berne dans le cadre du service d'évaluation des aptitudes professionnelles sur le marché de l'emploi.

Georges Pestalozzi-Seger

Séjour dans un hôpital extracantonnel: que doivent payer la caisse-maladie et le canton?

Ces dernières années, le financement des séjours dans des hôpitaux situés hors canton a suscité non seulement de nombreux débats politiques, mais aussi diverses procédures juridiques. Dans cet article, nous présentons d'abord la situation actuelle sur le plan juridique, avant de commenter un nouveau jugement intéressant du Tribunal fédéral à ce sujet; et enfin, nous présenterons la nouvelle réglementation décidée par le Parlement qui sera valable à l'avenir.

Réglementation actuelle

Jusqu'à présent, la loi accordait aux assurés le libre choix d'un hôpital figurant sur la liste des hôpitaux répertoriés dans un canton. Or, cette liberté de choix était restreinte du fait que les assurances-maladie n'étaient tenues de prendre en charge qu'une partie des frais liés à un séjour dans un hôpital extracantonnel, qui correspondait au tarif applicable dans un hôpital intracantonnel. Un autre élément ayant encore davantage d'importance résidait dans le fait que le canton de résidence n'était en règle générale pas tenu de verser sa part (relativement consistante) des coûts liés à un séjour extracantonnel, raison pour laquelle les assurés devaient payer de leur poche, dans ce genre de cas, des frais importants (art. 41 al. 1 et 2 LAMal dans sa version applicable jusqu'à fin 2008). Jusqu'à présent, il n'a été dérogé de ce principe que lorsque le séjour dans un hôpital extracantonnel était motivé par des raisons „médicales“. La LAMal admettait l'existence de raisons médicales lorsqu'il s'agissait de séjours hospitaliers d'urgence ainsi que de traitements devant être administrés par un hôpital extracantonnel du fait que ces prestations ne sont pas proposées par les hôpitaux situés dans le canton de résidence de l'assuré.

Quand des raisons „médicales“ sont-elles admises?: nouveau jugement du Tribunal fédéral

Dans une série de jugements récents, le Tribunal fédéral devait examiner la question de savoir dans quels cas il

convient d'admettre qu'un séjour hospitalier extracantonnel est effectué pour des raisons „médicales“. Dans un de ces dossiers, notre Service juridique a représenté une personne atteinte de SEP domiciliée dans le canton de Zurich qui avait effectué, en 2005, un séjour de 3 semaines dans un service de réadaptation neurologique à la Clinique Valens. La Clinique Valens, située dans le canton de St. Gall, figure sur la liste des hôpitaux répertoriés du canton de Zurich et est chargée d'un mandat de prestations en réadaptation neurologique. Malgré cela, la caisse-maladie Wincare a refusé de prendre en charge l'intégralité du tarif de cette clinique s'élevant à Fr. 650.- par jour; elle était disposée à n'accorder qu'une garantie de prise en charge des frais à hauteur de Fr. 270.- par jour correspondant au tarif pratiqué par la Clinique de Wald située dans le canton de Zurich. Elle s'est basée, d'une part, sur la loi en faisant valoir que la personne assurée, n'ayant incontestablement pas effectué son séjour dans la clinique extracantonale en situation d'urgence, aurait eu la possibilité d'effectuer son séjour de réadaptation dans une clinique du canton de Zurich (Clinique d'altitude de Wald). D'autre part, la caisse-maladie s'est référée à un jugement antérieur du Tribunal fédéral des assurances (127 V 398) dans lequel ce dernier avait décidé que la caisse-maladie d'un assuré domicilié dans le canton de Bâle-Ville n'était pas tenue à la prise en charge de l'intégralité des frais liés à un traitement ambulatoire dans un hôpital situé dans le canton de Bâle-Campagne, alors que cet hôpital figurait sur la liste commune des deux cantons.

Après que le recours de notre Service juridique ait été admis par le Tribunal des assurances sociales du canton de Zurich, la caisse-maladie a porté le cas devant le Tribunal fédéral. Dans son jugement du 30.4.2009 (9C_690/2008), le Tribunal fédéral a considéré que la situation du présent cas était particulière dans la mesure où dans le canton de Zurich, seuls un peu plus de 20% des besoins en matière d'infrastructures destinées aux séjours de réadaptation pouvaient être couverts par des cliniques intracantonales, raison pour laquelle la majorité des assurés zurichois dépendaient des cliniques de réadaptation situées hors du canton et répertoriées sur la liste du canton de

Zurich (comme la Clinique Valens). De l'avis du tribunal, si le canton de Zurich base le 80% de sa planification hospitalière des séjours de réadaptation sur l'existence de cliniques extracantoniales, cela s'apparente en effet de si près à un manque d'offre intracantonale en matière de possibilités de traitements que cela justifie, au sens de l'art. 41 al. 2 let. b LAMal, le fait d'admettre comme raison „médicale" l'externalisation des besoins en matière de réadaptation; seule une interprétation aussi large de la notion de raison médicale permet, selon le tribunal, de satisfaire au principe fondamental de la LAMal selon lequel il convient de faire en sorte que la prise en charge médicale puisse s'effectuer dans le cadre de l'assurance de base, avec des tarifs protégés.

Ce jugement est extrêmement réjouissant, même si ses effets ne seront que d'une durée limitée étant donné la décision du Parlement de procéder à un nouveau règlement du financement hospitalier.

Nouveau règlement: libre choix de l'hôpital facilité

Le Parlement a décidé, dans le cadre du projet de financement hospitalier adopté le 21.12.2007, de faciliter à l'avenir la concurrence intercantonale dans le domaine des traitements en résidentiel: il a opté pour une conception fondamentalement nouvelle dont on n'entrevoit pas encore les détails des conséquences pratiques. Le financement des hôpitaux est déjà formellement entré en vigueur le 1.1.2009, mais en raison d'une disposition transitoire, cette partie du projet ne déploiera tous ses effets qu'en 2012.

Le nouvel art. 41 al. 1bis LAMal prévoit qu'en cas de traitement hospitalier, l'assuré aura à l'avenir le libre choix entre les hôpitaux figurant sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital. Aussi bien l'assurance-maladie que le canton de résidence devront alors prendre en charge, indépendamment du lieu où se situe l'hôpital répertorié, le remboursement du séjour selon leur part respective (conformément à la clé de répartition prévue de 45% pour l'assurance-maladie et 55% pour le canton).

Les frais continueront toutefois d'être pris en charge selon le tarif applicable aux hôpitaux répertoriés du canton de résidence. Si ce tarif est légèrement supérieur dans l'autre canton, la différence sera à la charge de la personne assurée, à moins que le séjour dans un hôpital extracantonale ait été effectué pour des „raisons médicales". Si le tarif appliqué par l'hôpital extracantonale est inférieur, l'assuré n'aura à l'avenir plus rien à contribuer au coût de son séjour hospitalier hors canton; et ce même lorsque le choix de l'hôpital ne se base pas sur des „raisons médicales". Pour les assurés, cela facilite très considérablement le choix d'un hôpital extracantonale.

Georges Pestalozzi-Seger

Prévoyance professionnelle: réduction des rentes d'invalidité en cas de surindemnisation également après l'entrée en âge AVS?

Dans une édition récente de „Droit et handicap“ (2/08), nous avons déjà commenté la nouvelle pratique du Tribunal fédéral en matière de réduction des rentes d'invalidité en cas de surindemnisation. Il s'agissait à l'époque de la question de savoir si et dans quelles circonstances le calcul de la surindemnisation peut tenir compte du revenu que l'assuré pourrait encore raisonnablement réaliser. Le Tribunal fédéral vient de rendre deux nouveaux jugements de principe sur la question de savoir si les rentes d'invalidité versées par la prévoyance professionnelle peuvent être réduites en cas de surindemnisation lorsqu'une personne a atteint l'âge AVS, et dans quelles conditions.

Le Tribunal fédéral admet le principe d'une réduction possible

À noter préalablement que selon la conception de la LPP, la rente d'invalidité n'est pas remplacée par une rente de vieillesse lorsque l'assuré atteint l'âge AVS, mais elle continue d'être versée jusqu'au décès du bénéficiaire (art. 26 al. 3 LPP). Les institutions de prévoyance peuvent s'écarter de ce principe en prévoyant dans le règlement que la rente d'invalidité est limitée jusqu'à ce que l'assuré atteigne la limite d'âge et qu'elle est ensuite remplacée par la rente de vieillesse. Si une telle disposition est prévue, la question de la réduction ne se pose pas étant donné l'art. 24 OPP 2 qui ne prévoit que la possibilité de réduire les rentes d'invalidité et de survivants mais pas les rentes de vieillesse. Or, si la rente d'invalidité continue de courir après l'entrée de l'assuré en âge AVS, alors la question de la réduction se pose bel et bien.

Suite à divers jugements contradictoires rendus ces derniers temps, le Tribunal fédéral a clarifié la question dans une récente décision de principe. Dans son jugement du 24.11.2008 (135 V 39), il a statué que les rentes d'invalidité versées selon la LPP demeuraient formellement des rentes d'invalidité même après l'entrée de

l'assuré en âge AVS, et que – contrairement aux rentes de vieillesse – elles étaient susceptibles d'être réduites en cas de surindemnisation.

Pas de prise en compte des rentes AVS lors du calcul de la surindemnisation

Mais parallèlement, le Tribunal a également décidé que les rentes AVS – contrairement aux rentes AI – ne pouvaient pas être prises en compte dans le calcul d'une éventuelle surindemnisation; et ce conformément à l'énoncé de l'art. 24 OPP 2 selon lequel seules peuvent être prises en compte des prestations „d'un type et d'un but analogues qui sont accordées à l'ayant droit en raison de l'événement dommageable“; l'ordonnance détermine ainsi le principe de la congruence matérielle et événementielle; les rentes AVS sont versées en fonction de l'âge qui constitue l'événement assuré, et non par suite de la survenance d'une invalidité; elles seraient également versées si l'événement dommageable (l'invalidité) n'était pas survenu; c'est pourquoi les rentes AVS ne sont pas à prendre en compte, conformément à ce que prévoit clairement l'art. 24 al. 2 OPP 2 (jugement du 19.12.2008; 135 V 29).

Au final, la pratique conduit donc à ce que les rentes d'invalidité de la LPP soient certes théoriquement susceptibles d'être réduites après l'entrée de l'assuré en âge AVS, mais dans la pratique elles ne peuvent être réduites que si la personne touche, outre une rente d'invalidité de la LPP, également une importante rente d'invalidité de l'assurance-accidents; car conformément au règlement actuellement en vigueur, les rentes d'invalidité selon la LAA sont, elles aussi, versées au-delà de l'âge AVS.

Georges Pestalozzi-Seger