

## Résumés des jurisprudences récentes en matière de sécurité sociale (publiées ou mises en ligne d’avril 2017 à mai 2019)

Me Corinne Monnard Séchaud \*

I.	Dispositions générales	2
II.	Coordination	4
III.	Procédure	5
IV.	Droit international	11
V.	Assurance-maladie	14
VI.	Assurance-vieillesse et survivants	20
VII.	Prévoyance professionnelle	24
VIII.	Assurance-invalidité	28
IX.	Prestations complémentaires AVS/AI	41
X.	Assurance-accidents	43
XI.	Allocations familiales	47
XII.	Aide sociale	49
XIII.	Assurance-chômage	49
XIV.	Assurance-maternité et allocations perte de gain	54
XV.	Assurance militaire	54
XVI.	Modifications législatives	56

---

\* Avocate au barreau, spécialiste FSA responsabilité civile et droit des assurances, à Lausanne

## **I. Dispositions générales**

### **ATF 145 II 2 (2C\_68/2018)**

Le TF rappelle les critères déterminants pour apprécier si le versement d'un capital à un employé doit être assimilé à un versement en capital provenant d'une institution de prévoyance au sens de l'art. 17 al. 2 LIFD et, ainsi, bénéficiaire du taux d'imposition privilégié de l'art. 38 LIFD. En l'occurrence, l'indemnité de départ convenue entre le recourant et son employeur à la suite d'une prolongation du contrat de travail après l'âge de la retraite, en contrepartie d'une réduction de salaire, ne présente pas de lien étroit avec la prévoyance professionnelle, de sorte qu'elle ne peut pas profiter d'un taux d'imposition privilégié.

L'indemnité de départ en cause ne bénéficie pas non plus du taux particulier prévu à l'art. 37 LIFD pour les versements uniques opérés en remplacement de prestations périodiques, car un tel taux ne s'applique pas lorsque le contribuable a lui-même souhaité que ses créances soient payées de manière différée sous forme de capital.

### **ATF 145 V 75 (8C\_630/2018)**

Le TF a considéré qu'un assuré invalide à 100 %, au bénéfice d'une rente AI entière, doit voir pris en compte, dans le calcul de sa rente complémentaire LAA, la rente pour enfant versée par l'AI directement à son enfant majeur qui débute une seconde formation, ceci quand bien même l'obligation d'entretien au sens du droit civil n'existe plus.

### **Arrêt (du TF) 2C\_32/2017 du 22 décembre 2017**

La clinique CORELA recourrait à des médecins qui n'avaient pas d'autorisation de pratiquer. Par ailleurs, son médecin répondant, psychiatre de formation, modifiait de manière substantielle le contenu d'expertises psychiatriques à l'insu de leur auteur ou sans son accord et cela, sans avoir vu les expertisés. L'autorité cantonale prononce un retrait de l'autorisation d'exploitation pour une durée de 3 mois. La clinique recourt contre cette sanction au motif qu'il s'agit d'une restriction illégale de sa liberté économique. Le TF considère ce grief infondé. En effet, toutes les conditions de l'article 36 Cst sont remplies : la sanction repose sur une base légale suffisante, à savoir l'art. 130 al. 2 de la loi genevoise sur la santé. L'intérêt public est manifeste compte tenu du fait que les expertises pratiquées ont un poids déterminant pour de nombreux justiciables. S'agissant de sa proportionnalité, la sanction n'est en aucun cas trop incisive. Il n'aurait d'ailleurs pas été exclu de prendre une mesure plus contraignante compte tenu des très importants manquements constatés dans la gestion de la clinique et en particulier des graves violations des devoirs professionnels incombant à une personne responsable d'un tel établissement.

La cause est renvoyée à l'instance précédente pour qu'elle se prononce sur le retrait de l'autorisation en ce qui concerne l'activité de soins ambulatoires, étant précisé que l'instance cantonale ne traite pas cette activité de la clinique.

### **Arrêt (du TF) 8C\_657/2017 du 14 mai 2018**

Compte tenu des pratiques de la Clinique Corela, mises à jour dans le cadre de l'affaire ayant donné lieu à l'arrêt 2C\_32/2017 du 22.12.2017, on ne peut accorder pleine confiance aux conclusions d'une expertise (monodisciplinaire) pratiquée au sein du « département expertise » de la clinique. C'est donc à juste titre que les premiers juges s'en sont écartés.

Le TF admet que la validité de toutes les expertises réalisées par cette clinique (aujourd'hui MedLex SA) sont définitivement entachées.

**Arrêt (du TF) 4A\_254/2017 du 9 avril 2018**

Le TF se pose la question de savoir si, en soi, une modification de la jurisprudence constante du TF en matière de taux de capitalisation se justifie en l'espèce. Or, au principe général de la prévisibilité et à celui de la sécurité juridique qui motivent cette jurisprudence, s'ajoute dans le cas présent la nécessité concrète pour les parties au procès portant sur le dommage direct de pouvoir au moment de sa liquidation estimer à quel montant il faudra s'attendre en matière de prétentions récursoires. Or, précisément, les prétentions directes ont été dans ce cas précis d'ores et déjà liquidées sur la base de la jurisprudence actuelle, si bien qu'il serait contraire au principe de la sécurité du droit et de la prévisibilité de traiter les prétentions récursoires sur une autre base. En d'autres termes, même s'il devait apparaître indiqué, sur la base du temps écoulé depuis l'arrêt de principe de 1999, d'examiner une nouvelle fois le taux de capitalisation, et même si l'on devait considérer avec la SUVA qu'il existe aujourd'hui des indices suffisants pour considérer qu'un revenu effectif de 3,5 % sur un capital d'indemnisation n'est plus réalisable dans un futur proche, il n'est pas possible de procéder à une telle modification de jurisprudence dans un cas où une partie du dommage a d'ores et déjà été réglée sur la base du taux actuel de capitalisation.

Si l'assureur social veut remettre en question le taux de capitalisation, il lui appartient de faire en sorte que cette question soit traitée dès le début du règlement du cas, cas échéant par le biais d'une intervention accessoire (art. 74 CPC) dans le procès intenté par le lésé direct contre le responsable.

**Arrêt (du TF) 12T\_1/2018 du 26 juin 2018**

En l'espèce, une décision de refus de prestations AI par l'OAIE a fait l'objet d'un recours au Tribunal administratif fédéral. 28 mois après l'échange d'écritures, l'assuré a déposé une plainte au TF au vu de la longueur de la procédure. Le TF a considéré qu'au vu des circonstances particulières de la cause, qui ne présentait pas de difficultés particulières, le Tribunal administratif fédéral avait violé le principe de célérité consacré par l'article 29 al. 1 de la Constitution fédérale. Toutefois, le TAF ayant pris les mesures nécessaires, soit la mise en oeuvre d'une expertise médicale, le TF n'a pas donné suite à la plainte.

**Arrêt (du TF) 8C\_817/2017 du 31 août 2018**

Les articles 61 let. b LPGA et 10 al. 5 OPGA, qui prévoient l'octroi d'un délai supplémentaire pour régulariser un acte de recours respectivement une opposition, visent avant tout à protéger l'assuré sans connaissances juridiques qui, dans l'ignorance des exigences formelles de recevabilité, dépose une écriture dont la motivation est inexistante ou insuffisante peu avant l'échéance du délai de recours ou de l'opposition, pour autant qu'il en ressorte clairement que son auteur entend obtenir la modification ou l'annulation d'une décision le concernant et sous réserve de situations relevant de l'abus de droit.

En cas de représentation, l'octroi d'un délai supplémentaire en application des dispositions précitées s'impose uniquement dans la situation où l'avocat ou le mandataire professionnellement qualifié ne dispose plus de suffisamment de temps à l'intérieur du délai légal non prolongeable du recours, respectivement de l'opposition, pour motiver ou compléter la motivation insuffisante de l'écriture initiale.

Dans le cas d'une décision portant sur deux objets, il suffit néanmoins qu'il soit possible de déduire des conclusions de l'opposant interprétées au regard des griefs formulés une volonté de contester l'un et l'autre des objets.

**Arrêt (du TF) 9C\_248/2018 du 19 septembre 2018**

Le fait pour un juge d'avoir participé à la décision sur effet suspensif ou en matière d'assistance judiciaire dans la cause qui est pendante devant le TF ne suffit pas à justifier sa récusation.

**Arrêt (du TF) 8C\_546/2018 du 9 octobre 2018**

Le droit aux dépens prévu par l'article 61 let. g LPGA n'est pas réservé aux personnes assurées qui se font représenter par un avocat. Dès lors qu'il s'agit d'un représentant autorisé (qui peut par exemple

être un juriste non avocat, une fiduciaire, un syndicat, une association caritative, un médecin ou divers spécialistes) et que son travail s'est avéré utile, le droit aux dépens est donné.

## II. Coordination

### ATF 143 V 312 (9C\_176/2017)

Un enfant souffre d'un trouble congénital de l'urètre ayant nécessité une intervention chirurgicale, alors qu'il avait un an. L'assureur LAMal prend en charge l'opération. Les parents de l'enfant déposent une demande à l'AI en invoquant une maladie congénitale. L'Office AI a limité la prise en charge des mesures médicales aux prestations allouées depuis 12 mois avant le dépôt de la demande et a refusé le remboursement des autres prestations allouées par l'assureur LAMal au titre de prise en charge provisoire au sens de l'article 70 LPGa. L'Office AI se prévalait de l'article 48 al. 1 LAI. Les prestations arriérées sont allouées à l'assuré pour des périodes plus longues aux conditions de l'article 48 al. 2 LAI.

Le point de départ du délai de douze mois prévu par l'art. 48 al. 2 let. a LAI est déterminé uniquement par le moment de la prise de connaissance par la caisse-maladie concernée; la connaissance antérieure de l'assuré, respectivement de ses parents, ne peut pas lui être opposée. En l'occurrence, l'assureur LAMal n'a eu connaissance des faits qu'en février 2014, et ce dernier a demandé le remboursement à l'AI en août 2014, soit dans le délai de 12 mois dès la connaissance des faits. C'est donc l'article 48 al. 2 let. b LAI qui doit trouver application et les prestations arriérées doivent être allouées à l'assuré pour une période plus longue car l'assuré a fait valoir son droit dans un délai de douze mois à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de ces faits.

### ATF 144 V 202 (8C\_113/2018)

Lorsque le gain assuré est adapté avec effet rétroactif en application de l'art. 40b OACI, les délais d'attente (art. 18 LACI) et le montant de l'indemnité journalière (art. 22 LACI) sont également concernés par ce nouvel examen rétroactif (confirmation de la jurisprudence 8C\_746/2014 du 23 mars 2015). La directive du SECO dans le Bulletin LACI IC C108d est donc contraire au droit fédéral en tant qu'elle prévoit que même une modification du gain assuré avec effet rétroactif selon l'art. 40b OACI ne modifie pas le délai d'attente général (art. 18 al. 1 LACI).

En cas d'incapacité de travail de 100 % et de versement d'une indemnité journalière complète de l'assurance-accidents, il n'y a pas de droit à l'assurance-chômage. Dans cette constellation, il ne peut pas y avoir (encore) d'ouverture du délai-cadre, puisque c'est le premier jour où toutes les conditions du droit à l'indemnité sont réunies qui sert de référence pour la fixation des délais-cadres (art. 9 al. 2 LACI).

### ATF 145 V 57 (9C\_343/2018)

En vertu de l'art. 14bis, 1re phrase, LAI, les frais des traitements entrepris de manière stationnaire au sens de l'art. 14 al. 1 et 2 LAI, dans un hôpital admis en vertu de l'art. 39 LAMal sont pris en charge à hauteur de 80 % par l'assurance-invalidité et de 20 % par le canton de résidence de l'assuré. Un hôpital est admis notamment s'il figure sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats (art. 39 al. 1 let. e LAMal). Le renvoi de l'art. 14bis LAI se rapporte aussi à l'exigence, prévue par la disposition de la LAMal, d'un hôpital (répertorié) disposant d'un mandat de prestations pour le traitement en cause. Le point de savoir s'il doit s'agir d'un hôpital inscrit sur la liste d'un quelconque canton en Suisse ou sur celle du canton entrant en considération n'a pas été exhaustivement examiné à défaut d'un mandat de prestations.

**Arrêt (du TF) 8C\_791/2016 du 27 janvier 2017**

Règle de coordination entre assurance-chômage, assurance perte de gain maladie et assurance-invalidité. Dans la mesure où la question du taux d'invalidité au mois de juin 2015 n'avait pas encore été tranchée par l'assurance-invalidité, il incombait à l'assurance-chômage de prendre en charge provisoirement les prestations.

**Arrêt (du TF) 8C\_27/2017 du 22 mars 2017**

La LPGA ne prévoit pas de disposition permettant de coordonner les indemnités journalières de l'assurance-chômage et celles de l'assurance-invalidité. La question est réglée par la jurisprudence, soit l'arrêt du TF 9C\_942/2009.

**Arrêt (du TF) 9C\_327/2017 du 7 septembre 2017**

Lorsqu'une institution de prévoyance professionnelle de droit privé décide d'étendre la prévoyance au-delà des exigences minimales, les employés assurés sont liés par un contrat sui generis dit « de prévoyance ». Une application par analogie des dispositions de la LAI est également prévue, de sorte que l'article 29 al. 1 LAI trouve application.

**Arrêt (du TF) 8C\_421/2018 du 28 août 2018**

Lorsque le traitement médical est nécessaire en raison d'une atteinte à la santé partiellement imputable à un accident, il appartient à l'assurance-accidents de prester et non pas à l'assurance-invalidité, même si les frais médicaux sont en l'occurrence pris en charge par la caisse-maladie conformément à l'art. 1a al. 2 let. b LAMal en raison du fait qu'il s'agit d'un assuré mineur qui n'exerce pas d'activité professionnelle.

**III. Procédure****ATF 142 III 599 (5A\_547/2015)**

Articles 34 ss et 49 LPGA: l'assureur-maladie peut communiquer ses décisions, qui portent sur la levée d'une opposition, par courrier A Plus.

**ATF 143 V 66 (8C\_814/2016)**

L'objection d'incompétence à raison du lieu d'un office AI doit être soulevée sans délai, sous peine de péremption (article 5 al. 3 Cst, article 55 al. 1 LAI et article 40 al. 3 RAI, article 7 LPGA).

**ATF 143 V 71 (8C\_372/2016)**

Le délai fixé à l'art. 73ter al. 1 RAI (observations) est un délai d'ordre qui peut être prolongé pour de justes motifs. Ceci en vue de préserver le droit d'être entendu prévu aux articles 29 al. 2 Cst et 57a al. 1 LAI.

**ATF 143 V 105 (8C\_721/2016)**

Art. 53 al. 1 LPGA, art. 67 al. 1 PA en lien avec l'art. 55 al. 1 LPGA: Début du délai de 90 jours pour faire valoir un motif de révision: le délai commence à courir à partir du moment de la connaissance du motif de révision, soit en l'espèce dès la connaissance par la CNA de la décision du TF.

**ATF 143 V 124 (8C\_747/2016)**

Art. 43 al. 1 et art. 61 let. c LPGA: valeur probante d'une expertise pluridisciplinaire sans consilium de synthèse; référence à une expertise partielle.

La force probante d'une expertise pluridisciplinaire n'est pas automatiquement déniée du fait qu'une expertise partielle qui la compose est défectueuse.

**ATF 143 V 241 (8C\_83/2016)**

La femme divorcée ne doit pas restituer, selon l'art. 25 al. 1 LPGA, la part de la rente d'invalidité induite qu'elle a perçue en tant que créancière de l'obligation d'entretien dans le cadre d'un avis aux débiteurs ordonné par le juge civil (art. 132 al. 1 CC) après que le droit aux prestations du mari divorcé a été supprimé avec effet rétroactif.

En cas de suppression du droit à la rente du mari divorcé en raison d'une violation de l'obligation de renseigner, la mère est en revanche tenue, en sa qualité de représentante légale du fils, de restituer la rente pour enfant complémentaire qu'elle a perçue dans le cadre d'un avis aux débiteurs ordonné par le juge civil (art. 291 CC). Confirmation de la jurisprudence 8C\_625/2012 du 1<sup>er</sup> juillet 2013.

**ATF 143 V 249 (8C\_479/2016)**

Le délai fixé par l'assureur, respectivement par le juge de première instance, peut être prolongé pour des motifs pertinents si la partie en fait la demande (articles 43 al. 3 et 61 let. b LPGA). Lorsqu'elle octroie un délai supplémentaire pour régulariser un acte de recours au sens de l'article 61 let. b LPGA, l'autorité cantonale doit tenir compte du fait que le destinataire bénéficie d'un délai de 7 jours pour retirer un acte remis contre signature.

**ATF 143 V 269 (8C\_113/2017)**

Revirement de jurisprudence définie à l'ATF 139 V 496. La jurisprudence existante permettait, sur la base de l'article 45 LPGA, de mettre les coûts d'une expertise judiciaire à la charge de l'assureur. Les frais d'une expertise judiciaire confiée à un COMAI étaient fixés sur la base du tarif établi par l'OFAS et intégré aux contrats de droit administratif passés avec les établissements désireux de fonctionner comme COMAI. Le TF reconnaît que cette jurisprudence contrevenait à la répartition des compétences entre cantons et Confédération en matière d'organisation judiciaire. Les cantons sont désormais libres de fixer cette rémunération.

**ATF 143 V 321 (9C\_12/2017)**

Un contrat de prévoyance préformulé doit être interprété selon le principe de la confiance. Le TF ne s'est pas considéré comme compétent car une éventuelle responsabilité en raison d'une diminution de l'avoir disponible n'est pas une question de droit. En effet, des questions (litigieuses), qui sont inséparables et directement liées à celles d'une éventuelle responsabilité, ne doivent pas être clarifiées par la voie de la procédure devant l'autorité de surveillance et ne peuvent donc pas être prises en compte dans la procédure de liquidation partielle.

**ATF 143 V 363 (9C\_18/2017)**

L'article 58 LPGA définit l'autorité de recours cantonale dans le cadre d'une décision relative à des prestations complémentaires. C'est le tribunal du canton de domicile de l'assuré qui est compétent. En l'espèce, la bénéficiaire des soins, titulaire du droit au remboursement, est décédée. Partant, la fille de la défunte, recourante dans ce cas, devait agir devant le tribunal du canton de domicile de sa défunte mère en vertu de son statut de successeur universel.

**ATF 143 V 418 (8C\_130/2017)**

Changement de jurisprudence. Article 4 al. 1 LAI en liaison avec les articles 6 à 8 LPGA (en particulier l'art. 7 al. 2 LPGA). En règle générale, toutes les affections psychiques doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'arrêt ATF 141 V 281.

Précision de jurisprudence. Il est erroné de qualifier de légère une affection au motif que son diagnostic ne dépend pas de son degré de gravité et que déjà pour cette raison il faut nier qu'elle entraîne une diminution de la capacité de travail déterminante du point de vue du droit des assurances.

Le considérant 4.3.1.3 de l'arrêt ATF 141 V 281 doit être précisé et doit être compris en ce sens qu'indépendamment de leur diagnostic, des troubles entrent déjà en considération en tant que

comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources.

**ATF 144 V 153 (8C\_440/2017)**

Clarification de jurisprudence : compte tenu du but et de la systématique de l'art. 61 let. d LPGA, cette disposition ne signifie pas qu'un tribunal cantonal des assurances ne peut procéder à une reformatio in pejus d'une décision attaquée que si celle-ci est sans nul doute erronée et que sa correction revêt une importance notable.

**ATF 144 V 258 (9F\_5/2018)**

Art. 123 al. 2 let. a LTF : le retrait de l'autorisation d'exploiter le « département expertise » de la Clinique Corela (cf. arrêt 2C\_32/2017) constitue un motif de révision d'un arrêt dans lequel la IIe Cour de droit social avait statué en se fondant uniquement sur une expertise psychiatrique émanant de cette institution (arrêt 9C\_587/2016).

Le TF a admis la demande de révision en relevant que les très importants manquements constatés (modification et signature de dizaines d'expertises par le responsable médical du département « expertise » sans avoir vu les expertisés et sans l'accord de l'expert) soulevaient de sérieux doutes quant à la manière dont ces expertises avaient été effectuées au sein de la clinique Corela et portaient atteinte à la confiance que les personnes assurées et les organes de l'assurance-invalidité étaient en droit d'accorder à l'institution chargée de l'expertise.

**ATF 144 V 313 (8C\_872/2017)**

Un for au siège de la succursale, en tant que domicile du dernier employeur suisse, est compatible avec l'art. 58 al. 2 LPGA, lorsqu'il constitue pour le litige un point de rattachement prépondérant.

**ATF 145 V 90 (8C\_239/2018)**

L'envoi de la liste des recherches d'emploi à l'autorité par courrier électronique est admissible. Dans un tel cas, il incombe à l'assuré d'apporter la preuve que la liste est arrivée au plus tard le dernier jour du délai dans la sphère de contrôle de l'autorité.

**Arrêt (du TF) 8C\_455/2016 du 10 février 2017**

Un acte de recours contre une décision sur opposition de l'assurance-chômage transmis par voie électronique au tribunal cantonal des assurances sociales du canton du Valais est irrecevable en raison de l'absence de base légale autorisant l'usage d'un tel moyen de communication (articles 55 al. 1bis LPGA, 21a PA et 130 CPC).

**Arrêt (du TF) 9C\_176/2016 du 21 février 2017**

Confirmation de jurisprudence (ATF 142 V 94) selon laquelle la compétence des cantons en matière de financement résiduel des coûts de soin est large.

**Arrêt (du TF) 5A\_432/2016 du 27 février 2017**

Un décompte de prime ne vaut titre à la mainlevée définitive que s'il fait référence à une décision de classement dans le tarif des primes (article 124 OLAA) entrée en force. Ceci a été nié en l'espèce.

**Arrêt (du TF) 9C\_485/2016 du 21 mars 2017**

Il n'est pas contraire au droit fédéral de fixer des dépens plus bas lorsque l'assuré est représenté par un conseiller juridique qui n'est pas avocat (Fr. 145.- de l'heure v. Fr. 220.-). Des dépens ne sont pas alloués pour la procédure d'opposition, principe qui ne peut être contourné par une demande d'assistance judiciaire au sens de l'art. 37 al. 4 LPGA dès lors que seul des avocats peuvent alors être désignés comme représentants professionnels.

**Arrêt (du TF) 9C\_38/2017 du 21 mars 2017**

Le retrait de l'effet suspensif dont l'office AI assortit une décision supprimant ou réduisant, au terme d'une procédure de révision, le droit à la rente d'un assuré, est maintenu en cas de renvoi de la cause à l'office par le tribunal cantonal des assurances, jusqu'à ce que l'office AI rende une nouvelle décision. Cela vaut également si la première décision était manifestement entachée d'un vice de forme.

**Arrêt (du TF) 8C\_794/2016 du 28 avril 2017**

La maxime d'office à laquelle est soumise la procédure en matière d'assurances sociales, tant au niveau interne (art. 43 al. 1 LPGa) que devant les tribunaux cantonaux (art. 61 lit. c LPGa) exclut par principe la notion de fardeau de la preuve. Ce n'est que dans la mesure où les investigations conduites par l'assureur social respectivement par le tribunal, n'ont pas permis d'établir un état de fait qui paraisse, au stade de la vraisemblance prépondérante, correspondre à la réalité, que les principes de l'art. 8 CC s'appliquent, à savoir que l'absence de preuve d'un fait nuit à celui qui veut en déduire un droit.

**Arrêt (du TF) 9C\_726/2016 du 17 août 2017**

Une communication au recourant concernant les déterminations finales de l'autorité intimée, assortie de l'information que l'échange d'écritures étaient clos et que des déterminations non sollicitées par le tribunal seraient écartées du dossier, sous la menace de sanctions de l'article 60 PA en cas de trouble de la marche des affaires, viole le droit de réplique du recourant.

**Arrêt (du TF) 9C\_511/2017 du 6 septembre 2017**

Si la décision de restitution est adressée à un destinataire qui n'est en réalité pas soumis à l'obligation de restitution, le délai de l'article 25 al. 2 LPGa n'est pas respecté. Dans cet arrêt, le TF a admis le recours de l'assuré et annulé la décision cantonale ordonnant le remboursement des rentes indûment versées, en considérant que la demande de restitution était périmée.

En effet, le délai de péremption d'une année de l'art. 25 al. 2 LPGa était ici déjà échu lorsque l'autorité compétente, après avoir requis dans un premier temps (à tort) la restitution des rentes litigieuses en mains de la mère (alors que celle-ci n'était qu'un simple organe d'encaissement pour sa fille si bien qu'elle ne pouvait être soumise à l'obligation de restituer), a ensuite requis directement de l'orpheline majeure la restitution des rentes indûment versées.

**Arrêt (du TF) 8C\_247/2017 du 18 septembre 2017**

Les conditions d'application de l'article 78 al. 1 LPGa ont déjà été traitées à plusieurs reprises par le TF. Il ne s'agit donc pas d'une question juridique de principe. De plus, la responsabilité de l'article 78 al. 1 LPGa est une responsabilité causale qui vise à protéger les intérêts des organes d'exécution concernés.

**Arrêt (du TF) 9C\_174/2017 du 3 octobre 2017**

L'ex-épouse d'un rentier AI qui perçoit directement, avec l'accord de son ex-conjoint, les rentes complémentaires pour enfants, commet une faute grave si elle n'annonce pas de son propre chef le divorce à la caisse de compensation qui sert les rentes. L'argument selon lequel la décision initiale l'enjoignant à annoncer toute modification de son état civil lui a été notifiée en allemand et non en français n'est pas recevable. Selon le TF, il lui appartenait de signaler à l'office AI qu'elle ne comprenait pas l'allemand et qu'elle souhaitait recevoir une traduction de la décision en français.

**Arrêt (du TF) 9C\_763/2016 du 9 octobre 2017**

Le TF rappelle que les conditions qui doivent être réunies pour qu'un assureur social soit fondé à ne pas entrer en matière sur une demande de prestations lorsque l'assuré ne satisfait pas à son obligation de renseigner, sont très strictes (c. 2.2). On ne peut déduire de la répartition du fardeau de la preuve des obligations de renseigner qui n'existent ni dans la loi ni en raison du principe de la bonne foi.



**Arrêt (du TF) 9C\_342/2017 du 29 janvier 2018**

Un rapport de surveillance par un détective privé est insuffisant pour fonder la révision du droit à une rente AI. En effet, ce rapport doit être renforcé par des données médicales. Au surplus, l'évaluation du matériel d'observation par un médecin du SMR est insuffisante pour juger des troubles psychiques. En effet, des photographies, ou même des vidéos, ne permettent pas, à elles seules, de conclure à l'amélioration de troubles psychiques (en l'espèce un trouble de la personnalité borderline et narcissique, associé à un trouble dépressif récurrent), d'autant plus que les périodes d'observation ont été très brèves.

**Arrêt (du TF) 8C\_580/2017 du 9 février 2018**

Le tribunal cantonal des assurances doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise judiciaire en cas d'incertitude sur l'état de fait, et non renvoyer l'affaire à l'assureur social.

**Arrêt (du TF) 9C\_646/2017 du 9 mars 2018**

Le rapport juridique entre l'assureur social et la personne assurée qui repose sur une décision rendue en application de la procédure simplifiée selon l'article 51 al. 1 LPGA acquiert force de chose jugée si l'assuré ne manifeste pas, dans un délai d'examen et de réflexion convenable, son désaccord avec la solution adoptée ou sa volonté de voir statuer sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours (art. 51 al. 2 LPGA). En présence d'une telle réaction, l'assureur doit alors rendre une décision formelle. La durée du délai d'examen et de réflexion convenable varie selon les circonstances du cas d'espèce, mais ne saurait en aucun cas être supérieure à une année.

**Arrêt (du TF) 8C\_204/2018 du 27 avril 2018**

Lorsque la personne assurée a obtenu l'assistance judiciaire au début de la procédure devant le tribunal cantonal des assurances, ce dernier doit statuer sur ce point, notamment sur le montant de l'indemnité d'office due au défenseur, y compris en cas de retrait du recours.

**Arrêt (du TF) 8C\_135/2018 du 7 septembre 2018**

L'annulation rétroactive de l'assistance judiciaire nécessite une base légale, tout comme l'obligation de rembourser ultérieurement les prestations reçues. Or, comme le TF l'a jugé récemment, la LPGA ne contient pas une telle base légale (ATF 144 V 97).

**Arrêt (du TF) 8C\_804/2017 du 9 octobre 2018**

Dans le cas d'indemnités de chômage perçues à tort, compensées avec des indemnités dues, l'extinction de la créance en restitution par voie de compensation ne peut intervenir qu'une fois qu'il a été statué définitivement sur la restitution et sur une éventuelle demande de remise de l'obligation de restituer. L'opposition et le recours ont un effet suspensif (articles 94 al. 1 LACI et 25 al. 1 LPGA). Ainsi, une compensation immédiate et sans condition avec des prestations en cours ne peut pas intervenir.

**Arrêt (du TF) 9C\_516/2018 du 17 octobre 2018**

Si des symptômes pourraient être fortement incapacitants pour une personne qui ne dispose pas des ressources intellectuelles pour y faire face dans le cadre d'une procédure AI, il est opportun de nommer le conseil déjà actif dans une procédure parallèle contre l'assurance-accidents au lieu de faire appel à un assistant social ou à un autre organisme de protection des intérêts des assurés. En effet, le fait de nommer un assistant social représenterait une perte de temps et des frais supplémentaires inutiles.

**Arrêt (du TF) 9C\_440/2018 du 22 octobre 2018**

Dans la procédure non contentieuse d'instruction d'une demande de prestations d'assurance sociale, le droit à l'assistance juridique est reconnu à des conditions restrictives. Si la procédure d'instruction de la demande de prestations se caractérise par sa durée importante, que la situation présente une certaine

complexité notamment sur le plan médical, que des questions importantes se posent avec la méthode d'évaluation du taux d'invalidité, ceci justifie le droit à l'assistance juridique gratuite.

#### **Arrêt (du TF) 8C\_586/2018 du 6 décembre 2018**

Faute de base légale, les assureurs sont libres dans le choix du mode d'expédition des décisions (courrier A, A Plus ou recommandé). Dans le cas d'une lettre non recommandée, la livraison est effectuée dès qu'elle se trouve dans la boîte aux lettres ou dans la case postale du destinataire.

#### **Arrêt (du TF) 8C\_446/2018 du 18 décembre 2018**

En principe, un office AI condamné par le tribunal cantonal à prendre à sa charge les frais d'une expertise COMAI n'a pas à payer les frais afférents à l'annulation d'un rendez-vous. Le fait que la facture détaillée ne lui ait été transmise qu'après la notification du jugement viole son droit d'être entendu.

#### **Arrêt (du TF) 8C\_774/2018 du 30 janvier 2019**

Le TF admet la recevabilité d'un recours dirigé contre une décision incidente refusant la restitution de l'effet suspensif demandée par le recourant devant le tribunal cantonal des assurances dans le cadre d'un recours contre une décision rendue par l'office AI lui ordonnant de se soumettre à une expertise. Le TF considère que le fait que l'office AI puisse contraindre l'assuré, en application de l'art. 43 al. 3 LPG, à se soumettre à une expertise médicale sans qu'un tribunal ait statué, matériellement, sur le bien-fondé de l'expertise ou sur le respect des droits de participation, représente un préjudice difficile à réparer.

Le TF admet qu'en l'espèce, l'intérêt de l'assuré à faire usage de ses droits de participation et autres garanties de procédure l'emportait sur celui de l'assureur social, d'autant plus que ce dernier pouvait de toute manière suspendre le droit aux prestations dans l'intervalle, de sorte que ses intérêts financiers étaient sauvegardés.

#### **Arrêt (du TF) 9C\_623/2018 du 21 février 2019**

L'office AI réclame la restitution, pour les mois de février à septembre 2016, de rentes par Fr. 3'408.- (soit 8 x Fr. 426.-) à une bénéficiaire d'une rente pour enfant.

Le TF rappelle que la question en droit qu'il avait à examiner ici était celle de savoir si, pour invoquer sa bonne foi selon l'art. 25 al. 1 LPG, la bénéficiaire de la rente pour enfant avait, pour la période allant de février à septembre 2016, fait preuve de l'attention exigible de la part d'une personne ayant droit à une rente pour enfant. Or, étant donné que le TF voit que le seul élément qui parlerait en faveur d'un défaut d'attention de la bénéficiaire de la rente proviendrait de la lettre que l'office AI dit lui avoir envoyée, le 2 février 2006, il considère qu'il n'y a pas lieu de tenir compte de cet élément, puisque l'office AI n'a pas, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, réussi à prouver que la bénéficiaire de la rente avait bel et bien reçu sa lettre non recommandée du 2 février 2016 ; la règle étant, dans ce genre de cas, que la personne visée est réputée n'avoir, effectivement, pas reçu la lettre qu'elle a dit n'avoir pas reçue.

#### **Arrêt (du TF) 8C\_204/2018 du 27 avril 2018**

Suite à un recours au Tribunal cantonal des assurances sociales sur une décision insatisfaisante de l'AI, le recourant a obtenu l'assistance judiciaire et a donc été exonéré des frais de justice ainsi que de ses frais d'avocat. Toutefois, suite à une menace de *reformatio in pejus*, le recours a été retiré. La procédure a donc été annulée et la demande d'indemnisation rejetée. L'avocat du recourant a déposé un recours au TF en son propre nom, s'agissant du refus de l'assistance judiciaire. Le recours a été admis, le TF considérant que le Tribunal cantonal avait violé son obligation de motiver.

**Arrêt (du TF) 9C\_852/2017 du 25 juin 2018**

Dans le cadre d'un recours au Tribunal cantonal des assurances sociales sur une décision insatisfaisante de l'organe PC, une requête d'assistance judiciaire a été déposée. Toutefois, la personne est décédée. Sa succession a été répudiée et liquidée par la voie de la faillite. Le TC considère que la demande d'assistance judiciaire devient sans objet. Le TF admet le recours de l'avocat de la personne assurée dès lors qu'il a un intérêt digne de protection à obtenir une décision, qu'elle soit positive ou négative.

**IV. Droit international****ATF 143 V 1 (9C\_542/2016)**

Confirmation de jurisprudence (arrêt (du TF) 9C\_337/2016 du 17 novembre 2016). Les articles 4 et 17 ss du Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale posent des questions au niveau suisse, plus précisément concernant les conditions d'assurance en relation avec des mesures de réadaptation dans le cas d'enfants de frontaliers travaillant en Suisse.

L'article 9 al. 2 LAI, qui soustrait à l'assujettissement à l'assurance-invalidité suisse les enfants de frontaliers actifs en Suisse qui n'y sont pas domiciliés mais qui sont obligatoirement soumis à l'assurance-maladie, reste valable dans le cadre du Règlement n° 883/2004 et est conciliable avec l'article 4 en particulier.

La question de savoir ce qu'il en serait si l'enfant n'avait pas été assuré à l'AOS en Suisse ou à un régime permettant une prise en charge équivalente à l'étranger reste ouverte.

**ATF 143 V 52 (9C\_224/2016)**

Article 11 par. 1 et 3 let. a, e et article 32 du Règlement (CE) n° 883/2004 et articles 6 et 95a let. a LAMal, article 1 al. 1 et 2 let. d et f et 2 al. 1 let. c, d et e OAMal: Assujettissement à l'assurance-maladie de membres de la famille d'un ressortissant polonais travaillant comme saisonnier en Suisse.

**ATF 143 V 77 (9C\_297/2016)**

Le TF examine si la confirmation par l'instance précédente de la suppression de la rente est compatible avec la mise en œuvre de l'arrêt CourEDH di Trizio c. Suisse du 2 février 2016. Le TF estime que lorsque seuls des motifs familiaux entrent en cause pour la modification du statut d'actif à temps complet à actif à temps partiel, il est renoncé à la suppression ou la diminution de la rente invalidité au sens de l'article 17 al. 1 LPGa. Le statut que la personne assurée avait jusque là pour l'évaluation de l'invalidité doit être maintenu.

Le TF a examiné le droit à la rente selon les dispositions finales de la 6e révision de l'AI, premier volet.

**ATF 143 V 81 (9C\_307/2016)**

Confirmation de jurisprudence: les prestations complémentaires de la LPC entrent dans le champ d'application de l'Annexe II de l'ALCP et de ses Règlements, en particulier à la lumière du nouveau Règlement (UE) n° 465/2012. Outre la condition de la nationalité ou du statut familial, un lien transfrontalier est nécessaire. Le lien transfrontalier est uniquement donné en cas d'exercice d'un droit propre à la libre circulation sur le territoire d'un Etat membre.

**ATF 143 V 354 (9C\_97/2017)**

Application du Règlement (CE) n° 883/2004 pour un enfant bolivien du conjoint d'un ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne. Cependant, l'enfant du conjoint n'entre pas dans la définition du membre de la famille en matière d'assurances sociales.

**ATF 143 V 402 (9C\_320/2017)**

Coordination internationale : le revenu provenant d'une activité indépendante exercée au Monténégro par un ressortissant de Slovénie est soumis aux cotisations, en vertu de l'article 6 al. 1 RAVS, dans la mesure où l'assuré domicilié en Suisse y exerce aussi une activité lucrative salariée.

Le TF observe tout d'abord que dans son ATF 139 V 216, dont le recourant se prévaut, il avait dû combler une lacune du R (CE) n° 1408/71 en se fondant sur la jurisprudence de l'UE dans une situation qui diffère de celle de l'assuré qui a exercé une activité indépendante dans un Etat tiers.

En l'espèce, les accords bilatéraux conclus entre la Suisse et le Monténégro et la Suisse et la Slovénie, retiennent un rattachement au lieu où s'exerce l'activité lucrative. Le TF retient donc que le rattachement au lieu où s'exerce l'activité salariée respecte le principe d'un rattachement au droit d'un seul Etat membre au lieu de l'emploi prévu par l'ALCP. La situation ne serait pas différente pour un ressortissant suisse.

**ATF 144 V 2 (9C\_773/2016)**

La demande de formation professionnelle initiale d'un enfant franco-allemand domicilié en France et dont le père est assuré obligatoirement à l'AVS/AI pour une activité exercée en Suisse est rejetée. La prestation n'est pas à la charge de l'AI selon le droit suisse (art. 9 al. 2 LAI), car aucun de ses parents n'est assuré facultativement ou obligatoirement pour une activité professionnelle exercée à l'étranger. Le principe d'égalité de traitement n'est pas violé étant précisé que l'article 9 al. 2 LAI ne prévoit pas de condition liée à la nationalité.

Les principes d'égalité de traitement et de non-discrimination n'imposent pas aux autorités suisses de traiter tous les ressortissants UE (entre eux) de manière identique.

**ATF 144 V 210 (9C\_614/2017)**

Coordination des systèmes de sécurité sociale; obligation de cotiser en matière d'AVS : le TF s'est penché sur la question de la manière de procéder sous l'angle du droit communautaire pour déterminer, au regard de l'obligation de cotiser en matière d'AVS, les dispositions applicables à la personne exerçant simultanément une activité indépendante dans plusieurs Etats membres et, en fin de compte, son lieu de résidence.

Le recourant était de nationalité allemande et exerçait une activité lucrative indépendante en Suisse et en Allemagne. La question devait être traitée en application de l'art. 16 R (CE) n° 987/2009, avec une application provisoire d'une législation selon l'art. 6 ch. 1 R (CE) n° 987/2009. La lettre b de cette dernière disposition – application de la législation de l'Etat de résidence, lorsqu'une personne exerce une activité dans deux ou plusieurs Etats membres – n'est pas applicable en l'espèce, puisque le lieu de résidence fait précisément l'objet d'avis divergents entre les institutions désignées. Il se justifie dans ce cas-là d'appliquer par analogie la lettre c de cette disposition – prévue pour une personne exerçant une activité dans plusieurs Etats membres dans lesquels elle ne réside pas – et d'appliquer de manière provisoire la législation de l'Etat membre dont l'application a été demandée en premier, à savoir le droit allemand. Parallèlement, une procédure selon l'art. 11 R (CE) n° 987/2009 (détermination du lieu de résidence) aurait dû être conduite entre les institutions, ce qui aurait permis par la suite de déterminer la législation applicable au litige.

**ATF 145 V 39 (8C\_248/2018)**

Dans le cas d'espèce, la recourante, de nationalité italienne et domiciliée en Italie, travaille essentiellement dans la restauration. Arrivant en fin de contrat de travail de durée déterminée (du 1er mars au 31 octobre 2016), elle s'annonce le 21 octobre 2016 à l'office régional de placement en vue de

la recherche d’un emploi à temps plein. La caisse de chômage ouvre un délai-cadre à partir du 1er novembre 2016, mais le département du travail du Canton du Tessin nie le droit à l’indemnité de chômage. Dès le 2 novembre 2016, la recourante travaille à nouveau pour le même employeur que précédemment, mais à temps partiel seulement (50 %).

Au sens de la jurisprudence de la CJUE (Cour de justice de l’Union européenne) et la décision U3 de la CACSSS (Commission administrative pour la coordination des systèmes de sécurité sociale) du 12 juin 2009, l’article 65 du Règlement (CE) 883/2004 s’applique lorsqu’un rapport de travail existe encore ou est maintenu. Dans le cas où le contrat de travail est de durée déterminée ou s’est déjà terminé, la personne sera considérée comme étant en situation de chômage complet au sens du § 2 de l’article 65 du Règlement (CE) 883/2004 et c’est alors à l’Etat membre de résidence de servir l’indemnité de chômage.

#### **Arrêt (du TF) 9C\_604/2016 du 1<sup>er</sup> mars 2017**

Etat de fait identique à l’arrêt di Trizio c. la Suisse (CourEurDH, 2.2.2016), la suppression du droit à la rente par la voie de la révision s’avère contraire à l’article 8 CEDH.

Le droit à la rente de l’assurée a été révisé après qu’elle ait donné naissance à un enfant. Sa situation médicale et sa capacité de travail tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée ne s’étant pas modifiée, le seul motif pour la révision était le changement de statut de l’assurée. En effet, elle a passé de personne avec activité lucrative à un statut mixte.

#### **Arrêt (du TF) 9C\_552/2016 du 9 mars 2017**

En matière d’évaluation de l’invalidité, la méthode mixte doit s’appliquer et non la comparaison des gains. L’arrêt de la CrEDH di Trizio c. Suisse du 2 février 2016 ne concerne que le cas où c’est la naissance d’un ou de plusieurs enfants qui entraîne la diminution ou la suppression de la rente.

#### **Arrêt (du TF) 9C\_615/2016 du 21 mars 2017**

Confirmation de jurisprudence. Le TF confirme l’application de la méthode mixte, l’arrêt de la CEDH di Trizio c. Suisse du 2 février 2016 est un cas particulier. La méthode d’évaluation de l’invalidité est celle prévue par l’ATF 142 V 290.

#### **Arrêt (du TF) 9C\_806/2016 du 14 juillet 2017**

Articles 8 CEDH, 28 et 43 LPGA et 59 al. 5 LAI: fait suite à l’arrêt Vukota-Bojic c. Suisse, rendu par la CEDH le 18 octobre 2016. Le TF a jugé que le matériel recueilli illicitement dans la présente affaire par un détective privé pouvait être utilisé dans l’établissement des faits, dans la mesure où l’assuré n’a fait l’objet d’une surveillance que dans des lieux publics, durant 4 jours et sur une période de 14 jours, chaque phase d’observation durant entre 5 et 9 heures. La violation des droits fondamentaux de l’assuré doit être considérée comme plutôt modeste eu égard à l’intérêt prépondérant à éviter l’abus de prestations sociales. Les conclusions de l’arrêt Vukota-Bojic n’ont dès lors pas été appliquées dans cet arrêt.

#### **Arrêt (du TF) 8C\_45/2017 du 26 juillet 2017**

Le TF rappelle que, conformément à l’article 8 CEDH, les preuves recueillies de manière illicite peuvent être utilisées s’il existe un intérêt public prépondérant (9C\_806/2016). Le TF a considéré que dans le cas d’espèce, il s’agissait d’une atteinte de faible importance aux droits constitutionnels de l’assuré, qui ne faisait pas le poids face à l’intérêt de la collectivité des payeurs de prime à ne pas financer des prestations indues. Les conclusions de l’arrêt Vukota-Bojic n’ont donc pas été appliquées en l’espèce.

#### **Arrêt (du TF) 4A\_110/2017 du 27 juillet 2017**

En assurances privées, la sphère privée et le droit à l’image de l’assuré peuvent être violés par des observations d’un détective privé. Cette atteinte n’est pas illégale lorsque l’intérêt à empêcher une fraude à l’assurance est prépondérant sur l’intérêt de l’assuré au respect de sa sphère privée (article 8

CEDH). Peuvent être déterminants : la nature du cas, le lieu où les observations ont eu lieu, la période durant laquelle elles ont lieu, leur contenu ainsi que le moyen utilisé. Dans le cas d'espèce, le TF a jugé que les observations du détective étaient licites et que la jurisprudence Vukota-Bojic n'était pas applicable. Dans le même arrêt, le TF admet que les mêmes principes s'appliquent pour une observation demandée par un assureur RC.

#### **Arrêt (du TF) 9C\_752/2016 du 6 septembre 2017**

Application de la jurisprudence de la CEDH di Trizio c. Suisse. Une rente ne peut pas être réduite ou supprimée, quelle que soit le changement de statut, lorsque l'assurée passe de « totalement active » à « partiellement active » (ATF 143 I 50 et 60) ou de « totalement inactive » à « partiellement inactive » en raison de facteurs familiaux. Il serait contraire à la CEDH, soit à l'article 14 CEDH en relation avec l'article 8 CEDH, de supprimer ou de réduire une rente d'invalidité dans le cadre d'une révision pour le seul motif d'un changement de statut pour des motifs d'ordre familial.

#### **Arrêt (du TF) 8C\_588/2017 du 22 décembre 2017**

Suite à l'arrêt di Trizio, le TF se demande si l'administration peut tout de même reconsidérer une première décision confirmée par le tribunal, lorsqu'il existe une nouvelle situation juridique qui n'a pas été prise en considération dans la décision judiciaire. Cette question est laissée ouverte étant précisé que les conditions strictes posées par la jurisprudence pour modifier une décision initialement correcte en raison d'un changement dans la pratique judiciaire ou administrative ne sont de toute façon pas remplies. En effet, il faut que le maintien de la décision crée un privilège ou une discrimination choquante, contraire au principe de l'égalité de traitement ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

Le TF attire l'attention sur le nouvel article 27bis RAI qui prévoit une nouvelle manière de calculer l'invalidité pour les assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel.

#### **Arrêt (du TF) 8C\_429/2017 du 20 décembre 2017**

La détermination du statut de la personne assurée, préalable nécessaire à l'évaluation de son invalidité, revient à formuler une hypothèse qui doit toutefois être établie au stade de la vraisemblance prépondérante. Le TF rappelle que la jurisprudence di Trizio ne s'applique que dans les constellations qui ont pour effet d'aboutir à l'application de la méthode mixte, alors qu'elle ne s'appliquait pas préalablement à la réalisation des circonstances familiales ayant déterminé l'assuré à un changement (hypothétique) de statut. En l'espèce, cette jurisprudence n'est pas applicable dès lors que l'instruction du dossier a permis d'établir que l'assurée, considérée comme une personne active lors de l'examen de son droit aux prestations (et de plusieurs révisions successives), devait être considérée comme une personne sans activité lucrative depuis la naissance de son fils, ce qui entraînait l'application de la méthode spécifique pour l'évaluation de son invalidité, et non de la méthode mixte.

## **V. Assurance-maladie**

### **ATF 143 V 95 (9C\_528/2016)**

Article 32 al. 1, 52 al. 1 let. b LAMal et articles 64a ss OAMal: Un médicament contenant des opioïdes, autorisé par Swissmedic pour le traitement de douleurs chroniques - et ce (implicitement) aussi dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux - et admis sans limitation dans la liste des spécialités est considéré de manière générale comme efficace, adéquat et économique (articles 30 ss OPAS). L'efficacité d'un traitement ne peut pas être systématiquement niée au motif qu'il avait pour but de lutter uniquement contre les syndromes d'une maladie, et non son origine.

Si l'assurance obligatoire des soins prend en charge sans réserve sur une période prolongée des médicaments dont l'utilisation n'est pas (ou plus) efficace, adéquate et économique, elle reste tenue à prendre en charge cette prestation dans les limites du principe de la protection de la bonne foi. Par

ailleurs, un délai de transition doit être accordé pour l'adaptation au changement de pratique désormais correcte de l'assurance-maladie.

#### **ATF 143 V 130 (9C\_711/2016 / 9C\_716/2016)**

Article 32 LAMal et article 71b al. 2 OAMal (*dans sa teneur en vigueur jusqu'au 28 février 2017*): le traitement, non homologué par Swissmedic, mais autorisé dans un Etat ayant un système d'évaluation équivalent, et ne faisant pas partie de la liste des spécialités, doit être reconnu comme ayant une valeur thérapeutique élevée.

Le TF revient sur sa jurisprudence (ATF 142 V 144), selon laquelle on pouvait en principe renoncer à l'examen de l'économicité du traitement en l'absence d'autres soins appropriés et efficaces. Le médicament SCENESSE® a une utilité thérapeutique d'une manière générale mais celle-ci ne peut être reconnue dans le cas d'espèce sans procéder d'abord à des investigations supplémentaires, en l'occurrence à une expertise médicale judiciaire.

#### **ATF 143 V 139 (9C\_305/2016)**

Art. 65d al. 1 OAMal (*dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 mai 2015*): réexamen tous les trois ans des conditions d'admission dans la liste des spécialités.

Notre Haute Cour a confirmé que l'OFSP était habilitée à prendre en considération un futur prix du médicament de comparaison, même si la modification du prix n'est pas encore entrée en force au moment de l'examen. Les données de comparaison doivent être actuelles.

#### **ATF 143 V 330 (9C\_106/2017)**

Dans le cas d'un modèle de rémunération de type DRG, en cas de désaccord entre les partenaires tarifaires, le fournisseur de prestations doit rembourser les recettes supplémentaires l'année suivante d'après la répartition selon l'article 49a LAMal.

Le nouveau financement hospitalier en vigueur depuis le 1er janvier 2009 a introduit un changement du modèle tarifaire: les forfaits par cas liés aux prestations. Les nouvelles conventions tarifaires entre les assureurs-maladie et les fournisseurs de prestations devaient aussi se prononcer sur les mesures d'accompagnement nécessaires lors de l'introduction des forfaits. A cet égard, l'al. 2ter dispositions finales OAMal prévoit que dans les deux premières années suivant l'introduction du nouveau modèle de rémunération, le fournisseur de prestations doit rembourser proportionnellement les recettes supplémentaires l'année suivante, en particulier en cas d'augmentation injustifiée de 2 % du nombre de cas effectifs durant l'année de facturation par rapport au nombre de cas pris en compte lors de la fixation par convention du Case Mix Index (CMI). Les partenaires tarifaires doivent également s'inspirer, lors de l'accord sur les modalités de la mise en œuvre des mesures correctives et donc sur la définition d'une augmentation éventuellement injustifiée du nombre de cas, des dispositions ainsi que du but de la LAMal, en particulier le libre choix de l'hôpital en tant qu'élément de concurrence. Si le transfert du nombre de traitements au-delà des frontières cantonales résulte du libre choix de l'hôpital, il n'y a pas d'augmentation injustifiée du nombre de cas (voir aussi arrêt 9C\_807/2016 du 11 mai 2017).

#### **ATF 143 V 369 (9C\_695/2016)**

Le réexamen triennal du prix d'un médicament en vue de l'admission dans la Liste des spécialités (LS) suppose, sous l'angle de l'économicité, que l'on effectue d'abord une comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger (CPE), puis une comparaison thérapeutique (CT). Le TF rappelle que l'administration dispose d'un large pouvoir d'examen s'agissant du choix des préparations retenues pour procéder à la CT (notamment prévu par l'article 34 al. 2 let. b aOPAS, repris à l'article 65b al. 4bis OAMal).

Il n'est pas arbitraire de se limiter à des préparations qui, selon la notice de Swissmedic, ont la même indication, et de ne pas en inclure d'autres qui, selon l'entreprise pharmaceutique, sont employées à des fins thérapeutiques identiques dans la pratique.

**ATF 144 V 14 (9C\_154/2017)**

Réexamen tous les trois ans des conditions d'admission dans la liste des spécialités; critère des effets similaires (article 34 al. 2 let. b et c OPAS dans sa teneur en vigueur du 1er juillet 2002 au 31 mai 2015).

Contrairement à la lettre de l'art. 34 al. 2 let. b et c OPAS, dans sa version allemande, le TF a considéré qu'il fallait entendre par "ähnliche Wirkungsweise" les effets similaires.

**ATF 144 V 20 (9C\_796/2016)**

En vertu des articles 32 LAMal, 65b al. 2 let. a OAMal, 35b al. 10 let. a aOPAS, un générique pouvait être considéré économique si son prix est inférieur d'au moins 10% au prix de la préparation originale en Suisse et à l'étranger, pour autant que la préparation ne réalise pas un chiffre d'affaires annuel moyen dépassant quatre millions de francs.

**ATF 144 V 79 (9C\_264/2017)**

Art. 32 al. 1, art. 35 al. 2 let. a, art. 56 al. 1 et 6, art. 59 al. 1 let. b LAMal : méthode pour le contrôle du caractère économique des prestations en relation avec la restitution des honoraires en raison d'une pratique non économique.

L'accord des fournisseurs de prestations et des assureurs (FMH ainsi que santésuisse et curafutura) sur le modèle d'analyse de variance (méthode ANOVA) pour l'évaluation du caractère économique des prestations de médecins en relation avec la restitution des honoraires en raison d'une pratique ambulatoire non économique ne peut pas être qualifié d'illégal.

**ATF 144 V 84 (9C\_305/2017)**

Article 25a al. 5 LAMal : les parties à une convention de droit administratif liant une Commune à une institution de soins pédiatriques à domicile ne s'entendent pas sur le tarif horaire à appliquer au fournisseur de prestations. Le TF arrive à la conclusion que le fait d'avoir confié à la fondation assurant les soins à domicile, la mission de recourir au besoin, pour la dispense de soins à un patient en particulier, à un(e) tiers infirmière ou infirmier indépendant(e), respecte l'art. 5 al. 1 de la loi zurichoise sur les soins (Pflegegesetz). L'infirmier concerné dans cette affaire était bien un « tiers » au sens du contrat en question, et il avait donc droit à la rétribution qui est, dans le contrat, prévue pour les soins dispensés au patient.

**ATF 144 V 127 (9C\_263/2017)**

L'application des normes de conflits (Kollisionsnormen) du R (CE) n° 883/2004 est contraignante pour la Suisse. L'article 3 al. 1 LAMal, en relation avec l'article 1 al. 1 OAMal, prévoit que chaque personne domiciliée en Suisse doit s'assurer auprès d'une caisse maladie suisse. Selon l'article 2 al. 1 let. e OAMal, peuvent être libérées de l'obligation de s'assurer les personnes au bénéfice d'une rente d'un Etat membre de l'UE, de même que les membres de leur famille, en vertu de l'article 2 al. 1 let. f OAMal.

En application de l'article 24 R (CE) n° 883/2004, les coûts de prestations en nature de l'assurance maladie sont à la charge de l'assureur compétent du pays qui verse la rente de pension, ce même en l'absence de normes expresses de conflit. Cela signifie qu'une personne ayant un domicile en Suisse mais recevant exclusivement une rente de pension étrangère (pays UE) appartient au système de santé de son pays d'origine, avec une participation uniquement subsidiaire de la Suisse. Il ressort de ce qui précède que le rentier étranger n'est pas subordonné et n'appartient pas au système LAMal suisse.

**ATF 144 V 138 (9C\_476/2017)**

Le TF a rappelé que le Conseil fédéral pouvait établir des principes visant à ce que les tarifs soient fixés d'après des règles d'une saine gestion économique et qu'ils soient structurés de manière appropriée, de même qu'établir des principes relatifs à leur adaptation et veiller à la coordination de ces tarifs avec les régimes tarifaires des autres assurances sociales (art. 43 al. 7 LAMal). Il a rappelé



également que si les partenaires tarifaires ne pouvaient s'entendre sur une structure tarifaire uniforme, il appartenait au Conseil fédéral de la fixer et que les parties ne pouvaient s'entendre sur une révision de la structure (système en cascade) (art. 43 al. 5 et 5bis LAMal). Le TF a considéré que lorsque le Conseil fédéral intervenait parce que le tarif était inapproprié et que les partenaires ne s'étaient pas entendus, il avait une marge de manœuvre étendue (grossen Ermessensspielraum).

#### **ATF 144 V 184 (9C\_202/2018)**

Le TF confirme sa jurisprudence selon laquelle les frais de traitement en cas de complications survenues en cours de grossesse constituent des frais de maladie, sous l'empire également de l'art. 64 al. 7 LAMal dans sa teneur en vigueur dès le 1er mars 2014. Les assurées qui bénéficient de telles prestations avant la treizième semaine de grossesse ne sont pas dispensées de l'obligation de participer aux coûts.

En l'espèce, les traitements nécessités par une grossesse extra-utérine - qualifiée de grossesse pathologique et non de grossesse à risque - avant la treizième semaine de grossesse ne relèvent pas des prestations spécifiques de maternité au sens de l'art. 29 al. 2 LAMal. Ils ne font pas non plus l'objet de l'exemption de la participation aux coûts pour les prestations en cas de maladie fournies pendant la maternité selon l'art. 64 al. 7 let. b LAMal.

#### **ATF 144 V 280 (9C\_446/2017)**

Depuis l'entrée en vigueur du nouveau régime de financement des soins le 1er janvier 2011, l'assurance obligatoire des soins fournit d'une part une contribution des soins, échelonnée et limitée en fonction du besoin des soins (art. 25a al. 1 LAMal). D'autre part, les personnes assurées (art. 25a al. 5, 1re phrase LAMal) et les collectivités publiques doivent également participer (art. 25a al. 5, 2e phrase LAMal). Il est en principe permis aux cantons de remplir leur devoir de financement résiduel par l'instauration de montants maximaux. Selon les cas, ce devoir peut cependant être plus élevé lorsque les coûts des soins ont été déterminés conformément aux articles 7 et suivants OPAS.

#### **ATF 144 V 333 (9C\_730/2017 / 9C\_737/2017)**

L'art. 71b al. 1 OAMal s'applique au-delà de sa formulation non seulement aux médicaments prêts à l'emploi autorisés par l'institut qui ne figurent pas sur la liste des spécialités (qu'ils soient utilisés pour les indications mentionnées sur la notice ou en dehors de celle-ci) mais également aux préparations magistrales prêtes à l'emploi dispensées de l'obligation d'autorisation de mise sur le marché.

#### **ATF 144 V 380 (9C\_714/2018)**

Le TF a précisé qu'un assuré en retard dans le paiement des primes ne peut pas changer d'assureur-maladie tant qu'il n'a pas payé intégralement les primes et les participations aux coûts arriérés ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite.

Il faut comprendre par avoir payé « intégralement » les primes et les participations aux coûts la totalité du montant indiqué dans l'acte de défaut de biens, selon l'art. 64a al. 3 LAMal. Le fait que le canton ait pris en charge 85% de la créance ayant fait l'objet d'un tel acte de poursuite n'est pas déterminant.

#### **ATF 144 V 388 (9C\_903/2017)**

Le TF rappelle que c'est le principe de la légalité, et non le principe de l'autonomie des assureurs, qui s'applique dans le régime de la LAMal. L'art. 60 aLAMal ne laisse pas d'autre possibilité de financement que celles prévues dans la loi. Partant, les assureurs doivent s'en tenir aux dispositions spéciales de la LAMal quant aux moyens de financement. Ainsi, la constitution de réserves des assureurs par le biais de subventions de la société-mère, qui fait également circuler des ressources financières provenant de l'assurance privée, n'est pas prévue par la LAMal et est, de ce fait, interdite. En l'espèce, les transferts de flux entre société-mère et sociétés-filles, engendre une violation de l'art.

60 al. 2 aLAMal, raison pour laquelle les montants correspondants ne peuvent servir au financement des contributions selon l'art. 106 al. 1 aLAMal.

**Arrêt (du TF) 9C\_682/2016 du 16 février 2017**

Les troubles délirants persistants (CIM-10 F22.0) et la schizophrénie paranoïde (CIM-10 F20.0) sont des pathologies qui peuvent être objectivées au terme d'examen cliniques. Il ne s'agit donc pas de pathologies associées aux troubles somatoformes persistants.

**Arrêt (du TF) 5A\_797/2016 du 24 mars 2017**

Condamnation d'un praticien par le Tribunal arbitral des assurances sociales du canton de Berne pour polypragmasie. Le commandement de payer mentionnait « divers créanciers ». Le TF admet le recours du praticien au motif que le juge de la mainlevée doit vérifier d'office l'identité entre le poursuivant et le créancier. En l'espèce, les poursuivants ne correspondent pas exactement aux créanciers qui figurent dans le jugement du Tribunal arbitral : les caisses-maladie 12 et 13 avaient seulement sollicité l'exclusion du praticien et n'avaient pas demandé la restitution des montants obtenus à raison de traitements jugés non économiques. L'opposition du praticien a été maintenue.

**Arrêt (du TF) 9C\_776/2016 du 20 avril 2017**

Confirmation de la jurisprudence 9C\_821/2012 du 12 avril 2013 dans laquelle une doctoresse a été condamnée à restituer des montants à des assureurs-maladie, dès lors que la polypragmasie était avérée et que la prestataire de soins n'avait absolument pas modifié ses pratiques depuis le premier jugement. Le TF a en outre confirmé l'exclusion de la doctoresse à pouvoir pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire pour une durée de 6 mois, cette exclusion n'apparaissant aucunement disproportionnée, au regard de sa pratique dispendieuse, aussi bien dans sa durée que dans son importance.

**Arrêt (du TF) 9C\_177/2017 du 20 juin 2017**

Article 36 al. 4 OAMal: l'assurée qui se rend aux Etats-Unis pour participer à un essai clinique en vue de soigner la pathologie dont elle est atteinte, et dont l'état de santé se détériore de manière imprévisible et sans lien avec l'essai clinique, a droit à la prise en charge des frais médicaux encourus sur place dès l'aggravation de son état de santé.

**Arrêt (du TF) 9C\_447/2017 du 20 octobre 2017**

La personne assurée auprès d'un assureur-maladie en Allemagne qui couvre également les prestations en Suisse ne peut obtenir une exception à l'obligation de s'assurer auprès d'un assureur-maladie suisse. Le TF considère que l'exception au principe fixé à l'article 3 al. 1 LAMal ne doit être admise que restrictivement.

**Arrêt (du TF) 9C\_624/2017 du 23 janvier 2018**

Une caisse-maladie a refusé de prendre en charge un transport effectué dans un véhicule spécial accueillant un fauteuil roulant (pas une ambulance) invoquant que ceci n'entre pas dans le cadre de l'article 26 OPAS. Le TF renvoie la cause à l'autorité cantonale inférieure afin qu'elle se charge de déterminer si l'assuré ne pouvait pas employer un moyen de transport public ou privé classique. L'instance cantonale doit également statuer sur la question de savoir si la résidence dans le home est due à l'âge ou si elle est nécessaire en raison de soins particuliers à prodiguer à l'assuré.

**Arrêt (du TF) 9C\_214/2017 du 2 février 2018**

Le TF rappelle que le fait que santésuisse ait rendu une décision qui s'est révélée par la suite contraire au droit ne suffit pas pour engager sa responsabilité. En effet, santésuisse avait refusé d'attribuer à un médecin un code au registre du code-créanciers (RCC), fondé sur une interprétation soutenable de la législation applicable à l'époque.

**Arrêt (du TF) 9C\_546/2017 du 30 avril 2018**

Selon certains indices (indication sur la boîte à lettres, achat d'un abonnement de téléphone portable pré-payé, demande de l'épouse auprès d'un assureur pour être également assurée), le TF considère que le ressortissant chinois, en déménageant en Suisse, a créé son nouveau domicile en Suisse chez son beau-fils et sa fille (article 2 al. 1 LAMal). En effet, des éléments objectifs permettent de démontrer que ce ressortissant souhaite passer ses derniers jours auprès de sa famille. Il n'a donc pas pour seul but de venir en Suisse pour suivre un traitement médical (article 2 al. 1 let. b OAMal).

**Arrêt (du TF) 9C\_617/2017 du 28 mai 2018**

Le TF a confirmé que lorsqu'un canton planifie les besoins en prestations hospitalières stationnaires de sa population résidente en prenant en compte les données relatives au nombre des patients résidant dans le canton uniquement, il ne saurait y avoir de planification hospitalière cantonale respectant l'art. 39 al. 1 let. d LAMal, qui suppose le respect des critères de planification fixés aux art. 58a ss OAMal. Aussi, les quotas d'hospitalisation prévus ne pouvaient pas être opposés par la République et canton de Genève aux cliniques privées sises dans le canton de Vaud qui accueillent des patients genevois pour refuser de payer la participation cantonale conformément à l'art. 49a LAMal.

**Arrêt (du TF) 9C\_912/2017 du 6 décembre 2018**

Le TF a examiné le caractère efficace, adéquat et économique de soins à domicile prodigués par une organisation de soins à domicile (Spitex) pour une période s'étendant du 1er octobre 2014 au 3 juillet 2015, date de décès de l'assuré. L'assureur-maladie a, par décision 19 février 2015 confirmé par décision sur opposition, réduit ses prestations, rétroactivement dès le 1er octobre 2014, à 80 heures de soins par mois puis, dès le 1er mai 2015, limité son remboursement à une indemnité journalière de 81.- par jour.

Comme le tribunal cantonal, le TF a considéré que, dans le cas particulier de cet assuré, la décision de l'assureur-maladie n'était pas conforme aux principes fixés dans la LAMal. Il a notamment rappelé qu'un simple examen du caractère économique n'est pas possible, lorsque les prestations de soins à domicile, comparées à celles qui seraient prodiguées dans un établissement médico-social (EMS), sont légèrement plus efficaces et adéquates. A cet égard, l'estimation du médecin-conseil selon l'art. 8a al. 3 OPAS n'a pas une valeur plus grande que celle du médecin-traitant, qui connaît parfaitement les besoins en soins de son patient. L'assureur-maladie doit prendre en charge la totalité des coûts facturés par Spitex s'ils demeurent dans une mesure raisonnable. En l'espèce, il a été admis qu'un coût de 2,3 à 3,04 fois supérieur à celui de soins fournis en EMS était certes un « cas limite », mais qu'une telle différence pouvait être mise à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

**Arrêt (du TF) 9C\_552/2018 du 21 décembre 2018**

A moins de circonstances particulières, les effets secondaires d'un amaigrissement rapide après régime intensif ou chirurgie, l'élimination chirurgicale des replis abdominaux adipeux, l'affaissement des cuisses ou une ptôse mammaire n'ouvrent pas le droit à des prestations de l'assurance-maladie obligatoire. Ainsi, des phobies sociales, qui ne constituent pas une altération franche de l'adaptation sociale, ne permettent pas d'obtenir la prise en charge des frais d'une pexie mammaire bilatérale et d'une résection cutanée en excès au niveau des cuisses (articles 1a al. 2 let. a et 25 LAMal). Il ne saurait y en aller autrement même si un psychiatre estime que ce traitement serait le seul à même de prévenir la survenance d'un état dépressif sévère, hypothèse jugée *in casu* comme revêtant un caractère incertain marqué.

**Arrêt (du TF) 8C\_228/2018 du 22 janvier 2019**

Le TF a considéré que la décision du gouvernement cantonal lucernois de réduire, à l'art. 2a de l'ordonnance cantonale relative à la réduction des primes dans le domaine de l'assurance-maladie, le

revenu maximum à CHF 54'000.- par année, en lieu et place de CHF 75'000.-, pour ouvrir un droit à des réductions de primes de l'assurance obligatoire des soins conformément à l'article 65 al. 1bis LAMal, n'était pas conforme au droit fédéral.

#### **Arrêt (du TF) 9C\_97/2018 du 5 février 2019**

Cet arrêt fait suite à l'ATF 142 V 203, dans lequel le TF a jugé que les actions CSB (communication au sujet du bénéficiaire) selon la méthode PLAISIR (Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis) sont à la charge de l'assurance obligatoire des soins et a renvoyé la cause au tribunal arbitral pour qu'il examine la durée et le montant des prestations CSB définies par la méthode PLAISIR pour l'année 2011.

La caisse maladie recourante n'établit pas que l'imputation proportionnelle au niveau de soin requis violerait le droit fédéral, et l'on peut partir du principe que le montant induit par les CSB est d'autant plus élevé que le niveau de soins requis est lourd. Une facturation à l'acte engendrerait un travail disproportionné pour les EMS et les caisses-maladie. La plupart des résidents d'un EMS bénéficient toutefois des CSB avec une certaine régularité, en fonction du niveau de soins requis, de sorte que l'on peut les quantifier au moyen d'un outil statistique. La caisse recourante n'établit pas que le tribunal arbitral aurait omis de constater que la structure des coûts de l'EMS concerné ne correspondait pas à la moyenne de ceux pris en compte dans l'instrument PLAISIR.

#### **Arrêt (du TF) 9C\_435/2018 du 14 février 2019**

Le TF a confirmé qu'une législation cantonale, selon laquelle le canton inclut dans sa planification une limitation du volume des prestations en octroyant des mandats de prestations fixant un nombre maximum de cas par année (quotas) pour l'établissement hospitalier concerné, ne contrevient pas au droit fédéral.

En revanche, les juges fédéraux ont jugé que, pour pouvoir limiter valablement le volume de certaines prestations dispensées à des patients neuchâtelois par des hôpitaux extra-cantonaux qui ne figurent pas sur la liste hospitalière neuchâteloise, le canton de Neuchâtel aurait dû, au préalable, admettre lesdits établissements sur sa liste. Ce n'est que dans ce cadre qu'il lui aurait été possible de fixer des limitations de quantités de cas d'hospitalisations par l'octroi de mandats de prestations au sens de l'art. 39 al. 1 lit. e LAMal.

## **VI. Assurance-vieillesse et survivants**

### **ATF 143 V 177 (9C\_427/2016)**

Art. 4 al. 1, art. 8 et 10 LAVS: délimitation de l'activité lucrative indépendante par rapport à l'activité d'amateur effectuée pour le plaisir.

Le but lucratif caractéristique pour une activité lucrative indépendante (à la différence de l'activité d'amateur effectuée pour le plaisir) comporte un élément subjectif et un élément objectif. Il faut tout d'abord une intention de réaliser un gain. De plus, l'activité doit permettre la réalisation durable de gains. La période durant laquelle des gains doivent obligatoirement être générés pour qu'une intention de réaliser un gain puisse encore être admise ne peut pas être définie de manière générale. Dans le cas particulier, le type d'activité et les circonstances concrètes sont déterminants.

En l'espèce, l'activité lucrative indépendante a été admise pour une assurée qui travaille au sein de l'hôtellerie/gastronomie dans un secteur de luxe, qui a généré des pertes durant neuf ans.

**ATF 143 V 254 (9C\_121/2017)**

L'assuré, au bénéfice d'une fortune de CHF 5 millions, conteste le montant des cotisations dues en tant que personne sans activité lucrative. L'argument de la discrimination vis-à-vis des personnes exerçant une activité lucrative est balayé par le TF.

**ATF 144 V 111 (9C\_308/2017)**

L'activité de psychothérapeute exercée par l'assurée dans un institut doit être qualifiée d'activité lucrative dépendante (article 5 al. 2 et art. 9 al. 1 LAVS).

**ATF 144 V 159 (9C\_377/2017)**

Aucune bonification pour tâches d'assistance ne peut en principe être octroyée aux assurés dont les parents au bénéfice d'une allocation pour impotence de degré moyen au moins vivent dans un établissement médico-social (articles 29septies al. 1 première phrase LAVS et 52g RAVS). Dans de tels cas, les soins et l'assistance sont dispensés aux résidentes et résidents en premier lieu par le personnel dudit établissement, raison pour laquelle les proches ne subissent pas une diminution de leurs possibilités de gain.

**ATF 145 V 50 (9C\_4/2018 et 9C\_18/2018)**

Selon les articles 4 et 5 LAVS, le revenu déterminant pour calculer les cotisations des assurés est le revenu provenant de l'activité lucrative et non les revenus provenant du capital (dividende). Afin de délimiter le revenu du capital du salaire déterminant, il faut se fonder sur la nature et la fonction de l'avantage concédé. Si la rémunération en cause n'est pas justifiée par le rapport de travail, elle ne constitue pas une part du revenu déterminant.

**Arrêt (du TF) 9C\_591/2016 du 21 mars 2017**

Le critère visant à distinguer une activité lucrative indépendante et la gestion de son propre patrimoine repose sur celui applicable en matière fiscale en vue de distinguer entre le patrimoine privé et la fortune commerciale.

**Arrêt (du TF) 9C\_598/2016 du 11 avril 2017**

L'assuré qui bénéficie d'un droit acquis, soit d'appareils auditifs pour un montant supérieur à celui prévu par l'annexe de l'OMAI, peut conserver ces prestations même après avoir atteint l'âge AVS. Le TF se réfère à sa jurisprudence 9C\_474/2012.

**Arrêt (du TF) 9C\_531/2016 du 11 mai 2017**

La mère qui a reçu une rente d'orphelin à laquelle son enfant majeur n'avait pas droit est tenue à restitution. La rente n'a pas été reversée à l'enfant mais a permis à sa mère de subvenir à l'entretien de celui-ci. La mère en a donc directement bénéficié dans la mesure où elle aurait dû s'acquitter, en fonction de sa capacité financière, des frais d'entretien et de formation auxquels la rente d'orphelin a été affectée. La mère ne peut ainsi pas être considérée comme un simple service d'encaissement.

**Arrêt (du TF) 9C\_89/2017 du 19 mai 2017**

Le salaire déterminant au sens de l'article 5 al. 2 LAVS comprend toute rémunération économiquement liée au rapport de travail. Quand une société verse des dividendes à des salariés, il convient de s'en tenir à l'appréciation de l'autorité fiscale (article 23 LAVS).

**Arrêt (du TF) 9C\_313/2017 du 26 septembre 2017**

Le TF rappelle que la cotisation d'une personne sans activité lucrative est calculée en tenant compte, si elle est mariée, de la moitié de la fortune et des revenus du couple.

**Arrêt (du TF) 9C\_406/2017 – 407/2017 du 9 novembre 2017**

Article 11 al. 2 LAVS : lorsque le droit fédéral met à charge du canton le paiement de certaines cotisations ou parties de celles-ci, cela ne signifie pas que le canton doit s’acquitter de ces montants par ses propres moyens. En effet, il est possible de mettre tout ou partie de cette charge sur les communes, sans avoir besoin d’obtenir une autorisation du législateur fédéral.

**Arrêt (du TF) 9C\_743/2017 du 16 mars 2018**

En dehors des situations particulières visées par les articles 30ter LAVS et 141 al. 3 RAVS, les cotisations dont le montant n’a pas été fixé par voie de décision dans un délai de cinq ans à compter de la fin de l’année civile pour laquelle elles sont dues ne peuvent plus être exigées ni versées.

**Arrêt (du TF) 9C\_614/2017 du 22 juin 2018**

Le recourant est indépendant, médecin-dentiste depuis 1998 en Allemagne, pays dans lequel il réside. Dès 2006, il exerce également à temps partiel dans un cabinet de groupe basé en Suisse et dès 2010, il y reprend avec une collègue l’exploitation d’un cabinet dentaire. A. réside en partie dans un appartement de location en Suisse et en 2013, il achète une maison à Bâle-Campagne pour s’y installer. La question des cotisations sociales se pose. Le litige comporte un élément d’extranéité, puisque le recourant est de nationalité allemande et qu’il exerce son activité lucrative indépendante en Suisse et en Allemagne. Se pose la question du droit applicable.

La question doit être traitée en application de l’art. 16 R (CE) n° 987/2009, avec une application provisoire d’une législation selon l’art. 6 ch. 1 R (CE) n° 987/2009. La lettre b de cette dernière disposition – application de la législation de l’Etat de résidence, lorsqu’une personne exerce une activité dans deux ou plusieurs Etats membres – n’est pas applicable en l’espèce, puisque le lieu de résidence fait précisément l’objet d’avis divergents entre les institutions désignées. Il se justifie dans ce cas-là d’appliquer par analogie la lettre c de cette disposition – prévue pour une personne exerçant une activité dans plusieurs Etats membres dans lesquels elle ne réside pas – et d’appliquer de manière provisoire la législation de l’Etat membre dont l’application a été demandée en premier, à savoir le droit allemand. Parallèlement, une procédure selon l’art. 11 R (CE) n° 987/2009 (détermination du lieu de résidence) aurait dû être conduite entre les institutions, ce qui aurait permis par la suite de déterminer la législation applicable au litige. Le recours est admis et l’affaire renvoyée à l’intimée afin qu’elle statue au sens des considérants.

**Arrêt (du TF) 9C\_600/2017 du 9 août 2018**

Les recourants, travaillant pour une organisation d’entraide privée soutenue de manière substantielle par la Confédération, soutiennent qu’ils doivent être assurés au sens de l’article 1a al. 1 let. c ch. 3 LAVS. Le TF considère que dès lors que ni l’organisation dont il est question, ni le mouvement ne figure dans la liste que l’Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a, d’après l’art. 1a al. 2 RAVS, établi d’entente avec la Direction du développement et de la coopération (DDC), il n’y a pas lieu de se poser la question de savoir si l’article 1a al. 1 let. c ch. 3 LAVS s’applique ou non.

**Arrêt (du TF) 9C\_641/2017 et 9C\_642/2017 du 16 octobre 2018**

Le TF a considéré que la pratique administrative répandue par le passé, en vertu de laquelle les jetons de présence des parlementaires n’étaient pas considérés comme des revenus professionnels au sens de l’AVS, ne reposait pas sur une base légale suffisante. Dans son arrêt H 274/03 du 2 août 2004, le TF avait déjà affirmé clairement et sans équivoque le principe de l’obligation, pour une ville, de payer des cotisations sur les jetons de présence des membres du conseil municipal. Ces indemnités ne peuvent être considérées comme des frais généraux non compris dans le salaire déterminant, au sens de l’art. 9 RAVS. Au regard de cette jurisprudence, tout parlementaire zurichois pourrait désormais exiger du canton le paiement rétroactif de cotisations AVS pour une période de cinq ans.

**Arrêt (du TF) 9C\_646/2017 du 9 mars 2018**

Le TF a retenu que pour déterminer si l'on est ou non en présence d'une décision, il y a ainsi lieu de considérer les caractéristiques matérielles de l'acte. Un acte peut ainsi être qualifié de décision (matérielle), si, par son contenu, il en a le caractère, même s'il n'est pas intitulé comme tel et ne présente pas certains éléments formels typiques d'une décision, telle l'indication des voies de droit (ATF 143 III 162). A cet égard, la décision qui présente un vice de forme (absence d'indication des voies de droit ou de motivation, par exemple) ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé.

Le rapport juridique entre l'assureur social et la personne assurée qui repose sur une décision rendue en application de la procédure simplifiée selon l'art. 51 al. 1 LPGA acquiert force de chose décidée (produisant ainsi les mêmes effets qu'une décision entrée en force) si l'assuré ne manifeste pas, dans un délai d'examen et de réflexion convenable, son désaccord avec la solution adoptée ou sa volonté de voir statuer sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours (ATF 134 V 145). En présence d'une telle réaction de l'assuré, l'assureur doit alors se prononcer par une décision formelle (art. 51 al. 2 LPGA). La loi ne précise pas la durée du délai d'examen et de réflexion convenable. La jurisprudence admet que cette durée varie selon les circonstances du cas d'espèce; elle ne saurait, en revanche, être supérieure à une année.

**Arrêt (du TF) 9C\_335/2018 du 16 janvier 2019**

Le TF doit qualifier, comme rémunération d'une activité dépendante ou indépendante, les frais et honoraires que l'exploitant d'une entreprise en raison individuelle a facturés à une Sàrl, dans le cadre d'un contrat conclu avec lui-même en qualité de gérant de cette société dont il est (indirectement) aussi le propriétaire, par l'intermédiaire d'une autre société (holding).

Dans une telle constellation, ni le critère du risque économique ni celui de la subordination ne sont pertinents. Il faut procéder comme si les rapports juridiques étaient complètement indépendants les uns des autres, à condition que l'exploitant ait les droits de vote nécessaires, dans l'assemblée générale de la holding (art. 698 et 703 CO), pour prendre toutes les décisions essentielles à la gestion de la Sàrl.

**Arrêt (du TF) 9C\_615/2018 du 24 janvier 2019**

La LAVS fait la distinction entre personnes exerçant une activité lucrative et personnes sans activité lucrative. Sont considérées comme sans activité lucrative les personnes qui n'ont pas de revenu professionnel ou dont le revenu est minime, notamment les assurés qui n'exercent pas durablement d'activité lucrative à plein temps et dont les cotisations provenant d'une activité lucrative (part de l'employeur comprise) sont inférieures à la moitié des cotisations qu'ils devraient payer en tant que personnes sans activité lucrative. Sont considérées comme telles les personnes qui exercent une activité lucrative durant moins de neuf mois par an ou durant moins de 50 % du temps usuellement consacré au travail. En l'espèce, le recours est rejeté dès lors que la recourante a perçu des indemnités journalières à titre de maladie perte de gain à 100% puis à 70% de juillet à décembre 2015. Dès juillet 2015, la recourante a été en mesure d'exercer une activité lucrative à 30% ; toutefois, dès lors que cette période s'est étendue sur six mois, on ne peut pas considérer qu'il s'agit d'un emploi permanent au sens de la LAVS.

**Arrêt (du TF) 9C\_539/2018 du 29 janvier 2019**

Lorsqu'une rémunération est versée par une entreprise suisse à des personnes domiciliées dans un pays de l'UE (en l'espèce en Allemagne), l'affiliation à la sécurité sociale en Suisse et, par conséquent, l'obligation de payer des cotisations à l'AVS, dépend de savoir si ces personnes ont, par ailleurs, une activité dans leur Etat de résidence, cas échéant de quelle nature (salariée ou indépendante).

Le TF retient que la caisse de compensation aurait dû mettre en œuvre la procédure prévue conventionnellement pour déterminer le droit applicable, conformément à l'art. 16 R (CE) n° 987/2009, dans le contexte de l'art. 13 R (CE) n° 883/2004 qui traite de la détermination du droit applicable en cas de pluriactivité.

**Arrêt (du TF) 9C\_799/2018 du 21 février 2019**

Un assuré dépose une demande de rente de vieillesse de l'AVS, dont il requiert l'ajournement pour une durée de 5 ans. L'assuré reproche à la caisse AVS d'avoir violé son obligation de renseigner et de conseiller (art. 27 LPGGA) en ne l'informant pas sur le fait que l'ajournement de la rente de vieillesse avait pour effet d'ajourner simultanément les rentes d'enfant. Il ouvre action en réparation de son dommage sur la base de l'art. 78 LPGGA. Le rejet de la demande est confirmé par le TF. L'on ne saurait en effet reprocher à la caisse AVS de n'avoir pas interpellé l'assuré alors même que le formulaire de « demande de rente AVS » est clair, que le memento sur la flexibilisation de la retraite a été envoyé et que l'assuré n'a fourni aucun élément qui aurait permis de penser que ses enfants pouvaient prétendre à des rentes.

**Arrêt (du TF) 9C\_744 /2018 du 1er avril 2019**

Les frais d'un traitement hospitalier pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ne peuvent pas être limités tant que celui-ci respecte les prescriptions légales. D'après le TF, un assureur-maladie ne peut pas limiter le montant de la prise en charge des soins médicaux. Par ailleurs, il n'a jamais stipulé que la méthode QALY était déterminante. La Loi sur l'assurance-maladie garantit une obligation de prestation illimitée tant que les différentes mesures médicales respectent les critères de l'efficacité, de l'adéquation et du caractère économique. Le TF rappelle que l'un des objectifs de la LAMal était précisément de garantir une couverture illimitée dans le temps des traitements hospitaliers.

**VII. Prévoyance professionnelle****ATF 143 V 19 (9C\_752/2015)**

Des placements dans le cadre des limites de l'OPP 2 (*dans sa teneur en vigueur jusqu'à la fin de l'année 2001*) ne sont pas admissibles en soi, mais seulement dans la mesure où ils satisfont aux exigences générales de sécurité de l'art. 71 LPP. La capacité de risque d'une institution de prévoyance peut aussi être dépassée lorsque les limites légales et réglementaires sont respectées.

**ATF 143 V 91 (9C\_28/2016)**

Articles 34a al. 1 LPP, 24 al. 1 et 5 OPP 2: lorsqu'un seul facteur de calcul subit une modification importante, à savoir entraînant une adaptation des prestations d'au moins 10 %, l'institution de prévoyance examine en fait et en droit, sous tous ses aspects et sans être liée par les facteurs établis antérieurement, si et dans quelle mesure il existe une surindemnisation.

Le TF considère que lors d'une modification des circonstances (article 17 LPGGA) qui entraîne une adaptation des prestations de 10%, l'institution de prévoyance peut revoir de manière complète le droit aux prestations de l'assuré, sans être liée par le revenu sans invalidité pris en compte par l'AI ou l'assurance-accidents, qui n'a qu'une valeur de présomption.

**ATF 143 V 200 (9C\_684/2016)**

Confirmation de jurisprudence. Dans le cadre d'une liquidation partielle, une institution commune peut ajouter un critère supplémentaire aux exigences de l'article 53b al. 1 let. c LPP, selon lesquelles les conditions sont présumées remplies avec la résiliation du contrat d'affiliation. La précision réglementaire de l'article 53b al. 1 let. c LPP n'a pas à être appliquée dans le cas particulier.

**ATF 143 V 208 (9C\_304/2016)**

Selon le TF, la règle de l'art. 32 al. 1 OFP est conforme à la loi et n'affecte pas non plus la liberté économique ni la garantie de la propriété. Dans le cas d'espèce, rien ne s'oppose sous l'angle du droit constitutionnel à son application.



**ATF 143 V 219 (9C\_612/2016 / 9C\_667/2016)**

Articles 56 al. 1 let. b et c, 65d al. 1 LPP et 25 OFG: insolvabilité du collectif d'assurés. L'obligation pour le Fonds de garantie de fournir des prestations implique cumulativement l'incapacité du collectif d'assurés concerné d'adopter des mesures d'assainissement et de demander son insolvabilité. En effet, tant que la caisse de rentiers paie les prestations légales et réglementaires, il n'y a pas d'insolvabilité et une intervention préventive n'est pas justifiée.

**ATF 143 V 434 (9C\_321/2017)**

Articles 23 ss LPP: conditions auxquelles le droit à des prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle peut être modifié ou supprimé.

Comme dans le domaine de la prévoyance professionnelle obligatoire, faute d'une disposition réglementaire contraire, une rente allouée jusque là sans réserve doit être modifiée selon les règles applicables en matière d'assurance-invalidité aussi dans le cadre de la prévoyance plus étendue. Si une interprétation contraire devait résulter de l'arrêt 9C\_889/2009 du 2 février 2010, elle serait dépassée par les ATF 138 V 409 et ATF 141 V 405.

**ATF 143 V 440 (9C\_234/2017)**

Article 65d LPP: les rentes en cours du 2<sup>ème</sup> pilier ne peuvent pas être réduites, sauf si la caisse de pension est en situation de découvert. En l'espèce, le TF a considéré que le règlement de la caisse de pension de l'entreprise de conseil PricewaterhouseCoopers, dont la santé financière et le degré de couverture ne soulevaient pas de difficulté particulière, enfreignait le droit fédéral en vigueur. En effet, celle-ci prévoyait d'introduire un modèle de rente de base fixe avec une partie de bonus variable dans le domaine surobligatoire. Une disposition réglementaire lui permettait d'adapter les anciennes rentes de vieillesse en cours, au moyen d'une rente de base fixe et d'une rente variable. Le TF a jugé que cela menaçait la sécurité de planification pour les rentiers et était contraire aux règles de la prévoyance professionnelle. En effet, les principes prévus à l'article 65d LPP permettant, de manière exceptionnelle, de réduire les rentes en cours en cas de découvert, sont exhaustifs, impératifs et s'imposent à toutes les institutions de prévoyance dans les domaines obligatoires et surobligatoires.

Comme admis dans l'ATF 135 V 382, la rente initiale réglementaire jouit d'une protection absolue. La réduction d'une rente en cours n'est donc que subsidiaire.

**ATF 144 V 58 (9C\_147/2017)**

Le TF précise sa jurisprudence en ce sens que la connexité temporelle entre l'incapacité de travail survenue durant le rapport de prévoyance et l'invalidité ultérieure est interrompue lorsqu'une capacité de travail de plus de 80 % dans une activité lucrative adaptée existe durant plus de trois mois.

**ATF 144 V 63 (9C\_133/2017)**

Confirmation de jurisprudence. Le degré d'invalidité déterminant pour la prévoyance professionnelle est évalué en fonction du revenu sans invalidité correspondant au taux d'activité exercée à temps partiel et non pas par rapport à une activité (hypothétique) à plein temps.

Lorsque l'assurance-invalidité a déterminé le degré d'invalidité en se fondant sur une activité à plein temps, la méthode de calcul la plus claire et la plus simple consiste à ce que l'institution de prévoyance tienne compte du revenu sans invalidité fixé par l'assurance-invalidité, auquel elle est en principe liée, et l'adapte en fonction du taux d'activité à temps partiel, puis procède sur cette base (ainsi que sur celle des autres paramètres qui la lient en principe) à une nouvelle comparaison des revenus.

**ATF 144 V 72 (9C\_426/2017)**

Confirmation de jurisprudence. L'assurance-invalidité a octroyé une rente d'invalidité entière puis de trois quarts à une salariée exerçant une activité à temps partiel. L'institution de prévoyance n'a accordé qu'un quart de rente d'invalidité, en se fondant sur le taux d'occupation effectif de l'assurée, et non pas en fonction d'un plein temps. Le TF maintient son ancienne jurisprudence concernant la

détermination du taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative à temps partiel. Les juges fédéraux considèrent que contrairement à ce qui vaut dans l'assurance-accidents, il n'y a pas lieu de prendre en considération dans la prévoyance professionnelle un revenu hypothétique fondé sur une estimation des possibilités de gain d'un assuré censé les utiliser pleinement.

**ATF 144 V 120 (9C\_615/2017)**

Le TF confirme que pour déterminer s'il y a cession d'un risque actuariel, seule la situation de l'institution de prévoyance cédante est déterminante. Cette règle s'applique également pour le risque vieillesse et la constitution de provisions techniques pour le financement de l'effectif assuré notamment. Confirmation de la jurisprudence publiée aux ATF 140 V 121.

**ATF 144 V 166 (9C\_595/2017)**

Pour le calcul de la surindemnisation selon l'art. 34a al. 1 LPP, il faut partir du principe qu'une capacité résiduelle de travail de seulement 10 % n'est théoriquement pas exploitable. C'est pourquoi, en règle générale, il n'y pas lieu de tenir compte d'un revenu hypothétique correspondant.

**ATF 144 V 173 (9C\_649/2017 / 9C\_652/2017)**

Un employeur ne saurait se soustraire aux engagements (d'assainissement) pris contractuellement envers une institution de prévoyance, en contrevenant préalablement à la clause d'exclusivité du contrat d'affiliation, de sorte que l'institution de prévoyance (respectivement l'œuvre de prévoyance) s'est transformée en une caisse ne comptant plus que des retraités (article 65d LPP).

**ATF 144 V 236 (9C\_161/2018)**

Contrôle abstrait des normes : la dissolution de la provision destinée à l'adaptation des rentes au renchérissement et l'utilisation envisagée des fonds devenus ainsi disponibles ne constituent pas un détournement des fonds de prévoyance. Le § 22 al. 4 let. b de la loi cantonale sur la Caisse de pensions du Canton de Soleure est conforme au droit fédéral.

**ATF 144 V 264 (9C\_657/2017)**

Le TF s'est penché sur la légalité d'une disposition en matière de provisions, qui a été adoptée après la décision de liquidation partielle mais avant la date de la clôture du bilan (article 53d LPP et 48e OPP 2). Bien-fondé de la (première) constitution de provisions, car la caisse de pension présentait un risque sérieux d'être transformée en caisse de rentiers.

Le TF confirme que la provision reste avant tout un moyen comptable qui sert à déterminer le montant des actifs et que le plus important pour déterminer la constitution justifiée d'une provision est le fondement objectif de cette dernière.

Lorsque la (première) liquidation partielle est suivie d'une deuxième, le contrôle de la légalité et du bien-fondé des provisions constituées dans le cadre de la deuxième liquidation partielle est en principe examiné à l'occasion de cette (deuxième) procédure de liquidation partielle.

**ATF 144 V 327 (9C\_118/2018)**

Conformément à l'article 20a LPP, être le bénéficiaire d'une clause en faveur du concubin survivant implique une durée ininterrompue de la communauté de vie d'au moins cinq ans immédiatement avant la mort de la personne assurée (réponse à la question laissée ouverte dans l'arrêt 9C\_284/2015 du 22 avril 2016).

**ATF 144 V 369 (9C\_102/2018)**

Le TF a examiné les conséquences d'une amélioration de la situation financière d'une caisse de pensions (publique – in casu, la caisse de pensions du canton de Zurich) entre la date de référence pour l'établissement du bilan de liquidation partielle et le transfert des prestations à la nouvelle institution de prévoyance de l'employeur sortant, en l'occurrence une commune.

Le TF a rappelé qu'un employeur a le droit de contester le plan de répartition, conformément à l'art. 53d al. 6 LPP. En revanche, dans le cas particulier et contrairement à l'avis du Tribunal administratif fédéral, il a nié le droit de la commune de réclamer une adaptation des fonds libres, provisions et réserves de fluctuation de valeurs à transférer. Premièrement, aucun intérêt moratoire n'est dû sur ces montants entre la date de référence pour l'établissement du bilan de liquidation partielle et le paiement effectif à la nouvelle institution de prévoyance. Deuxièmement, si en principe une modification du degré de couverture entraîne une adaptation des montants à transférer, cela ne pouvait être admis dans le cas d'espèce, dès lors que les prestations de sortie avaient été versées à 100% aux assurés sortants, compte tenu de l'engagement conventionnel pris par la commune sortante.

#### **ATF 144 V 376 (9C\_139/2018)**

En cas de résiliation du contrat de prévoyance surobligatoire (en tant que mesure de substitution au sens de l' ATF 130 V 9 consid. 5.1 p. 15), l'art. 14 al. 1 LFLP garantit les avantages acquis selon le principe de l'imputation dans la mesure où la prestation d'entrée constitue la valeur minimale pour le calcul du droit à la rente. Cette limite ne peut pas être réduite par voie réglementaire.

#### **ATF 145 V 18 (9C\_108/2018)**

Le TF a jugé que l'institution de prévoyance, ayant versé une prestation préalable selon l'art. 26 al. 4 LPP, ne pouvait pas réclamer des intérêts moratoires à la caisse de pensions finalement appelée à payer une rente d'invalidité.

Ce jugement se fonde sur le fait qu'il n'existait pas de relation contractuelle entre les deux institutions de prévoyance. De plus, le législateur n'a pas souhaité introduire une telle obligation à la charge de l'institution de prévoyance débitrice des prestations d'invalidité définitives.

#### **ATF 145 V 22 (9C\_104/2018)**

Les affiliations d'entreprises qui comptent un très petit nombre d'employés doivent être englobées dans la liquidation partielle d'une institution commune, lorsque leur contrat d'affiliation a été résilié en raison du même événement économique qui a provoqué la liquidation partielle. Cela vaut également lorsque la dissolution du contrat d'affiliation d'une de ces entreprises ne rendrait pas nécessaire, pour elle-même, la liquidation partielle (articles 53b al. 1 let. c et 53d al. 1 LPP).

#### **Arrêt (du TF) 9C\_249/2016 du 1<sup>er</sup> mars 2017**

Dans la prévoyance professionnelle obligatoire, la notion d'invalidité est la même que dans l'assurance-invalidité. En matière de prévoyance plus étendue, les institutions de prévoyance peuvent adopter dans leurs statuts ou règlements une notion différente (article 49 al. 2 LPP).

#### **Arrêt (du TF) 9C\_108/2016 du 29 mars 2017**

Concernant les prestations issues de la prévoyance professionnelle, l'article 35a LPP n'est applicable que si, et pour autant, qu'une relation de droit des assurances sociales ait existé entre l'institution de prévoyance et les bénéficiaires. L'article 35a LPP n'est pas applicable aux héritiers d'un assuré. La caisse de pension qui demande un remboursement aux héritiers d'un assuré (pour rentes versées indûment) doit donc le requérir sous l'angle des articles 62 ss CO.

#### **Arrêt (du TF) 9C\_149/2017 du 10 octobre 2017**

Article 15 al. 2 LPP et 12 OPP 2 : application du droit transitoire.

En 2015, un couple a divorcé. Sa cause a été transmise au tribunal cantonal des assurances pour partage par moitié des prestations de sortie LPP acquises par les époux pendant le mariage. Selon l'article 7d al. 2 du Titre final du CC, les procès en divorce pendants devant une instance cantonale sont soumis au nouveau droit dès l'entrée en vigueur de la modification du 19 juin 2015.

Les modalités de la fixation des intérêts compensatoires sont fondées sur le principe du calcul continu des intérêts déduit de l'article 2 al. 3 LFLP. Le droit, sans discontinuité, à des intérêts compensatoires

sur l’avoir de prévoyance garantit le maintien de la prévoyance. Ces principes sont aussi applicables à une prestation de sortie qui se trouve auprès d’une institution de libre passage. S’agissant du taux d’intérêt applicable, il s’agit du taux minimal fixé par l’article 12 OPP 2 pendant la période donnée. Ce taux unique, établi indépendamment du taux effectivement appliqué pendant la période concernée, a été introduit en tant que simplification administrative en vue du calcul de la prestation de sortie acquise durant le mariage. Ne sont pas concernées les prétentions relevant du 1<sup>er</sup> et du 3<sup>ème</sup> pilier.

#### **Arrêt (du TF) 9C\_533/2017 du 28 mai 2018**

Le TF rappelle qu’une capacité de travail de plus de 80% (et non seulement de 80%) dans une activité lucrative adaptée pendant plus de 3 mois est nécessaire pour interrompre la connexité temporelle.

#### **Arrêt (du TF) 5A\_443/2018 du 6 novembre 2018**

Les TF a confirmé que, selon les circonstances, il est possible de déroger à la règle du partage par moitié des avoirs de prévoyance professionnelle entre les époux. En l’espèce, l’époux avait maltraité ses enfants et n’avait travaillé que de manière épisodique pour une entreprise de plâtrier-peintre mais dépensait tout son argent dans les jeux d’argent. Partant, les circonstances particulièrement choquantes peuvent l’emporter sur les besoins économiques des époux et justifier une dérogation à la règle de la partage par moitié.

#### **Arrêt (du TF) 9C\_687/2017 du 2 février 2018**

Une institution de prévoyance est en droit de prélever des frais administratifs pour certaines opérations. En effet, le principe du financement paritaire (art. 66 LPP) ne s’oppose pas à prélever des frais administratifs auprès de certains assurés qui causent une charge administrative supérieure à d’autres. Le principe de l’égalité de traitement différencié est donc respecté. Le prélèvement de frais administratifs doit toutefois respecter le fait que seules les demandes particulières, allant au-delà des simples demandes de prestations selon le minimum LPP justifient un tel prélèvement et qu’une base réglementaire doit être prévue (art. 50 al. 1 let. c LPP).

#### **Arrêt (du TF) 9C\_277/2018 du 4 mars 2019**

Le TF a laissé la question ouverte de savoir si le Fonds de garantie pouvait valablement refuser de garantir des prestations à une personne, assurée au sein d’une fondation commune, ayant enfreint ses obligations, sur la base de l’art. 56 al. 5 LPP. Les juges fédéraux ont précisé qu’il n’était en tous les cas pas possible de limiter le droit aux prestations d’un assuré sur la base de cette dernière disposition si la violation provenait de tierces personnes. Aussi et dans tous les cas, le Fonds de garantie ne peut invoquer l’art. 56 al. 5 LPP pour refuser une garantie de prestations à des survivants d’un assuré ayant (éventuellement) causé un dommage à l’institution de prévoyance ou commis un abus, les droits pour survivants de la prévoyance professionnelle étant indépendants du droit des successions.

### **VIII. Assurance-invalidité**

#### **CourEDH requête n° 65550/13 du 11 décembre 2018**

Il n’est pas contraire à la Convention européenne des droits de l’Homme (CEDH) de faire dépendre l’octroi de prestations à caractère contributif de la condition du domicile et de la résidence effective en Suisse.

Procédant à la pondération des intérêts en présence, la Cour estime que dans la mesure où les prestations à caractère non contributif – en l’espèce une rente extraordinaire et une allocation pour impotent de l’assurance-invalidité – ne sont pas financées par des cotisations des personnes assurées, l’intérêt public à la réalisation de la solidarité dans les assurances sociales l’emporte sur l’intérêt de la requérante à pouvoir toucher des prestations aux mêmes conditions que les personnes ayant cotisé.

Le fait que la requérante n'ait pas pu cotiser pour des motifs indépendants de sa volonté, soit en raison d'un grave handicap l'affectant depuis sa naissance, ne change rien à cette analyse.

**ATF 143 V 66 (8C\_814/2016)**

L'objection d'incompétence à raison du lieu d'un office AI doit être soulevée sans délai, sous peine de péremption (article 5 al. 3 Cst, article 55 al. 1 LAI et article 40 al. 3 RAI, article 7 LPGGA).

**ATF 143 V 114 (9C\_56/2017)**

Article 13 al. 2 LPGGA, articles 6 al. 2, 9 al. 3 let. a et b et 13 LAI: Conditions d'assurance en relation avec des mesures de réadaptation dans le cas d'enfants nés invalides à l'étranger.

Selon l'art. 9 al. 3 let. b deuxième phrase LAI, les ressortissants étrangers âgés de moins de vingt ans qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ont notamment droit à des mesures de réadaptation si - en sus d'autres conditions d'assurance - ils sont eux-mêmes nés invalides à l'étranger et leur mère a résidé à l'étranger durant deux mois au plus immédiatement avant leur naissance. Pour calculer le délai du séjour de deux mois, il faut compter rétroactivement deux mois en partant du jour de l'accouchement effectif. L'élément constitutif de « résider » doit être compris d'une manière large, soit le fait de « se trouver » dans un pays étranger. Cette notion n'équivaut pas à la notion de « résidence habituelle » qualifiée au sens de l'art. 13 al. 2 LPGGA.

**ATF 143 V 190 (9C\_640/2016)**

Confirmation de jurisprudence (ATF 132 V 215). Articles 8 al. 1, 1bis et 3 let. d, 21 al. 1, 2 et 3 LAI, articles 2 al. 1, 2 et 4 OMAI, chiffre 1.01 de l'annexe à l'OMAI: remise d'une prothèse de la cuisse équipée d'un genou articulé GENIUM comme mesure de réadaptation. Examen du droit à un système d'articulation du genou GENIUM sous l'angle du caractère approprié, nécessaire et adéquat d'un point de vue personnel, matériel, financier et temporel.

La prothèse de la cuisse de type GENIUM entre en considération à titre de moyen auxiliaire pour l'assuré souffrant d'un handicap multiple (troubles visuels depuis la naissance et amputation de la jambe gauche au-dessus du genou). La remise de cette prothèse à la charge de l'assurance-invalidité est néanmoins limitée, en confirmation de l'ATF 132 V 215, aux cas dans lesquels il existe un besoin de réadaptation particulièrement élevé. Dans le cas d'espèce, des exigences professionnelles spéciales en ce qui concerne la mobilité et la sécurité pour marcher constituent un besoin de réadaptation particulièrement élevé. Le fait que la prothèse GENIUM ne figure pas dans le tarif de la FSCMA n'est pas déterminant.

**ATF 143 V 261 (9C\_849/2016)**

La condition d'assurance selon les articles 6 al. 2, 9, 13 et 42bis al. 2 LAI doit exister soit parce que l'enfant est lui-même affilié, soit parce que les « conditions de rattrapage » de l'article 9 al. 2 sont remplies, pendant toute la durée du versement des prestations. La question en l'espèce est de savoir si l'enfant partageait les privilèges et immunités accordés à ses parents (fonctionnaires internationaux) ou si l'enfant était personnellement affilié à l'AVS/AI.

**ATF 143 V 305 (9C\_292/2017)**

Le N° 3358 des Directives sur les rentes (DR) n'est pas contraire à l'article 49ter al. 1 RAI selon lequel la formation se termine avec un diplôme ou un diplôme professionnel. En effet, la notion de formation englobe aussi les formations complémentaires ou celles qui visent une réorientation professionnelle selon la Directive sur les rentes. En l'espèce, l'assuré aurait droit à une rente d'enfant pour sa fille qui entreprend une seconde formation.

Au sens de l'ATF 134 V 15, la rente complémentaire d'invalidité pour enfant peut être versée directement à l'enfant majeur s'il le demande expressément (article 71 al. 3 RAVS).

En l'occurrence, le calcul de surindemnisation de l'article 20 al. 2 LAA fait obstacle au versement de la rente d'enfant.

**ATF 143 V 409 (8C\_841/2016)**

Changement de jurisprudence. Article 4 al. 1 LAI en liaison avec les articles 6 à 8 LPGA (en particulier l'art. 7 al. 2 LPGA); article 28 al. 1 LAI : la preuve du caractère invalidant d'un trouble doit être apportée selon la même procédure probatoire structurée que pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281). La personne assurée conserve le fardeau de la preuve du caractère invalidant de sa pathologie. Le médecin, respectivement l'expert, doit expliquer de manière plausible, comment un trouble dépressif léger ou moyen entraîne des limitations fonctionnelles qui se répercutent sur la capacité de travail de la personne assurée.

Cependant, contrairement à l'ATF 141 V 281, on peut renoncer à la procédure probatoire lorsque cela n'est pas nécessaire pour établir les faits. Il en est ainsi lorsque l'on se trouve en présence de diagnostics « assimilables » à des troubles physiques et que les évaluations médicales sont claires et concordantes, ou lorsque des rapports médicaux ayant pleine valeur probante concluent de manière convaincante à une incapacité de travail, sans que d'autres rapports de valeur équivalente n'établissent le contraire.

**ATF 143 V 431 (9C\_535/2017)**

Précision de jurisprudence. L'assuré, au bénéfice d'une rente entière depuis 2005, a violé son devoir d'annonce en taisant le fait qu'il avait repris une activité de chauffeur poids-lourds depuis 2008. Dans le cas d'une violation de l'obligation de renseigner, il n'est pas contraire au droit fédéral de juger la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail d'un assuré proche de l'âge de la retraite au moment où la diminution respectivement la suppression de la rente entre en considération selon l'art. 88bis al. 2 let. b RAI (en précision à la jurisprudence rendue à l'ATF 138 V 457).

**ATF 144 V 50 (8C\_409/2017)**

Rappel de la jurisprudence 141 V 281 concernant le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une pathologie associée. Le TF rappelle que des constatations de fait ne sont pas déjà arbitraires parce qu'elles ne correspondent pas à la perception que la personne assurée a de sa situation. Il faut au contraire que le caractère erroné de leurs constatations soit évident et saute aux yeux. Ces conditions n'étaient pas remplies en l'espèce.

**ATF 144 V 97 (9C\_827/2017)**

Le retrait rétroactif de l'assistance judiciaire au motif que la personne, auparavant dans le besoin, peut désormais assumer seule les coûts de la procédure, notamment grâce à un versement rétroactif de rentes, nécessite une base légale. Comme la loi ne prévoit pas le principe de restitution, l'article 55 al. 1 LPGA ne permet pas d'appliquer l'article 65 al. 4 PA par renvoi et le retrait rétroactif de l'assistance judiciaire déjà accordé ne peut être valablement exécuté.

**ATF 144 V 224 (8C\_655/2017)**

Puisque les articles 73 LAI et 104bis RAI ont été abrogés au 31 décembre 2007, le TF devait trancher la question de l'application d'un délai de prescription et a estimé que les dispositions transitoires de la modification du 6 octobre 2006 (LAI) prévoyant un délai de prescription de 5 ans (al. 3) prévalaient sur le délai de 10 ans prévu à l'art. 32 al. 2 de la loi fédérale sur les aides financières et les indemnités (LSu) (c. 6.3.3). En effet, non seulement la loi fédérale sur les aides financières et les indemnités (LSu) représente une *lex generalis* à l'égard des dispositions transitoires de la modification du 6 octobre 2006 (LAI), mais cette dernière est également une *lex posterior*.

**ATF 144 V 319 (9C\_904/2017)**

Le droit à l'installation de WC-douches et WC-séchoirs existe également si leur utilisation nécessite une assistance. Dans le cadre du droit à la substitution de la prestation, les adaptations structurelles décrites précisément et séparément doivent également pouvoir être matériellement attribuées à un chiffre de l'annexe OMAI. Sont déterminantes les circonstances concrètes du projet de construction

réalisé. L'accès de plain-pied à la terrasse, adjacente à la salle de séjour, peut relever du ch. 14.04 de l'annexe OMAI.

#### **ATF 144 V 361 (8C\_299/2018)**

Le TF se prononce ici sur la question qu'il avait laissée ouverte à l'ATF 137 V 351 c. 5.1, question qui est celle de savoir si l'octroi d'une allocation pour impotent peut intervenir avant que ne soit écoulé un délai d'attente d'une année. A cette question, le TF répond qu'il ne partage pas l'avis de Meyer/Reichmuth, suivant lequel l'allocation pour impotent peut, comme avant, continuer d'être versée avant l'écoulement d'un délai d'un an, ce lorsque l'on a affaire à une impotence durable et définitive au sens de l'art. 29 al. 1. lit. a LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

#### **ATF 144 V 411 (8C\_324/2018)**

Le TF rappelle que la notion de travailleur au sens de l'art. 1a LAA est plus large que celle que l'on rencontre en droit du travail, rappelant sa jurisprudence en la matière. Il retient qu'il n'y a pas de raison de traiter différemment, sous l'angle de l'assujettissement à l'assurance-accidents obligatoire, une mesure de placement à l'essai d'un stage ou d'un volontariat.

L'assuré n'exerçait pas, durant l'exécution de la mesure de placement, une simple activité de complaisance. L'activité qu'il déployait constituait un véritable engagement pour lequel l'entreprise y trouvait un intérêt économique. Il participait au processus d'exploitation de cette société et était, de ce fait, soumis – preuve en est l'accident dont il a été victime – aux mêmes risques professionnels que les autres travailleurs de l'entreprise. Le TF a dès lors admis que celui-ci était obligatoirement assuré contre les accidents auprès de la CNA, écartant les arguments de l'assureur. Le TF n'a pas retenu la Recommandation n° 01/2007 du 12 mars 2007 de la Commission ad hoc des sinistres LAA, qui exceptait la couverture LAA pour les essais de travail selon l'art. 18a LAI, rappelant que de telles recommandations n'avaient pas valeur d'ordonnances administratives ni de directives d'une autorité de surveillance aux autorités d'exécution de la loi. Il s'agit de simples recommandations qui ne lient pas le juge.

En définitive, une personne au bénéfice d'une mesure de placement à l'essai de l'assurance-invalidité au sens de l'art. 18a LAI est obligatoirement assurée contre le risque d'accident.

#### **ATF 145 V 2 (8C\_163/2018)**

La personne bénéficiaire d'une rente qui dispose de capacités à se réadapter sur le marché du travail - indépendamment de l'existence d'un motif de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA - n'a pas seulement le droit mais aussi l'obligation de participer aux mesures de nouvelle réadaptation raisonnablement exigibles. La capacité subjective à se réadapter du bénéficiaire de rente ne constitue pas une condition pour la mise en œuvre de telles mesures.

#### **Arrêt (du TF) 8C\_283/2016 du 24 janvier 2017**

Le bénéficiaire d'une allocation pour impotent (API) qui aurait eu droit à des montants plus élevés en raison de la réévaluation de l'API pour les personnes ne vivant pas dans un home, ne peut obtenir la différence pour une période excédant les cinq années précédant sa demande.

#### **Arrêt (du TF) 9C\_541/2016 du 26 janvier 2017**

Lorsque le Tribunal cantonal des assurances met en œuvre une expertise judiciaire, il est fondé, dans certaines circonstances qui ne sont pas discutées en l'espèce, à mettre les frais de l'expertise à charge de l'office AI. Si l'expertise est confiée à un COMAI, le Tribunal est lié par le tarif établi par les accords conclus par l'OFAS et le COMAI en question. Le TF est revenu sur cette jurisprudence dans son arrêt 8C\_113/2017.

**Arrêt (du TF) 8C\_716/2016 du 1<sup>er</sup> février 2017**

Le TF retient que l’assuré a le droit à un reclassement professionnel comme informaticien. Il a également droit à une « grande » indemnité journalière de 80% (articles 23 al. 1 et 24 al. 1 LAI), car il avait terminé sa première formation par l’obtention d’un CFC de charpentier et travaillé plus de 6 mois dans la formation apprise avec un revenu approprié.

**Arrêt (du TF) 8C\_787/2016 du 8 février 2017**

La preuve de la notification d’une mise en demeure concernant l’obligation de diminuer le dommage incombe à l’administration.

**Arrêt (du TF) 9C\_270/2016 du 13 février 2017**

Les articles 13 al. 1 et 14 al. 1 let. a LAI ne prévoient pas de limitation maximale de temps pour le remboursement des prestations de soins pédiatriques à domicile constituant des mesures médicales nécessaires ordonnées par le médecin et étant dispensées à domicile pour les malformations de naissance. Une telle limitation de temps ne peut être déduite de l’ordonnance (OAI).

**Arrêt (du TF) 9C\_457/2016 du 13 février 2017**

Demande d’un assuré pour la prise en charge par l’assurance d’une prothèse avec genou électronique de type C-Leg. Le TF rappelle que la seule commercialisation d’un moyen auxiliaire plus performant ne peut faire apparaître l’ancien moyen inadéquat aussi longtemps que celui-ci répond aux besoins de l’assuré, en particulier au regard de l’intégration professionnelle.

**Arrêt (du TF) 9C\_770/2016 du 14 février 2017**

Article 29 quinquies al. 4 let. a LAVS: l’épouse du bénéficiaire d’une rente AI se voit également reconnaître le droit à une telle rente. Cependant, le calcul du montant de sa rente ne doit pas tenir compte du splitting des revenus réalisés entre le moment où son époux s’est vu ouvrir le droit à une rente et le moment où elle-même a été reconnue invalide.

**Arrêt (du TF) 9C\_722/2016 du 17 février 2017**

Article 28a al. 1 et 2 LAI: le TF rappelle que pour déterminer la méthode d’évaluation de l’invalidité applicable à un cas particulier, il faut se demander ce que l’assuré aurait fait si l’atteinte à la santé n’était pas survenue. Lorsque l’assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d’examiner à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide, il aurait consacré l’essentiel de son activité à son ménage ou s’il aurait exercé une activité lucrative.

**Arrêt (du TF) 9C\_487/2016 du 3 mars 2017**

Il y a lieu de considérer que l’enfant d’un assuré suit une formation lorsque celle-ci est régulière, reconnue de jure ou de facto, à laquelle il consacre la majeure partie de son temps et se prépare systématiquement à un diplôme professionnel ou obtient une formation. Ceci donne droit à une rente complémentaire pour enfant.

**Arrêt (du TF) 9C\_75/2017 du 27 mars 2017**

Les séquelles d’une erreur médicale commise dans le cadre de la prise en charge d’une infirmité congénitale ne font pas partie de cette infirmité et leur traitement ne donne pas droit aux mesures médicales selon l’art. 13 LAI.

**Arrêt (du TF) 9C\_753/2016 du 3 avril 2017**

L’assuré majeur, vivant chez lui et percevant une allocation pour impotent, a droit à la contribution d’assistance. Le Conseil fédéral édicte les règles applicables aux personnes dont la capacité d’exercer les droits civils est restreinte (article 39b RAI). Devoir de conseil de l’assureur social non respecté en l’espèce, l’assuré est donc protégé dans sa bonne foi et peut bénéficier d’une contribution d’assistance pour adulte.



**Arrêt (du TF) 9C\_661/2016 du 19 avril 2017**

Articles 8 et 21 LAI et 2 OMAI: dans le cadre de l’octroi de moyens auxiliaires, il incombe à l’administration de procéder à une pesée des intérêts. Plus la mise à contribution de l’assureur est importante, plus les exigences posées à l’obligation de réduire le dommage devront être sévères.

**Arrêt (du TF) 9C\_163/2017 du 2 mai 2017**

L’art. 26 RAI prévoit des règles particulières pour les assurés qui ont été empêchés, à cause de leur invalidité, d’acquérir des connaissances professionnelles suffisantes (al. 1) ou d’achever leur formation professionnelle (al. 2). Pour ce second cas, l’art. 26 al. 2 RAI prévoit que lorsque l’assuré a été empêché par son invalidité d’achever sa formation professionnelle, le revenu qu’il pourrait obtenir s’il n’était pas invalide est le revenu moyen d’un travailleur de la profession à laquelle il se préparait.

**Arrêt (du TF) 8C\_5/2017 du 11 mai 2017**

Confirmation de jurisprudence selon laquelle les troubles dépressifs de gravité légère à moyenne ne sont considérés comme invalidants que s’ils résistent à un traitement médical entrepris *lege artis*. En cas de trouble de gravité moyenne, l’examen de son caractère invalidant doit faire l’objet d’un examen minutieux. Il n’est pas possible de partir du principe que ces troubles sont à même d’entraîner une incapacité de gain durable. En effet, il faut que les options thérapeutiques aient été épuisées, de telle sorte que l’on puisse parler de résistance au traitement.

**Arrêt (du TF) 9C\_605/2016 et 9C\_606/2016 du 11 mai 2017**

Le TF confirme le rejet d’une demande d’allocation pour impotent déposée en faveur de jumeaux d’origine érythréenne nés le 25 août 2012 au bénéfice d’une admission provisoire (permis F). Le besoin en soins allant au-delà de celui d’un enfant mineur du même âge existe depuis la naissance des jumeaux, qui sont atteints d’une infirmité congénitale. C’est à ce moment que l’invalidité est survenue. Les parents n’étaient alors domiciliés en Suisse que depuis un peu plus de deux mois et n’avaient ainsi pas cotisé une année entière au moment de la survenance de l’invalidité.

**Arrêt (du TF) 8C\_166/2017 du 3 juillet 2017**

Le TF rappelle à quelles conditions (strictes) on peut tenir compte, dans le cadre de la méthode mixte de l’évaluation de l’invalidité, des « Wechselwirkungen » entre la part active et la part ménagère de l’activité. Il faut alors toujours tenir compte des circonstances du cas concret.

**Arrêt (du TF) 9C\_648/2016 du 12 juillet 2017**

Pour déterminer le taux d’invalidité, la variante de la méthode de comparaison des revenus (art. 16 LPG) consistant à comparer uniquement les pourcentages d’occupation n’est possible que si l’assuré, sans l’atteinte à la santé, pourrait reprendre son poste, ou si la place de travail occupée jusque-là représente la meilleure solution possible d’insertion professionnelle.

**Arrêt (du TF) 9C\_138/2017 du 20 juillet 2017**

Les mesures médicales concernant des troubles du spectre autistique sont octroyées si les symptômes nécessitant un traitement se sont manifestés avant l’accomplissement de la cinquième année du requérant (article 13 LAI).

**Arrêt (du TF) 8C\_45/2017 du 26 juillet 2017**

Le TF rappelle que les preuves recueillies de manière illicite peuvent être utilisées s’il existe un intérêt public prépondérant (9C\_806/2016).

**Arrêt (du TF) 9C\_58/2017 du 3 août 2017**

Le droit au reclassement (article 17 LAI) présuppose que l’assuré ait obtenu, avant la survenance de l’invalidité, un revenu provenant d’une activité lucrative d’une certaine importance économique.

**Arrêt (du TF) 8C\_381/2017 du 7 août 2017**

L’octroi ou non d’un abattement sur le revenu d’invalidé déterminé au moyen des statistiques est une question de droit, tandis que la mesure d’un tel abattement relève d’une question d’appréciation. En l’espèce, un abattement de 20% retenu initialement par l’Office AI et permettant l’octroi d’un quart de rente, ne se justifiait pas du tout.

**Arrêt (du TF) 9C\_93/2017 du 29 août 2017**

Un siège au sens du ch. 13.02 de l’annexe à l’OMAI ne peut être pris en charge par l’assurance-invalidité que s’il est destiné à la réadaptation. Une finalité de réadaptation l’emporte sur l’amélioration de l’état de santé qui, de manière collatérale, pourrait découler de l’utilisation de ce moyen auxiliaire en l’espèce.

**Arrêt (du TF) 9C\_531 et 532/2017 du 15 septembre 2017**

Pour satisfaire aux exigences du nouvel article 50b OAMal, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2017, le volet neuropsychologique des expertises pluridisciplinaires doit désormais être réalisé par des spécialistes disposant des mêmes qualifications que ceux qui fournissent des prestations neuropsychologiques dans l’assurance obligatoire des soins.

**Arrêt (du TF) 9C\_326/2017 du 18 septembre 2017**

Confirmation de jurisprudence selon laquelle le début du droit à l’allocation pour impotent se détermine conformément à l’article 28 al. 1 LAI, de sorte que l’assuré se voit imposer un délai d’attente d’une année à partir du moment où il a besoin d’aide pour la première fois.

**Arrêt (du TF) 9C\_421/2017 du 19 septembre 2017**

Un assuré atteint dans sa santé qui présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée, mais avec une diminution de rendement de 30%, ne doit pas subir un abattement de 5% en raison de la pénalisation découlant de l’exercice d’une activité à temps partiel.

**Arrêt (du TF) 9C\_596/2016 du 26 septembre 2017**

Le diagnostic du trouble dépressif atypique ne peut pas être écarté d’entrée de cause au motif qu’il ne serait, à lui seul, pas invalidant. Il faut appliquer les indicateurs de l’ATF 141 V 281. Le Tribunal fédéral reproche aux premiers juges de n’avoir tenu compte, de manière sélective, que des aspects défavorables à l’assurée. Il est rappelé qu’à l’ATF 141 V 281, le TF a abandonné la présomption selon laquelle les troubles ou les effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Par ailleurs, une nouvelle grille d’évaluation normative et structurée fondée sur un catalogue d’indicateurs a été définie.

**Arrêt (du TF) 8C\_391/2017 du 6 octobre 2017**

Un enfant atteint d’une anomalie congénitale de réfraction (ch. 425 Annexe OIC) qui remplit les conditions pour bénéficier de deux paires de lunettes (cf. N 2071 CMAI) peut, en application du principe de proportionnalité (cf. art. 8 al. 1 LAI) obtenir des lentilles de contact en lieu et place de la seconde paire de lunettes.

**Arrêt (du TF) 9C\_330/2017 du 14 décembre 2017**

Articles 42 LAI, 37 et 38 RAI : besoin d’accompagnement de l’invalidé pour faire face aux nécessités de la vie. Dans un premier temps, il convient d’examiner la nécessité de l’aide apportée par une tierce personne de manière objective, selon l’état de santé de l’assuré. En second lieu, l’on examine l’assistance que lui apporte les membres de sa famille. L’aide ne doit pas être excessive ou disproportionnée.

**Arrêt (du TF) 9C\_469/2017 du 10 janvier 2018**

Le TF a considéré que l’atteinte dont souffrait la recourante faisait partie d’un ensemble de malformations physiques dû au syndrome génétique dont elle souffrait et donc la prise en charge de l’intervention médicale litigieuse ne suffirait pas à elle seule à assurer une amélioration durable et importante de la capacité de gain ou de l’accomplissement de travaux habituels ni ne préserverait sa capacité de gain d’une diminution notable au sens de l’article 12 al. 1 LAI. Les conditions de cette disposition n’étant pas remplies, l’office AI refuse de prendre en charge les frais d’intervention.

Au surplus, le TF considère que les frais découlant de la mise en œuvre d’une expertise judiciaire pluridisciplinaire confiée à un COMAI peuvent être mis à la charge de l’assurance-invalidité. Ceci est envisageable uniquement s’il s’agit de frais relatifs à la procédure administrative au sens de l’article 45 LPGA, et non de frais de justice au sens de l’article 69 al. 1bis LAI. Il doit exister un lien entre les défauts de l’instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire.

Application de la jurisprudence di Trizio. Le TF a considéré que l’application dans l’assurance-invalidité de la méthode mixte d’évaluation de l’invalidité à une assurée qui, sans atteinte à la santé, n’aurait travaillé qu’à temps partiel après la naissance de ses enfants et s’est vu de ce fait supprimer la rente d’invalidité en application des règles sur la révision de la rente constitue une violation de l’article 14 CEDH en relation avec l’article 8 CEDH. Ce n’est que lorsqu’une rente est supprimée ou réduite dans le cadre d’une révision et dans la mesure où la suppression, respectivement la diminution de la rente, intervient à la suite d’un changement de statut de « personne exerçant une activité lucrative à plein temps » à « personne exerçant une activité lucrative à temps partiel » qui trouve sa cause dans des motifs d’ordre familial que l’application de la méthode mixte se révèle contraire à la CEDH (ATF 143 V 77).

**Arrêt (du TF) 9C\_809/2017 du 27 mars 2018**

Le TF rappelle que ni le déconditionnement issu d’un mode de vie sédentaire et inactif ni celui lié à une longue interruption de l’activité professionnelle ne suffisent en tant que tels pour admettre une diminution durable de la capacité de travail dans toute activité. Il souligne toutefois que lorsque le déconditionnement se révèle être la conséquence directe et inévitable d’une atteinte à la santé, son incidence sur la capacité de travail ne saurait être d’emblée niée.

**Arrêt (du TF) 9C\_635/2017 du 5 avril 2018**

Depuis la modification de l’annexe de l’OIC, la trisomie 21 figure comme infirmité congénitale (sous le ch. 489), de sorte que l’AI doit prendre en charge les mesures médicales pour l’ensemble des composantes de la trisomie 21, même celles qui ne figuraient pas à l’annexe à l’OIC, comme l’hypotonie musculaire.

En l’espèce, l’hypothyroïdie, considérée isolément, dont souffre l’intimée, née en 2003 et affectée de la trisomie 21, étant acquise et non congénitale au sens de l’art. 3 al. 2 LPGA (non survenue à la naissance, mais en 2012 selon ce qui ressort du dossier médical), son traitement ne peut être pris en charge par l’AI sur la base du ch. 463 de l’annexe à l’OIC : les conditions d’une prise en charge en cas d’affections polysymptomatiques ne sont pas réalisées. Par ailleurs, même si l’hypothyroïdie acquise devait être considérée comme une conséquence fréquente de la trisomie 21, soit comme affection secondaire d’une infirmité congénitale désormais reconnue (la trisomie 21), son traitement ne pourrait en l’occurrence être pris en charge par l’AI, les conditions d’assurance au sens de l’art. 9 al. 3 LAI n’étant pas remplies en lien avec la trisomie 21 : au moment de la naissance de l’intimée, soit de la survenance de la trisomie 21, les conditions de cotisations/de séjour minimum en Suisse n’étaient pas réalisées. L’octroi de mesures médicales en lien avec le ch. 489 de l’annexe à l’OIC n’est ainsi pas d’emblée exclu, même si l’assuré est né avant le 1er mars 2016.

**Arrêt (du TF) 9C\_17/2018 du 17 avril 2018**

L’absence prolongée du marché du travail n’est pas un motif d’abattement sur le revenu d’invalidité dans le contexte d’une activité adaptée relevant de tâches manuelles simples.

**Arrêt (du TF) 9C\_417/2017 du 19 avril 2018**

Expertise COMAI confiée par l'autorité inférieure. Dans le cadre de ce mandat, il est évident que le médecin psychiatre qui pratique l'expertise partielle de l'assurée connaît les conditions du mandat. Dès lors, selon le TF, cet expert SIM n'a pas besoin d'être rendu attentif une nouvelle fois aux conséquences pénales. L'expertise partielle ne saurait être déclarée inexploitable pour ce motif contrairement à ce que soutient la recourante.

**Arrêt (du TF) 9C\_142/2018 du 24 avril 2018**

Ce n'est que moyennant le respect de la procédure de mise en demeure prévue par l'art. 21 al. 4 LPGA qu'un droit à une rente d'invalidité peut être réduit ou refusé au motif que l'ayant droit n'a par le passé pas suivi les mesures thérapeutiques préconisées ou envisageables.

**Arrêt (du TF) 9C\_358/2017 du 2 mai 2018**

Application de la jurisprudence résultant de l'arrêt Di Trizio rendu par la CEDH le 2 février 2016. La suppression d'une rente d'invalidité dans le cadre d'une révision est contraire à la CEDH lorsque seuls des motifs d'ordre familial conduisent à un changement de statut de « personne exerçant une activité lucrative à plein temps » à « personne exerçant une activité lucrative à temps partiel ».

**Arrêt (du TF) 9C\_897/2017 du 4 mai 2018**

La jurisprudence limitant, dans le cadre de l'assurance-invalidité, la couverture sociale des personnes travaillant à temps partiel sans occuper le reste de leur temps à des « travaux habituels » (ATF 142 V 290) n'est pas discriminatoire, et conserve toute sa validité sous l'empire des nouveaux articles 27 et 27bis RAI.

**Arrêt (du TF) 9C\_869/2017 du 4 mai 2018**

En l'absence de revenus suffisamment stables, en l'espèce dans le cas d'un travailleur indépendant, le TF considère qu'il est juste de se fonder sur les statistiques salariales tirées de l'ESS pour déterminer le revenu de valide, ou revenu hypothétique.

**Arrêt (du TF) 8C\_859/2017 du 8 mai 2018**

Le remboursement des prestations de l'assurance-invalidité peut, en présence d'une obtention irrégulière ou d'une violation de l'obligation de renseigner, être demandé rétroactivement jusqu'au moment du changement notable, sans égard au point de savoir s'il y a un lien de causalité entre cette violation de l'obligation de renseigner ou cette obtention irrégulière et la continuation du versement de la prestation (article 88bis al. 2 let. b RAI).

Le moment auquel l'autorité compétente a eu connaissance de l'obtention irrégulière ou de la violation de l'obligation de renseigner est désormais sans pertinence dans la détermination de la période à l'égard de laquelle les prestations doivent être remboursées. La *ratio legis* est d'éviter qu'en cas de soupçon d'une telle obtention irrégulière ou violation du devoir de renseigner, l'autorité compétente suspende de manière précipitée le versement des prestations ou que le bénéficiaire soit incité à retarder l'instruction de la situation.

**Arrêt (du TF) 8C\_657/2017 du 14 mai 2018**

Compte tenu des pratiques de la Clinique Corela, mises à jour dans le cadre de l'affaire ayant donné lieu à l'arrêt 2C\_32/2017 du 22.12.2017, on ne peut accorder pleine confiance aux conclusions d'une expertise (monodisciplinaire) pratiquée au sein du « département expertise » de la clinique. C'est donc à juste titre que les premiers juges s'en sont écartés.

**Arrêt (du TF) 8C\_858/2017 du 17 mai 2018**

Une assurée atteinte d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel de gravité moyenne, se voit refuser les prestations de l'assurance-invalidité au motif que l'origine du trouble est attribuable essentiellement à un contexte psycho-social particulièrement chargé. Le TF considère qu'il y a des

motifs suffisants pour renoncer à la mise en oeuvre d'une procédure probatoire structurée (ATF 141 V 281).

**Arrêt (du TF) 9C\_762/2017 du 30 mai 2018**

Le rapport d'évaluation en vue de l'octroi d'une allocation pour impotent qui repose uniquement sur un entretien entre le collaborateur de l'AI et la fille de la personne assurée, sans dialogue direct avec cette dernière, viole son droit à se déterminer sur la procédure d'instruction, ainsi que les règles en matière d'instruction du dossier.

**Arrêt (du TF) 9C\_677/2017 du 8 juin 2018**

Le droit à des mesures médicales de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI suppose que ces mesures soient de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain de la personne assurée ou l'accomplissement de ses travaux habituels, ou à les préserver d'une diminution notable. Pour les jeunes assurés, le succès de la réadaptation doit être considéré comme durable s'il paraît vraisemblable qu'il perdurera pendant une partie significative de l'activité attendue, cette dernière ne devant de son côté pas être sous-estimée.

L'examen doit se faire *in concreto*. Le fait que les médecins estiment que l'enfant ne pourra pas, à l'avenir, s'insérer sur le marché primaire du travail, mais pourra uniquement travailler dans un atelier protégé, ne suffit pas pour exclure un pronostic favorable. Il est en effet suffisant que la personne assurée soit capable, par son activité, de réaliser un revenu de quelques centaines de francs, ce qui est possible en travaillant dans un atelier protégé.

**Arrêt (du TF) 9C\_164/2018 du 27 juillet 2018**

Dans cette décision, le TF rappelle que n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ou de ses anciens employeurs mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide.

**Arrêt (du TF) 8C\_421/2018 du 28 août 2018**

Lorsque le traitement médical est nécessaire en raison d'une atteinte à la santé partiellement imputable à un accident, il appartient à l'assurance-accidents de prêter et non pas à l'assurance-invalidité, même si les frais médicaux sont en l'occurrence pris en charge par la caisse-maladie conformément à l'art. 1a al. 2 let. b LAMal en raison du fait qu'il s'agit d'un assuré mineur qui n'exerce pas d'activité professionnelle.

**Arrêt (du TF) 6B\_662/2018 du 5 septembre 2018**

L'article 31 LPGa, complété par l'article 77 RAI, règle la question de l'avis obligatoire en cas de modification des circonstances une fois que des prestations sociales ont été allouées. L'obligation d'informer existe indépendamment des contrôles effectués lors des procédures de révision. Par conséquent, un assuré est tenu de communiquer à l'office AI spontanément, immédiatement et avec suffisamment de précisions toutes les modifications importantes dont il a connaissance.

**Arrêt (du TF) 9C\_248/2018 du 19 septembre 2018**

Il y a lieu de tenir compte d'une capacité de travail moyenne lorsque la maladie a un caractère cyclique entraînant une fluctuation du taux de capacité de travail exigible, arrêté dans le cas particulier à 50% (0% en cas de crises survenant entre 7 et 14 jours par mois et 70% dans une activité adaptée hors des périodes de crises).

**Arrêt (du TF) 8C\_373/2018, 8C\_374/2018 du 26 septembre 2018**

Le tribunal cantonal des assurances a constaté que le recourant avait effectivement séjourné en Turquie du 10 mars 2009 au 19 octobre 2015. Faute de résidence en Suisse durant cette période, le recourant n'a donc droit, durant celle-ci ni à une rente extraordinaire, ni à une allocation pour

impotent, la résidence habituelle en Suisse étant, selon les art. 39 al. 1 (en relation avec l'art. 42 al. 1 LAVS) et 42 LAI, l'une des conditions mises à l'octroi de chacune de ces prestations.

#### **Arrêt (du TF) 9C\_659/2017 du 20 septembre 2018**

Le TF rappelle les cas que l'on qualifie d'aggravation ou de constellation similaire. Il peut s'agir d'une différence significative entre les douleurs ou les limitations décrites et le comportement ou l'anamnèse; d'une description vague de douleurs intenses; de l'absence de traitement adéquat; de plaintes démonstratives qui ne paraissent pas crédibles à l'expert; de la description de graves limitations dans la vie de tous les jours, alors que l'environnement psychosocial reste intact. En revanche, une simple exagération n'est pas suffisante. L'aggravation doit être clairement établie, et les limites d'une simple exagération doivent être dépassées sans doute possible. Par ailleurs, l'aggravation ne doit pas résulter d'une autre maladie psychique.

#### **Arrêt (du TF) 9C\_117/2018 du 19 octobre 2018**

Dans le contexte de la révision d'une rente d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit vérifier l'existence d'un changement important de circonstances propre à justifier l'augmentation, la réduction ou la suppression de la rente. Un tel examen ne peut intervenir qu'à la faveur d'une comparaison entre deux états de fait successifs. Cela implique que le point de départ temporel pour l'examen de la révision soit déterminé; ce point de départ correspond au dernier examen matériel de la situation de l'assuré.

Une expertise psychiatrique qui ne présente – comme dans le cas d'espèce – qu'une appréciation clinique différente d'une situation médicale demeurée inchangée ne constitue pas un changement de circonstances justifiant une révision.

#### **Arrêt (du TF) 9C\_477/2018 du 28 août 2018**

En septembre 2016, dans le cadre d'une demande AI, un assuré ne s'est pas rendu au centre d'expertise CEMEDEX mandaté par l'Office AI malgré la sommation adressée. Par décision de mai 2017, l'Office AI a refusé d'entrer en matière sur le droit aux prestations, décision confirmée par le TF.

Selon la jurisprudence, l'assureur social peut, conformément au principe de proportionnalité, suspendre ses prestations, respectivement ne pas entrer en matière sur la demande, jusqu'à ce que l'assuré se déclare prêt à se soumettre sans réserve à l'expertise ordonnée par une décision entrée en force. Mais l'accord de l'assuré à la mesure d'instruction ordonnée, exprimé postérieurement au prononcé de la décision fondée sur l'art. 43 al. 3 LPGA, ne rend pas sans effet le refus initial ayant entraîné la non-entrée en matière. C'est pourquoi un recours dans lequel l'assuré se déclare après coup prêt à se soumettre à l'expertise envisagée doit, cas échéant, être considéré comme une nouvelle demande. Ce nouvel examen du droit à la prestation pour le futur permet, sous l'angle du principe de la proportionnalité, de prendre en considération le fait que la sanction décidée (en l'espèce, non entrée en matière) ne concerne que la période pendant laquelle l'assuré refuse de collaborer.

#### **Arrêt (du TF) 9C\_294/2018 du 28 novembre 2018**

Un assuré au bénéfice d'une demi-rente de l'assurance-invalidité a fait l'objet d'une observation. Il conteste (uniquement) l'existence de soupçons (« Anfangsverdacht ») ayant justifié la mise en œuvre de cette surveillance, ce qui aurait interdit à l'office AI d'en exploiter le résultat pour mettre un terme à son droit aux prestations.

Pour le TF, le fait que, dans le cadre de l'instruction de la demande initiale de prestations, les médecins aient décrit une exagération des plaintes médicalement non explicable suffit à fonder un soupçon justifiant la surveillance, même si l'office AI a, au terme de l'instruction, octroyé une demi-rente en ayant connaissance de cette exagération.

**Arrêt (du TF) 9C\_483/2018 du 21 novembre 2018**

Une personne assurée chez qui une panique phobique en présence d’hommes a été diagnostiquée, qui se cantonne à faire ses courses au magasin du village, fait son ménage avec le soutien de son compagnon et promène son chien n’adopte pas un comportement contradictoire qui justifie la mise en œuvre d’une observation.

**Arrêt (du TF) 8C\_446/2018 du 18 décembre 2018**

En principe, un office AI condamné par le tribunal cantonal à prendre à sa charge les frais d’une expertise COMAI n’a pas à payer les frais afférents à l’annulation d’un rendez-vous. Le fait que la facture détaillée ne lui ait été transmise qu’après la notification du jugement viole son droit d’être entendu.

**Arrêt (du TF) 8C\_573/2018 du 8 janvier 2019**

Selon le TF, il n’existe pas de droit à un supplément pour soins intenses au sens de l’art. 39 al. 3 RAI si l’enfant n’a besoin de soins que pendant quelques heures par jour. Ce supplément vise à compenser une surveillance 24 heures sur 24, extrêmement stressante pour les parents. Un besoin de surveillance permanente peut être admis si, sans surveillance, la personne assurée est susceptible de mettre sa vie ou celle d’autres personnes en danger. Un rapport d’enquête peut être ordonné par l’office AI sur la base de l’art. 69 al. 2 RAI. Le rapporteur doit être une personne qualifiée connaissant les conditions locales et spatiales, les déficiences ainsi que les besoins résultant des diagnostics établis par le corps médical. En l’espèce, l’allocation pour impotence grave augmentée d’un supplément pour soins intenses correspondant à un surcroît d’aide de quatre heures et trois minutes par jour accordée par l’AI est conforme à l’état de santé de la recourante.

**Arrêt (du TF) 9C\_553/2018 du 22 janvier 2019**

Une atteinte de la tête après un traumatisme crânio-cérébral sans déficit organique fait partie, s’agissant de se prononcer sur ses effets invalidants, des atteintes psychosomatiques sans étiologie claire (SPECDO), et il convient de procéder en suivant les règles valables pour ces dernières.

**Arrêt (du TF) 8C\_774/2018 du 30 janvier 2019**

Le TF admet la recevabilité d’un recours dirigé contre une décision incidente refusant la restitution de l’effet suspensif demandée par le recourant devant le tribunal cantonal des assurances dans le cadre d’un recours contre une décision rendue par l’office AI lui ordonnant de se soumettre à une expertise. Le TF considère que le fait que l’office AI puisse contraindre l’assuré, en application de l’art. 43 al. 3 LPGA, à se soumettre à une expertise médicale sans qu’un tribunal ait statué, matériellement, sur le bien-fondé de l’expertise ou sur le respect des droits de participation, représente un préjudice difficile à réparer.

Le TF admet qu’en l’espèce, l’intérêt de l’assuré à faire usage de ses droits de participation et autres garanties de procédure l’emportait sur celui de l’assureur social, d’autant plus que ce dernier pouvait de toute manière suspendre le droit aux prestations dans l’intervalle, de sorte que ses intérêts financiers étaient sauvegardés.

**Arrêt (du TF) 9C\_623/2018 du 21 février 2019**

L’office AI réclame la restitution, pour les mois de février à septembre 2016, de rentes par Fr. 3'408.- (soit 8 x Fr. 426.-) à une bénéficiaire d’une rente pour enfant.

Le TF rappelle que la question en droit qu’il avait à examiner ici était celle de savoir si, pour invoquer sa bonne foi selon l’art. 25 al. 1 LPGA, la bénéficiaire de la rente pour enfant avait, pour la période allant de février à septembre 2016, fait preuve de l’attention exigible de la part d’une personne ayant

droit à une rente pour enfant. Or, étant donné que le TF voit que le seul élément qui parlerait en faveur d'un défaut d'attention de la bénéficiaire de la rente proviendrait de la lettre que l'office AI dit lui avoir envoyée, le 2 février 2006, il considère qu'il n'y a pas lieu de tenir compte de cet élément, puisque l'office AI n'a pas, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, réussi à prouver que la bénéficiaire de la rente avait bel et bien reçu sa lettre non recommandée du 2 février 2016 ; la règle étant, dans ce genre de cas, que la personne visée est réputée n'avoir, effectivement, pas reçu la lettre qu'elle a dit n'avoir pas reçue.

#### **Arrêt (du TF) 8C\_575/2018 du 30 janvier 2019**

Le TF rappelle les règles régissant l'arrondi des taux d'invalidité : jusqu'à un taux de X,49 %, le taux d'invalidité est arrondi à X %. A partir de X, 50 %, il est arrondi à (X + 1) %.

#### **Arrêt (du TF) 9C\_842/2018 du 7 mars 2019**

L'abattement consenti à la personne assurée qui ne pouvait plus travailler qu'à temps partiel et était restée longtemps éloigné du marché du travail – en l'espèce 15 % - doit être opéré sur la part du salaire statistique qu'elle est toujours susceptible de réaliser, le résultat obtenu devant ensuite être déduit de ladite part salariale. Compte tenu d'une capacité de travail résiduelle de 50 %, le calcul est ainsi : 1) 15 % de 50 % = 7,5 % ; 2) 50 % - 7,5 % = 42,5 %. La différence obtenue, soit 57,5 % (100 % - 42,5 %), correspond à la perte de gain effective.

Le raisonnement des premiers juges, qui avaient additionné le taux d'abattement (15 %) et le taux de l'incapacité de travail (50 %) pour aboutir à un taux d'invalidité de 65 % est contraire à la jurisprudence constante.

#### **Arrêt (du TF) 9C\_881/2018 du 6 mars 2019**

A la suite de l'arrêt de la Cour EDH Di Trizio, le Conseil fédéral a adopté le nouvel art. 27bis al. 2 à 4 RAI, pour évaluer l'invalidité selon la méthode mixte.

Le TF a jugé que cette nouvelle disposition ne s'appliquait pas lorsque la décision administrative litigieuse avait été rendue avant l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation. Ainsi, pour le TF, lors de l'examen du droit à la rente de l'assurance-invalidité, la date de la décision administrative circonscrit l'état de fait déterminant pouvant être soumis à l'examen du juge.

Celui-ci applique les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé qu'il n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse.

En droit des assurances sociales, la jurisprudence sur les situations exceptionnelles dans lesquelles une application immédiate du nouveau droit par l'instance de recours est possible ne s'applique pas.

Le droit à des prestations périodiques de l'assurance-invalidité ne relève en effet pas d'une situation impliquant des circonstances exceptionnelles dans lesquelles un intérêt public majeur justifierait une intervention immédiate pour empêcher la survenance d'effets irréversibles.

#### **Arrêt (du TF) 8C\_474/2018 du 11 mars 2019**

La recourante a incontestablement droit à un traitement médical pour ses anomalies congénitales. La question est de savoir si l'instance précédente a confirmé à juste titre la décision de l'office AI refusant la prise en charge des coûts de la greffe allogénique 12/12 MUD du 16 janvier 2014.

Le TF relève que dans le cas des maladies ultra-orphelines, il est reconnu que la preuve d'un bénéfice thérapeutique ne peut être fournie que dans une faible mesure. L'OFAS n'indique pas quelle autre méthode pourrait être décisive pour les maladies rares et les études y relatives sont manquantes. La



preuve scientifique apportée par le médecin pour l'approbation de la greffe de cellules souches doit être ici jugée satisfaisante.

Il reste à déterminer si cette greffe concernant le traitement des malformations congénitales reconnues selon l'Annexe 1, ch. 383 et 453 OIC est une mesure nécessaire, simple et adéquate. Dans le cas d'espèce, plusieurs questions demeurent ouvertes et devaient être résolues par une expertise médicale d'un point de vue hématologique et immunologique en prenant en compte les données médico-scientifiques internationales, ce qui n'a pas été fait. Le TF relève qu'il n'est pas clair non plus, si – et si oui lesquelles – des alternatives de traitement étaient disponibles le 16 janvier 2014. En s'abstenant de clarifier les questions de fait médicalement pertinentes, l'autorité précédente a violé le principe de l'instruction selon l'art. 61 let. c LPGA. Il s'ensuit qu'un expert médical spécialisé devrait répondre aux questions restées en suspens en sur la base du dossier.

#### **Arrêt (du TF) 9C\_318/2018 du 21 mars 2019**

L'avance de prestations versées par la caisse de pensions dans l'attente de la décision AI sur la base de son règlement constitue une avance faite en application de l'art. 85bis al. 2 let. b RAI (et non une avance librement consentie selon l'art. 85 al. 2bis let. a RAI).

Pour le remboursement de l'avance à la caisse de prévoyance, dans l'éventualité de l'art. 85bis al. 2 let. b RAI, le consentement de l'assuré n'est pas nécessaire ; il suffit que le droit au remboursement « sans équivoque » découle expressément d'une norme légale ou contractuelle.

Dans le cas d'espèce, l'assuré a donné son accord par écrit à la cession des droits futurs envers l'assurance-invalidité. Le TF retient ainsi que l'avance des prestations par la caisse de pension a été accordée sous la réserve non équivoque d'une compensation ultérieure avec des rentes de l'assurance-invalidité accordées rétroactivement pour la même période. Les conditions du remboursement de l'art. 85bis let. b RAI sont données sans besoin d'un nouveau consentement de l'assuré qui ne peut ainsi se prévaloir de la révocation ultérieure de son accord au remboursement.

Le consentement écrit de l'assuré suffit également si le règlement de la caisse de pension prévoit, comme en l'espèce, le remboursement des avances. Le TF a également admis que le consentement écrit de l'assuré pour le versement direct aux tiers ayant versé des avances peut suffire lorsque les conditions générales d'assurances prévoient un devoir de remboursement de l'assuré.

### **IX. Prestations complémentaires AVS/AI**

#### **ATF 143 V 9 (9C\_459/2016)**

L'art. 10 al. 2 let. a LPC n'impose pas aux cantons de fixer les taxes journalières également pour d'autres institutions que les établissements médico-sociaux reconnus selon l'art. 39 al. 3 LAMal. Ceci implique que les bénéficiaires de prestations complémentaires qui vivent dans un home ne doivent pas - en règle générale - requérir l'aide sociale.

Cette portée restreinte de l'art. 10 al. 2 let. a LPC peut aboutir à l'absence de droit à des prestations complémentaires annuelles et, par conséquent, en principe aussi, à l'absence de droit au remboursement des frais de maladie et d'invalidité. Cela peut être le cas lorsqu'une taxe journalière ne couvre pas les frais réels du home. Cela est admissible au regard de la Constitution (art. 190 Cst.).

#### **Arrêt (du TF) 9C\_607/2016 du 22 février 2017**

L'assurée de nationalité étrangère qui, à la date où son droit aux prestations complémentaires pouvait prendre naissance au plus tôt, comptait dix années de résidence ininterrompue en Suisse, a droit, sur le principe, à la prestation complémentaire annuelle même si, entre ce moment et celui où elle a

formellement demandé des prestations, elle s'est ensuite rendue pendant environ trois mois dans son pays d'origine. Pendant ce court laps de temps, elle n'a pas droit aux prestations complémentaires, faute de séjour en Suisse.

**Arrêt (du TF) 9C\_447/2016 du 1<sup>er</sup> mars 2017**

Une part d'héritage doit en principe être prise en compte, dans le calcul de la fortune selon l'article 11 al. 1 let. LPC, dès l'ouverture de la succession, soit dès le décès du de cujus. Exceptionnellement, il est possible de prendre en compte la part d'héritage uniquement quand l'ayant droit est réellement en mesure d'en disposer. C'est la fortune nette qui doit être prise en compte.

**Arrêt (du TF) 9C\_341/2017 du 27 septembre 2017**

Deux ex-époux perçoivent tous les deux des rentes d'invalidité. L'organe PC, après avoir recalculé le droit de l'ex-mari, réclame aux deux ex-époux, solidairement, le remboursement des prestations versées en trop. Le TF conteste le droit au remboursement de l'organe PC auprès de l'ex-épouse. En effet, il estime que l'attribution rétroactive de la rente AI ne permet pas de fonder, au sens de l'article 2 al. 1 let. a OPGA, une obligation de l'ex-épouse de rembourser les prestations complémentaires versées à son ex-mari.

**Arrêt (du TF) 9C\_110/2018 du 14 mai 2018**

Confirmation de jurisprudence. Le TF considère que le calcul du droit à des prestations complémentaires d'un étudiant au bénéfice d'une rente d'orphelin doit être effectué en prenant en considération le montant applicable à la couverture des besoins vitaux des enfants, lorsqu'il est exigible de sa part qu'il continue à vivre chez son parent. Le TF relève que l'assuré peut décider librement de vivre de manière indépendante avec sa compagne mais l'assurance sociale n'a pas à prendre en charge les conséquences financières de son choix s'il n'a pas les moyens et ressources nécessaires pour concrétiser celui-ci.

**Arrêt (du TF) 9C\_365/2018 du 12 septembre 2018**

Le TF constate que la dette de l'intimé envers les services sociaux à hauteur de CHF 150'000.- grève tout bonnement en fait et en droit le patrimoine de ce dernier, de telle sorte que dite dette doit être prise en compte. En effet, l'ensemble des circonstances étaye la prise en compte de la dette d'aide sociale lors de la détermination du droit aux prestations complémentaires.

**Arrêt (du TF) 9C\_396/2018 du 20 décembre 2018**

Le TF rappelle que les organes des prestations complémentaires sont liés par les décisions que le juge civil a rendues en matière de contributions d'entretien. Toutefois, si l'administration parvient, après un examen approprié, à la conclusion que le bénéficiaire de prestations complémentaires doit payer des contributions trop élevées par rapport à ses possibilités financières, elle doit lui fixer un délai approprié pour introduire une demande en modification du jugement civil. La personne qui augmente ses contributions d'entretien afin de les faire supporter par les prestations complémentaires commet un abus de droit au sens de l'art. 2 al. 2 CC.

Dans le cas d'espèce, le TF retient que dès lors que le recourant était au bénéfice d'une rente de vieillesse de l'AVS et de prestations complémentaires à l'AVS, il est douteux qu'on puisse exiger de sa part la poursuite de l'entretien d'enfants majeurs en formation fixée par convention de divorce ratifiée par jugement de divorce. Comme le recourant n'a pas entrepris les démarches requises et exigibles dans le délai raisonnable qui lui avait été imparti par la caisse à cet effet, il n'y a pas lieu de tenir compte des contributions d'entretien pour ses filles majeures à titre de dépenses dans le calcul des prestations complémentaires.

**Arrêt (du TF) 9C\_28/2018 du 21 décembre 2018**

Dans le calcul du droit aux prestations complémentaires à l'AVS/AI, le placement de sa fortune n'équivaut à une renonciation à cette dernière que si l'on devait envisager avec une haute

vraisemblance que dès le départ, le risque de perdre une part importante, voire l'intégralité de sa fortune était important.

## **X. Assurance-accidents**

### **ATF 143 V 148 (8C\_527/2016)**

Article 21 al. 1 LAA et articles 1 al. 2, 6 al. 2 OMAA: droit aux prestations pour soins et au remboursement des frais selon les articles 10 à 13 LAA après la liquidation du cas. Le refus d'une rente n'entraîne pas nécessairement la fin de la prise en charge de tels moyens auxiliaires par l'assureur-accidents.

L'art. 21 al. 1 LAA qui prévoit que l'assureur-accidents couvre les prestations pour soins et le remboursement des frais selon les articles 10 à 13 LAA uniquement si l'assuré est bénéficiaire d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et qu'il remplit une des conditions prévues aux let. a-d, ne vaut que lorsqu'il s'agit d'accorder une telle prestation (pour la première fois). Il ne concerne pas le cas dans lequel c'est la continuation de la prestation au-delà de la liquidation du cas qui est en discussion, ou qu'il est question de réparation ultérieure, d'adaptation ou de remplacement. Ici, il existe une garantie de l'acquis en fonction des besoins au-delà de la liquidation du cas.

### **ATF 143 V 285 (8C\_555/2016)**

Articles 6 al. 2 LAA, 9 al. 2 let. f OLAA (*dans leur version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016*): l'existence d'un événement accidentel est exclue lorsque la personne a accepté l'atteinte à sa santé au cas où elle se produirait (dol éventuel). En l'espèce, le fait de se blesser en donnant un coup de poing violent contre un mur pour exprimer sa colère ne constitue pas une lésion corporelle assimilée à un accident.

### **ATF 143 V 295 (8C\_228/2017)**

Le tribunal cantonal a-t-il obligé à juste titre l'assureur-accidents à accorder une rente de 24% d'invalidité au lieu de 15% à partir du 1<sup>er</sup> février 2013 ? Si on se base sur l'ESS 2012, il faut appliquer les données les plus récentes. Pour la comparaison des revenus, sont déterminantes les circonstances existant au moment du début du droit à la rente. En l'espèce, rien ne s'oppose donc à l'application de l'ESS 2012. La méthode qui consiste à appliquer la description des postes de travail (DPT) n'est applicable que pour la SUVA, et non pour les autres assureurs-accidents.

### **ATF 143 V 341 (8C\_108/2017)**

L'assureur et l'employeur, organe de l'assureur, doivent renseigner l'employé sur la possibilité de conclure une assurance par convention.

En ce qui concerne la conclusion en temps utile de la prolongation de la couverture d'assurance, l'assureur-accidents peut certes se fonder sur les indications de la personne assurée durant une première phase après le versement des primes d'assurance. Il ne peut toutefois tarder avec la vérification du respect du délai jusqu'à l'annonce d'un éventuel sinistre, dès lors que cela incite les personnes qui souhaitent prolonger la couverture d'assurance, mais qui ont agi tardivement, à ne pas se préoccuper de conclure une autre couverture d'assurance-accidents, ce qui heurte le principe de la bonne foi.

### **ATF 143 V 385 (8C\_617/2016)**

Article 3 LAA : la personne qui est liée à son employeur par un contrat de travail de durée déterminée selon l'article 334 CO qui a pris fin en octobre 2008, n'est plus soumise à la LAA le 3 juillet 2010 (même compte tenu de la couverture prolongée de 30 jours).

Les indemnités versées par l'assurance-maladie ne sont réputées salaires que lorsqu'elles remplacent le salaire dû par l'employeur en vertu de l'art. 324a CO. La question du droit au salaire est ainsi déterminante pour fixer la nature des indemnités journalières versées par l'assurance-maladie. Elle l'est également lorsqu'il s'agit de fixer le moment de la fin du droit à la couverture d'assurance-accidents. Lorsque l'employeur déroge au régime de base légal prévu par l'art. 324a al. 1 et 2 CO, les indemnités journalières doivent être considérées comme des prestations versées en lieu et place du salaire conformément à l'art. 7 al. 1 let. b OLAA aussi longtemps qu'elles sont dues selon le contrat d'assurance, mais au plus tard à la cessation des rapports de travail. En l'espèce, il y a lieu d'admettre que les parties avaient conclu un contrat de travail de durée déterminée qui avait pris fin avant l'épuisement du droit aux indemnités journalières en cas de maladie.

#### **ATF 143 V 393 (8C\_392/2017)**

Article 46 al. 2 LAA : cet article est applicable dans la mesure où la déclaration de sinistre ne correspond pas à la réalité des faits et qu'il y a un caractère intentionnel dans cette fausse déclaration afin de percevoir indûment des prestations d'assurance LAA. Cet article vise également à sanctionner l'assuré coupable de fausses déclarations intentionnelles en lui supprimant le droit à certaines prestations. Pour statuer sur l'application de l'article 46 al. 1 LAA, l'assureur et le juge des assurances sociales disposent d'un large pouvoir d'appréciation mais doivent respecter les principes de l'égalité de traitement et de la proportionnalité. Une condamnation pénale, en particulier pour escroquerie, n'est pas une condition nécessaire pour faire usage de l'art. 46 al. 2 LAA.

Etant donné que le salaire annoncé était beaucoup plus élevé que celui que l'assuré aurait réellement perçu, l'assureur était en droit de nier intégralement le droit aux indemnités journalières, respectivement le droit au remboursement. Il n'en va pas ainsi des frais de traitement étant donné que la survenance de l'accident n'est pas niée et que, de plus, le refus de l'octroi de prestations en nature porterait préjudice à un autre assureur social (l'assureur-maladie serait tenu de prendre ces frais à sa charge).

#### **ATF 144 V 29 (8C\_396/2017)**

Une assurée occupait un poste à temps partiel auprès d'un home et était donc couverte contre les accidents, pour cette activité, auprès de Swica. Parallèlement, elle était couverte pour le risque accident par la CNA pour une activité à temps partiel auprès d'un autre employeur. La CNA a rendu une décision selon laquelle une indemnité pour atteinte à l'intégrité et une rente d'invalidité devaient être versées à l'assurée suite à un accident non professionnel subi par cette dernière. L'assureur-accidents Swica a formé opposition au motif qu'aucune rente d'invalidité ne devait être versée. La CNA n'est pas entrée en matière au motif que Swica n'aurait pas qualité pour recourir.

Le TF considère que la qualité pour agir de Swica doit être reconnue, en qualité de deuxième assureur-accidents, dès lors qu'il est touché par la décision de la CNA qui le lie quant à l'étendue des prestations. Quand bien même Swica ne verse pas de prestations directement à l'assurée, il devra rembourser à la CNA la part lui incombant, selon l'art. 99 al. 2 OLAA.

#### **ATF 144 V 245 (8C\_148/2018)**

L'augmentation de la rente par voie de révision en cas de rechute et de séquelles tardives doit avoir lieu – comme en cas d'octroi initial d'une rente – au moment de l'arrêt du traitement médical. Les art. 88a al. 2 et 88bis al. 1 RAI ne sauraient être applicables par analogie. L'art. 88bis al. 2 RAI ne s'applique pas par analogie à la suppression ou la réduction par voie de reconsidération d'une rente de l'assurance-accidents sociale. C'est pourquoi la suppression ou la réduction peut avoir lieu avec effet rétroactif « ex tunc » et les mensualités perçues ainsi indûment doivent être restituées même s'il n'y a pas eu violation de l'obligation d'annoncer.

En cas de rechute ou de suites tardives, lorsqu'il n'y a pas de rente d'invalidité préalablement octroyée, il y a lieu d'appliquer le même principe qu'énoncé ci-dessus, et de retenir le moment de l'arrêt du traitement médical. Toutefois, le début du droit à la rente ne peut être antérieur à la date du dépôt de la demande de prestations, respectivement de l'annonce de la rechute ou de suites tardives.

En définitive, si - à la différence de la situation de fait jugée à l'arrêt ATF 140 V 65 - au moment de l'annonce de la rechute il n'y a pas lieu de mettre en œuvre un traitement médical, dont l'achèvement peut faire dépendre la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA), le début de ce droit doit être fixé au plus tôt au moment du dépôt de la demande, respectivement de l'annonce de la rechute.

#### **ATF 144 V 354 (8C\_819/2017)**

La suspension des prestations provisoires et la liquidation du cas avec examen des conditions du droit à la rente sont des questions si étroitement liées entre elles, qu'il faut partir du principe qu'il s'agit d'un seul objet du litige. Vu que l'art. 19 al. 1 LAA fait coïncider la suspension des prestations provisoires avec l'examen, le cas échéant la fixation, du droit à la rente, il n'y a pas de place pour une pratique divergente du tribunal cantonal, selon laquelle on se trouve en présence de deux objets litigieux différents lorsqu'il est question de la suspension des indemnités journalières et du traitement médical d'une part, et de l'examen des conditions du droit à la rente d'autre part.

#### **ATF 144 V 418 (8C\_62/2018)**

Les prestations pour soins et remboursement de frais au sens de l'art. 21 al. 1 let. c LAA sont des prestations durables. La suppression ultérieure de ces prestations ou la modification importante de l'étendue de celles-ci suppose l'existence d'un motif de révision au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA.

#### **Arrêt (du TF) 8C\_117/2016 du 27 janvier 2017**

Article 9 al. 1 et 2 LAA: maladie professionnelle. La condition d'un lien exclusif ou nettement prépondérant n'est réalisée que si la maladie a été causée à 75% au moins par l'exercice de l'activité professionnelle. Il n'existe pas de droit inconditionnel à la mise en œuvre d'une expertise médicale pour chaque cas d'épicondylite ou de troubles du même type.

#### **Arrêt (du TF) 8C\_128/2017 du 2 août 2017**

La SUVA a réduit les prestations en espèces de 50% d'un assuré au motif que celui-ci a commis une entreprise téméraire en plongeant dans le lac à un endroit où la profondeur d'eau n'était que de 50 cm. Le TF a admis le recours de l'assuré et a annulé la réduction des prestations. En effet, la SUVA n'a pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assuré avait plongé à un endroit où la profondeur était de 50 cm.

#### **Arrêt (du TF) 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017**

Le TF rappelle que le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. De l'avis du TF, les preuves médicales réunies au dossier laissent subsister des incertitudes quant à la situation médicale, dans la mesure où elles ne permettent pas de statuer en connaissance de cause sur la nature et l'origine de l'atteinte à la santé physique subie par le recourant. La cause est renvoyée à la CNA pour complément d'instruction.

#### **Arrêt (du TF) 8C\_388/2017 du 6 février 2018**

L'art. 46 al. 2 LAA permet à l'assureur de réduire ou de refuser les prestations à titre de sanction en cas de fausses informations données intentionnellement. L'assureur doit examiner une telle éventualité pour chaque prestation en particulier en respectant l'interdiction de l'arbitraire, ainsi que les principes de l'égalité de traitement et de proportionnalité. Une condamnation pénale, en particulier pour escroquerie, n'est pas une condition nécessaire pour faire usage de l'art. 46 al. 2 LAA. Cependant, le fait de se rendre à une course motorisée est considéré comme une entreprise téméraire absolue qui motive le refus de toutes les prestations.

#### **Arrêt (du TF) 8C\_387/2017 du 18 décembre 2017**

Article 3 al. 2 LAA : en cas d'accident pendant le versement des indemnités journalières maladie mais lorsque la personne n'est plus sous contrat de travail, l'accident n'est pas couvert par l'assurance-accidents de l'ancien employeur. Au surplus, le recours a été jugé téméraire au sens de l'article 61 let.

a LPGA car la partie pouvait reconnaître, d'une manière raisonnablement exigible, l'absence de chance de succès. Son comportement a été considéré comme incompréhensible car l'assuré savait pertinemment qu'au moment des accidents de 2012, il n'était plus couvert par l'assureur LAA de son ancien employeur.

#### **Arrêt (du TF) 8C\_600/2017 du 26 mars 2018**

La CNA a réduit de 50% les indemnités journalières allouées à un assuré au motif qu'il avait pris part à une rixe. La notion de participation à une rixe de l'art. 49 al. 2 OLAA ou à une bagarre est plus large que celle de l'art. 133 CP. Pour admettre l'existence d'une telle participation, il suffit que l'assuré entre dans la zone de danger, notamment en participant à une dispute. Peu importe qu'il ait effectivement pris part activement aux faits ou qu'il ait ou non commis une faute. En l'espèce, le TF considère qu'il n'y a pas eu de provocation de la part de l'assuré si bien que la CNA n'est pas admise à opérer une réduction de 50% des prestations.

#### **Arrêt (du TF) 8C\_302/2017 du 18 août 2017**

Le TF a conclu que les emplois à l'essai et les stages de formation sans salaire AVS des bénéficiaires de l'aide sociale étaient également assujettis à l'assurance obligatoire. Par conséquent, les emplois des bénéficiaires de l'aide sociale et des requérants d'asile relèveront à l'avenir de l'assurance-accidents de l'entreprise concernée et cette dernière sera tenue de les déclarer à l'assureur-accidents.

#### **Arrêt (du TF) 8C\_817/2017 du 31 août 2018**

ASSUAS a formé opposition et conclu au droit à une IPAI de 100 % et exposé que les motifs de l'opposition seraient exposés une fois en possession du dossier. Par la suite, ASSUAS a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité et à une IPAI de plus de 20 %. La Suva n'est pas entrée en matière sur le droit à une rente d'invalidité.

Aux termes de l'art. 10 al. 5 OPGA, si l'opposition ne satisfait pas aux exigences de la loi ou si elle n'est pas signée, l'assureur impartit un délai convenable pour réparer le vice, avec l'avertissement qu'à défaut, l'opposition ne sera pas recevable. En cas de représentation, l'octroi d'un délai supplémentaire en application des dispositions précitées s'impose uniquement dans la situation où l'avocat ou le mandataire professionnellement qualifié ne dispose plus de suffisamment de temps à l'intérieur du délai légal non prolongeable du recours, respectivement de l'opposition, pour motiver ou compléter la motivation insuffisante de l'écriture initiale. Il n'y a alors pas de comportement abusif de la part du mandataire professionnel s'il requiert immédiatement la consultation du dossier et motive ultérieurement l'écriture initiale qu'il a déposée dans le délai légal pour sauvegarder les droits de son mandant.

En l'occurrence, il restait à Assuas encore 26 jours avant l'échéance du délai légal pour compléter le cas échéant les conclusions et la motivation de son écriture d'opposition initiale. Cet intervalle de temps doit être considéré comme suffisant, surtout que les exigences de motivation ne sont pas très élevées en procédure d'opposition. Le TF a admis le recours de la Suva et jugé que la décision était entrée en force s'agissant du refus du droit à une rente d'invalidité.

#### **Arrêt (du TF) 8C\_324/2018 du 4 décembre 2018**

Le TF rappelle que la notion de travailleur au sens de l'art. 1a LAA est plus large que celle que l'on rencontre en droit du travail, rappelant sa jurisprudence en la matière. Il retient qu'il n'y a pas de raison de traiter différemment, sous l'angle de l'assujettissement à l'assurance-accidents obligatoire, une mesure de placement à l'essai d'un stage ou d'un volontariat.

L'assuré n'exerçait pas, durant l'exécution de la mesure de placement, une simple activité de complaisance. L'activité qu'il déployait constituait un véritable engagement pour lequel l'entreprise y trouvait un intérêt économique. Il participait au processus d'exploitation de cette société et était, de ce fait, soumis – preuve en est l'accident dont il a été victime – aux mêmes risques professionnels que les autres travailleurs de l'entreprise. Le TF a dès lors admis que celui-ci était obligatoirement assuré

contre les accidents auprès de la CNA, écartant les arguments de l'assureur. Celui-ci invoquait le Message du CF relatif à la révision 6A de la LAI, qui prévoyait d'insérer, à l'art. 1a OLAA, une disposition spécifique s'agissant du placement d'essai. Le TF considère qu'on ne peut pas déduire de ces textes que le législateur entendait exclure de l'assurance les personnes au bénéfice d'un placement à l'essai, la problématique réservée portant en premier lieu sur la question de la prise en charge des primes par l'assurance-invalidité. Le TF n'a pas davantage retenu la Recommandation n° 01/2007 du 12 mars 2007 de la Commission ad hoc des sinistres LAA, qui exceptait la couverture LAA pour les essais de travail selon l'art. 18a LAI, rappelant que de telles recommandations n'avaient pas valeur d'ordonnances administratives ni de directives d'une autorité de surveillance aux autorités d'exécution de la loi. Il s'agit de simples recommandations qui ne lient pas le juge.

#### **Arrêt (du TF) 8C\_191/2018 du 21 décembre 2018**

Les lésions dentaires, prises en charge par l'assurance-accidents, survenant lors de la mastication d'aliments revêtent le caractère d'accident lorsque les aliments contiennent un corps étranger dont la présence est extraordinaire. C'est notamment le cas de la présence d'un fragment de coquille de noix ou de noisette dans un pain aux noix, un gâteau aux noix, un croissant fourré ou un chocolat aux noisettes, même si l'on ne peut totalement exclure la présence d'un fragment de coquille dans ces aliments. C'est également le cas lorsqu'une personne se brise une dent sur un caillou en consommant une préparation de riz, même dans un pays en voie de développement, ou lorsqu'une personne se casse une dent sur un noyau d'olive en mangeant un pain aux olives qu'elle avait confectionné avec des olives provenant d'un sachet indiquant que les olives étaient dénoyautées. Ce n'est en revanche pas le cas lorsqu'une personne achète une pizza garnie d'olives sans précision quant au fait qu'elles soient dénoyautées ou non.

Dans le cas d'espèce, se fondant sur les photographies de l'emballage de la salade qui contenait les olives, le TF confirme la position du Tribunal cantonal et retient que l'on ne pouvait déterminer si les olives présentes dans la salade étaient dénoyautées ou non. Partant, faute de cause extérieure de caractère extraordinaire, il ne s'agit pas d'un accident au sens de l'article 4 LPGa.

#### **Arrêt (du TF) 8C\_253/2018 du 19 mars 2019**

Dans le cadre d'une révision de rente opérée en application de l'art. 17 al. 1 LPGa, un revenu d'invalidité (ou revenu avec invalidité) ayant augmenté peut constituer un motif de révision de la rente de l'assuré.

Le devoir d'annoncer son nouveau salaire ayant été violé, l'assuré s'est vu réclamer la restitution des prestations versées en trop, par Fr. 11'069.- (article 25 al. 1 LPGa). En présence d'une telle violation, la rente d'invalidité peut être supprimée avec effet rétroactif selon le TF.

### **XI. Allocations familiales**

#### **ATF 144 V 35 (8C\_464/2017)**

Lors d'un recours au TF sur une décision incidente, les conditions de l'article 93 al. 1 LTF doivent être réalisées. Les conditions qui doivent être réalisées sont que l'admission du recours puisse conduire immédiatement à une décision finale et que cette admission permette d'éviter une procédure probatoire longue et coûteuse. En l'espèce, les deux conditions sont réalisées, étant précisé qu'il est clair qu'en présence de rapports entre le père et la mère aussi tendus que ceux auxquels on a affaire, l'instruction ordonnée par le tribunal cantonal ne va pouvoir qu'être longue et difficile.

Le TF précise qu'il n'est pas du ressort des caisses de compensation pour allocations familiales de trancher les désaccords qu'il peut y avoir entre parents quant à l'utilisation concrète des allocations familiales ; ce rôle échoit aux autorités de protection de l'enfant.

**ATF 144 V 299 (8C\_716/2017)**

S'il existe entre les parents divorcés une convention claire en vertu de laquelle l'enfant vit chaque semaine chez sa mère et chez son père alternativement et que cela correspond également à la situation réelle, il y a lieu d'en tenir compte, de sorte que, dans ce cas, le droit aux allocations familiales ne peut pas être reconnu selon l'art. 7 al. 1 let. c LAFam. Le domicile civil de l'enfant n'est pas déterminant lors de l'examen de l'application de l'art. 7 al. 1 let. c LAFam.

Comme, en cas de garde alternée de durée égale, le canton de domicile de l'enfant selon l'art. 7 al. 1 let. d LAFam ne peut pas être défini en fonction de la réglementation sur la garde de l'enfant, le lieu de vie doit être établi en fonction de critères supplémentaires. Le domicile se trouve au lieu de résidence avec lequel les liens sont les plus étroits.

**Arrêt (du TF) 8C\_745/2017 du 5 février 2018**

Articles 1 al. 1 et 3 al. 1 let. b LAFam, 25 al. 5 LAVS et 49bis RAVS : les enfants en formation ont droit à une allocation de formation jusqu'à l'âge de 25 ans. L'article 49ter al. 3 RAVS complète ces dispositions en définissant les périodes qui ne sont pas assimilées à des périodes d'interruption de la formation. Les lettres a, b et c de cette disposition ne sont pas applicables cumulativement.

En l'espèce, le fils du recourant a servi dans l'armée durant 25 semaines, soit plus de 5 mois au sens de l'art. 49ter al 3 lit b RAVS, si bien qu'on doit considérer que sa formation a été interrompue. Par ailleurs, la période d'interruption entre l'obtention de la maturité fédérale à fin juin 2014 et le début de l'EPFZ en septembre 2015 a dépassé 13 mois, à savoir largement plus que les durées maximales prévues à l'art. 49ter al. 3 RAVS. C'est donc à bon droit que la Caisse de compensation et le tribunal cantonal ont nié le droit du recourant pour son fils aux allocations de formation avant le 1er septembre 2015.

**Arrêt (du TF) 8C\_729/2017 du 26 mars 2018**

Selon le TF, l'article 19 al. 2 LAFam ne contient pas de lacune proprement dite. De plus, s'il fallait admettre une lacune improprement dite, les conditions ne seraient pas réalisées pour que celle-ci soit comblée par le juge. La prise en compte du revenu imposable du couple se justifie par la situation économique distincte des couples mariés par rapport aux personnes seules élevant des enfants. La manière de procéder de la Cour cantonale placerait ces dernières dans une situation moins favorable que les couples mariés, raison pour laquelle le TF n'adhère pas au raisonnement appliqué.

Certes, par rapport aux couples vivant en concubinat, les couples mariés sont défavorisés. Il ne s'agit toutefois pas d'une inégalité de traitement injustifiée, dans la mesure où mariage et concubinat sont deux formes de vie commune traités différemment par l'ordre juridique suisse. C'est donc bien le revenu imposable du couple qui doit servir de référence au calcul de l'article 19. al. 2 LAFam, quand bien même cette solution n'est pas entièrement satisfaisante aux yeux du TF.

**Arrêt (du TF) 8C\_866/2017 du 17 avril 2018**

Le caractère de formation au sens de l'article 49bis RAVS, ne peut être reconnu que si le stage ne procure pas à l'enfant une rémunération mensuelle brute supérieure à la rente AVS maximale, soit CHF 2'350.- par mois. En l'espèce, le revenu de l'enfant s'élevait, 13ème salaire compris, à CHF 2'353.- par mois, ce qui ferme le droit à l'allocation de formation.

**Arrêt (du TF) 8C\_716/2017 du 20 août 2018**

Deux parents divorcés, exerçant une activité lucrative dépendante dans des cantons différents, se partagent la garde de leur fils à hauteur de 50%. En effet, le TF détermine que le domicile de l'enfant se trouve manifestement chez le père, soit en France, au sens de l'art. 25 al. 1 CC, puisque dans le contexte d'une garde partagée c'est bien en France que l'enfant est scolarisé, fréquente le



conservatoire de musique et est membre du tennis club. De plus, il est expressément mentionné dans la convention de divorce que le domicile légal de l'enfant se trouve chez son père.

## **XII. Aide sociale**

### **ATF 143 V 451 (8C\_285/2017)**

Art. 48 al. 1 et 3, art. 49 al. 1 Cst.; art. 7 al. 3 let. c LAS; art. 4 let. d de la Convention intercantonale relative aux institutions sociales (CIIS); le domicile d'assistance d'un enfant placé dans un home hors du canton. Si une convention intercantonale prévoit l'application du droit fédéral, le droit auquel il est renvoyé relève du droit (inter)cantonal au sens des articles 48 al. 3 et art. 49 al. 1 Cst.

Contrairement à l'art. 4 let. d CIIS, le domicile d'assistance d'un enfant qui est placé de façon durable se détermine d'après l'art. 7 al. 3 let. c LAS et non pas selon l'art. 25 CC, s'appliquant à titre de droit (inter)cantonal, auquel l'art. 4 let. d CIIS renvoie.

## **XIII. Assurance-chômage**

### **ATF 143 V 161 (8C\_267/2016)**

Art. 8 al. 1 let. b, 11 et 11a LACI; art. 10a et 10h OACI: perte de travail à prendre en considération.

Une indemnité de départ de quatre mois pour cause de restructuration constitue une prestation volontaire même si elle découle d'une obligation de l'employeur prévue par une réglementation communale, laquelle renvoie, par analogie, à la législation cantonale. Dans le cas d'espèce, l'indemnité de départ n'atteint pas le seuil requis pour différer l'ouverture du droit à l'indemnité journalière de l'assurance-chômage.

### **ATF 143 V 168 (8C\_752/2016)**

L'aptitude au placement d'une mère à la recherche d'un emploi pour la période entre la 8e et la 16e semaine après la naissance de l'enfant ne saurait être niée de manière générale au motif que durant cette période, un employeur potentiel ne serait vraisemblablement pas disposé à conclure un contrat de travail avec elle pour un travail de nuit du fait que celle-ci pourrait invoquer l'art. 35b LTr après son engagement (articles 8 al. 1 let. f, 11 et 15 al. 1 LACI et article 35b al. 1 et 2 LTr).

En adoptant le point de vue contraire, la cour cantonale impute à l'employeur un comportement qui, en tant qu'acte de discrimination à l'embauche, pourrait entrer dans le champ de protection de l'article 3 al. 1 et 2 LEg et donner lieu à un versement d'une indemnité jusqu'à trois mois de salaire au sens des articles 5 al. 2 et 4 LEg.

### **ATF 144 V 42 (8C\_465/2017)**

Article 13 LACI: le cumul d'une demi-rente de prévoyance professionnelle et d'indemnités de chômage calculées en fonction d'une perte d'emploi correspondant à 50% d'un travail à plein temps n'est pas injustifié et ne contrevient pas à cette disposition. En effet, aucune faute ne pouvait être imputée à l'employé. De plus, en acceptant une demi-rente de prévoyance professionnelle, l'assuré a diminué le montant à la charge de l'assurance-chômage. L'assuré a satisfait son obligation de diminuer le dommage en demandant à bénéficier d'une demi-rente anticipée et en renonçant ainsi à se prévaloir de son droit à une indemnité de chômage pleine et entière jusqu'à la naissance de son droit à la rente entière.

**ATF 144 V 104 (8C\_685/2017)**

Le TF relève que les actionnaires d'une société anonyme ne sont pas visés par l'exception de l'obligation de payer des cotisations au sens de l'article 2 al. 2 let. b LACI en lien avec l'article 1a al. 2 let. a et b LFA. Cependant, le directeur général exerce une activité dépendante et est tenu de payer les cotisations de l'assurance-chômage au sens de l'article 2 al. 1 LACI.

**ATF 144 V 195 (8C\_902/2017)**

Les primes d'ancienneté ou de fidélité qui sont dues et effectivement versées durant la période de calcul déterminante doivent être prises en compte dans l'évaluation du gain assuré (articles 23 al. 1 LACI et 37 OACI). Le n° de marg. C2 du Bulletin LACI IC du mois de janvier 2013 doit être ainsi considéré comme contraire à la loi, dans la mesure où les primes d'ancienneté et de fidélité convenues contractuellement, effectivement versées et régulièrement dues sont exclues du gain assuré.

**ATF 144 V 202 (8C\_113/2018)**

Lorsque le gain assuré est adapté avec effet rétroactif en application de l'art. 40b OACI, les délais d'attente (art. 18 LACI) et le montant de l'indemnité journalière (art. 22 LACI) sont également concernés par ce nouvel examen rétroactif (confirmation de la jurisprudence 8C\_746/2014 du 23 mars 2015). La directive du SECO dans le Bulletin LACI IC C108d est donc contraire au droit fédéral en tant qu'elle prévoit que même une modification du gain assuré avec effet rétroactif selon l'art. 40b OACI ne modifie pas le délai d'attente général (art. 18 al. 1 LACI).

En cas d'incapacité de travail de 100 % et de versement d'une indemnité journalière complète de l'assurance-accidents, il n'y a pas de droit à l'assurance-chômage. Dans cette constellation, il ne peut pas y avoir (encore) d'ouverture du délai-cadre, puisque c'est le premier jour où toutes les conditions du droit à l'indemnité sont réunies qui sert de référence pour la fixation des délais-cadres (art. 9 al. 2 LACI).

**ATF 144 V 427 (8C\_867/2017)**

Selon l'art. 74 OACI, il suffit, pour obtenir le paiement de l'indemnité en cas d'insolvabilité, que le travailleur rende plausible sa créance de salaire. Les exigences de preuve moins strictes ne valent cependant qu'en ce qui concerne le point de savoir si et dans quelle mesure il existe une créance de salaire contre l'employeur insolvable; en revanche, les autres conditions du droit à prestation, comme en particulier l'existence d'un rapport de travail portant sur une activité en Suisse ou la survenance d'un cas d'insolvabilité, doivent être établies au degré de la vraisemblance prépondérante.

**ATF 145 V 84 (8C\_405/2018)**

Les détenus et les personnes internées n'ont en principe pas la qualité de travailleur salarié dans l'assurance-chômage. L'astreinte au travail selon l'art. 81 al. 1 CP ne relève pas de l'exercice d'une activité lucrative dépendante et la rémunération y relative (art. 83 CP) n'est pas soumise à cotisation de l'assurance-chômage.

**ATF 145 V 39 (8C\_248/2018)**

Dans le cas d'espèce, la recourante, de nationalité italienne et domiciliée en Italie, travaille essentiellement dans la restauration. Arrivant en fin de contrat de travail de durée déterminée (du 1er mars au 31 octobre 2016), elle s'annonce le 21 octobre 2016 à l'office régional de placement en vue de la recherche d'un emploi à temps plein. La caisse de chômage ouvre un délai-cadre à partir du 1er novembre 2016, mais le département du travail du Canton du Tessin nie le droit à l'indemnité de chômage. Dès le 2 novembre 2016, la recourante travaille à nouveau pour le même employeur que précédemment, mais à temps partiel seulement (50 %).

Au sens de la jurisprudence de la CJUE (Cour de justice de l'Union européenne) et la décision U3 de la CACSSS (Commission administrative pour la coordination des systèmes de sécurité sociale) du 12 juin 2009, l'article 65 du Règlement (CE) 883/2004 s'applique lorsqu'un rapport de travail existe encore ou est maintenu. Dans le cas où le contrat de travail est de durée déterminée ou s'est déjà

terminé, la personne sera considérée comme étant en situation de chômage complet au sens du § 2 de l'article 65 du Règlement (CE) 883/2004 et c'est alors à l'Etat membre de résidence de servir l'indemnité de chômage.

**Arrêt (du TF) 8C\_214/2017 du 10 avril 2017**

Article 29 al. 1 et 2 LACI: la subrogation ne confère pas à la caisse de chômage une prétention en restitution contre l'assuré mais contre l'ancien employeur.

**Arrêt (du TF) 8C\_542/2016 du 18 avril 2017**

Détermination du gain assuré en cas d'importante variation du nombre d'heures de travail entre les saisons d'été et d'hiver. La période de référence se calcule à l'aide de l'article 37 al. 3bis OACI.

**Arrêt (du TF) 8C\_442/2017 du 25 août 2017**

Le délai-cadre d'indemnisation ne doit pas prendre en considération la perte de travail pour laquelle le chômeur a droit à un salaire ou à une indemnité pour résiliation anticipée (article 11 al. 3 LACI).

**Arrêt (du TF) 8C\_186/2017 du 1<sup>er</sup> septembre 2017**

Le recourant a droit aux prestations de chômage s'il est domicilié en Suisse. Ceci exige une résidence effective en Suisse, ainsi que l'intention de garder pendant un certain temps et faire, pendant ce temps, le centre de ses relations personnelles. La seule relation professionnelle, bien que très intense, avec la Suisse ne suffit pas. Pour les frontaliers, les règles du Règlement (CE) n° 883/2004 trouvent application.

**Arrêt (du TF) 8C\_412 et 413/2017 du 10 janvier 2018**

Au regard des articles 51 al. 2 et 31 al. 3 let. c LACI, il ressort clairement que l'indemnité en cas d'insolvabilité de l'employeur est exclue dans tous les cas pour les employés d'une Sàrl qui détiennent des parts sociales et sont impliqués dans la gestion, indépendamment de leur influence réelle sur les décisions de l'entreprise. La circulaire du SECO B17 sur l'indemnité en cas d'insolvabilité est conforme à la loi.

**Arrêt (du TF) 8C\_549/2017 du 20 décembre 2017**

Article 32 al. 1 let. a LACI : la perte de travail est prise en considération lorsqu'elle est due à des facteurs d'ordre économique et est inévitable. Selon la jurisprudence, si l'assuré ne doit pas s'attendre à la tournure extraordinaire et inédite prise par les événements, il s'agit d'un état de fait inévitable qui excède les risques normaux d'exploitation. La perte de travail doit donc être prise en considération.

En l'espèce, il résulte de la concentration du marché de l'énergie que la clientèle de la recourante est peu nombreuse. En décidant d'y être active, la recourante était consciente des risques relatifs au retrait ou à la diminution de commandes d'un gros client. Le recours est rejeté.

**Arrêt (du TF) 8C\_338/2017 du 29 janvier 2018**

Une fonctionnaire internationale qui cotise volontairement à l'assurance-chômage suisse doit également payer des cotisations sur l'indemnité de départ versée par son employeur, même si cette dernière a été versée après la fin des rapports contractuels.

**Arrêt (du TF) 8C\_782/2017 du 16 mai 2018**

L'élément déterminant pour admettre l'existence d'une période assimilée à une période de cotisation au sens de l'article 13 al. 2 let. c LACI n'est pas le fait que l'assuré a payé des cotisations mais plutôt qu'il a été partie à un rapport de travail.

**Arrêt (du TF) 8C\_526/2017 du 15 mai 2018**

Le TF a nié le droit à l'indemnité pour insolvabilité car les conditions des articles 51, 15 et 17 LACI n'étaient pas réalisées en l'espèce. En effet, peut prétendre à l'indemnité en cas d'insolvabilité de

l’employeur, outre les conditions personnelles et matérielles posées par l’art. 51 LACI, l’assuré qui est apte au placement (15 al 1 LACI) et satisfait aux prescriptions de contrôle (17 LACI) durant la période concernée.

L’assuré qui ne serait disponible que durant un temps relativement court en raison d’un prochain nouvel emploi n’est pas apte au placement. En effet, les perspectives d’être engagé par un autre employeur durant la période concernée, en l’occurrence un mois, sont faibles.

Afin de respecter ses devoirs et de se soumettre aux prescriptions de contrôle, l’assuré doit s’annoncer le plus rapidement possible auprès de l’autorité compétente. Ce principe vaut également lorsque celui-ci a été libéré de son obligation de travailler et qu’il doit compter, selon les circonstances, sur le fait qu’il ne percevra pas l’entier de son salaire jusqu’au terme du délai de congé. En renonçant à s’annoncer auprès de l’assurance-chômage, l’assuré – à l’instar du recourant – est réputé avoir accepté l’absence de protection en cas de perte de salaire prévue par la LACI.

#### **Arrêt (du TF) 8C\_59/2018 du 19 juillet 2018**

L’assuré exposé à un licenciement hypothétique qui choisit librement de bénéficier d’une retraite anticipée doit se voir appliquer l’art 12 al. 1 OACI à teneur duquel seule peut être prise en compte, au titre de période de cotisation, l’activité soumise à cotisation exercée après la mise à la retraite.

Il ne peut notamment pas se prévaloir de l’exception de l’art. 12 al. 2 OACI d’après lequel les périodes de cotisation antérieures à la mise à la retraite anticipée sont prises en considération par l’assurance-chômage lorsque l’assuré a été mis à la retraite anticipée pour des raisons d’ordre économique.

#### **Arrêt (du TF) 8C\_107/2018 du 7 août 2018**

Il n’est pas possible de retenir qu’un poste de travail n’est pas convenable pour des motifs de santé au sens de l’art. 16 al. 2 let. c LACI sans avoir produit de certificat médical ou d’autres preuves appropriées. Le TF confirme qu’il est possible de s’écarter de la lettre de l’art. 45 al. 4 let. a OACI en qualifiant de faute moyenne l’abandon d’un emploi convenable sans être assuré d’avoir retrouvé une place de travail.

#### **Arrêt (du TF) 8C\_812/2017 du 23 juillet 2018**

Le droit à l’indemnité de chômage suppose notamment que les exigences relatives à la période de cotisation soient remplies (art. 8 al. 1 let. e LACI) et que l’assuré subisse une perte de travail à prendre en considération (art. 8 al. 1 let. b LACI). La perte de travail doit être prise en considération lorsqu’elle se traduit par un manque à gagner et dure au moins deux journées de travail consécutives (art. 11 al. 1 LACI).

Selon la jurisprudence, la perte de travail est généralement calculée en fonction de l’horaire de travail habituel dans la profession ou le domaine d’activité concernés, voire en fonction de l’horaire de travail prévu par une convention particulière. En matière de travail sur appel, le travailleur ne subit en principe pas de perte de travail, resp. pas de perte de gain à prendre en considération lorsqu’il n’est pas appelé. Ce n’est qu’exceptionnellement qu’une telle perte de gain peut être déterminante, lorsque les appels diminuent après que l’assuré ait été appelé de manière plus ou moins constante pendant une période prolongée. Pour déterminer si une activité exercée est suffisamment régulière, le TF admet que la méthode d’évaluation établie par le SECO (N B95 ss concernant le contrat de travail sur appel du bulletin LACI IC) est appropriée en matière de contrat sur appel d’une relativement courte durée.

#### **Arrêt (du TF) 8C\_474/2017 du 22 août 2018**

L’assuré qui effectue un cours de langue de cinq semaines en Angleterre, et qui continue par ailleurs de faire des recherches d’emploi, est apte au placement dès lors qu’il existe chaque jour de nombreuses relations aériennes entre Londres et Genève, qui permettent à l’assuré de rentrer facilement pour se présenter à un entretien d’embauche. Le fait qu’il n’ait pas conclu d’assurance-annulation pour le cas où il devrait interrompre le cours de langue n’est pas déterminant, compte tenu du faible enjeu économique.

**Arrêt (du TF) 8C\_411/2018 du 21 septembre 2018**

Le fait que l'assurée n'ait pas été rémunérée durant son stage ne fait pas obstacle, selon le TF, à la prise en compte d'un gain intermédiaire (théorique) calculé selon les conditions locales, ce qui ne laisse plus de place à une indemnisation compensatoire dans le présent cas, étant rappelé qu'en matière de stage non rémunéré l'accent est mis sur la formation et non l'indemnisation.

La distinction faite par l'assurée entre « echtes Praktikum » et « unechtes Praktikum » a été jugée inopérante in casu par le TF.

**Arrêt (du TF) 8C\_574/2017 du 4 septembre 2018**

L'épouse d'un chef d'entreprise, occupée au sein de celle-ci, peut prétendre à des prestations de chômage déjà durant un régime de mesures protectrices de l'union conjugale, si des circonstances exceptionnelles sont remplies. En l'espèce, l'arrestation de l'époux en raison de violences conjugales ne constitue pas une circonstance exceptionnelle et l'application de l'article 31 LACI ne peut être exclue.

**Arrêt (du TF) 8C\_758/2017 du 19 octobre 2018**

Le barème établi par le SECO, fixant à une durée allant de 5 à 9 jours la suspension du droit à l'indemnité de chômage d'une personne n'ayant pas apporté la preuve de ses recherches d'emploi dans le délai légal, doit être suivi, sauf s'il existe des singularités qui justifieraient qu'on s'en écarte, condition non réalisée en l'espèce. Le fait qu'il se soit agi du premier manquement, que la personne assurée ait réagi très rapidement pour prouver ses recherches, dont ni la qualité, ni la quantité n'étaient contestées, ne sont pas des circonstances suffisantes pour descendre en-dessous du minimum de 5 jours.

**Arrêt (du TF) 8C\_595/2018 du 29 novembre 2018**

Un montant de Fr. 30'000.- alloué « à bien plaie » afin de « soutenir la famille » d'une travailleuse licenciée avec effet immédiat est une prestation volontaire de l'employeur au sens de l'art. 11a LACI, et ne fait pas obstacle à la prise en considération de la perte de salaire dès lors qu'il ne dépasse pas Fr. 148'200.-.

**Arrêt (du TF) 8C\_166/2018 du 18 février 2019**

L'assurance-chômage est tenue, en raison de l'art. 70 al. 2 let. b LPGA, de verser des prestations à titre provisoire, mais uniquement durant le délai-cadre qui est ouvert. Elle n'est pas tenue de verser au-delà de l'échéance du premier délai-cadre, sauf si l'assuré est en droit de justifier l'ouverture d'un nouveau délai cadre sous l'angle des règles de l'assurance-chômage. En l'occurrence, l'assuré en question ne peut justifier l'ouverture d'un nouveau délai-cadre ni sous l'angle de l'art. 13 LACI ni sous l'angle de l'art. 14 al. 1 let. b LACI, de sorte que le droit à l'indemnisation provisoire de l'assurance-chômage a effectivement pris fin avec l'échéance du premier délai-cadre.

**Arrêt (du TF) 8C\_621/2018 du 20 mars 2019**

Le TF a dû se pencher sur la question de l'exclusion absolue d'un actionnaire d'une Sàrl du droit aux indemnités de chômage (article 31 al. 3 let. c LACI). Le risque d'abus des prestations de l'assurance-chômage par un actionnaire d'une Sàrl ne peut être écarté, compte tenu notamment du type de société, qui comporte également le risque de l'exercice, par les actionnaires, de leur influence sur le sort de la société. Le TF a considéré qu'il était nécessaire de maintenir la jurisprudence selon laquelle l'actionnaire a le droit, en vertu de la loi, d'exercer une influence sur le sort de la société, quel que soit le montant de son capital social, ce qui exclut le droit aux indemnités de chômage. Ceci s'applique également aux Sàrl de droit allemand.

#### **XIV. Assurance-maternité et allocations perte de gain**

##### **Arrêt (du TF) 9C\_795/2016 du 12 avril 2017**

L'assurée qui travaille dans l'entreprise de son mari en tant que salariée doit apporter des indices suffisants permettant de conclure, avec un degré de vraisemblance prépondérante, qu'elle a reçu un salaire en espèces (articles 16b LAPG, 10 et 12 LPGA).

##### **Arrêt (du TF) 9C\_428/2018 du 3 décembre 2018**

Le TF retient que le salaire mensuel versé avant l'accouchement est déterminant pour calculer l'indemnité journalière. Il importe peu que le salaire mensuel ne corresponde pas à la rétribution des heures réalisées dans le courant du mois ou que des fluctuations de salaire peu importantes aient pu avoir lieu dans le courant de l'année (confirmation de l'arrêt TF 9C\_824/2009).

#### **XV. Assurance militaire**

##### **ATF 143 V 231 (8C\_472/2016 / 8C\_621/2016)**

Articles 48 et 49 LAM: Détermination de la rente pour atteinte à l'intégrité dans le cas d'un assuré présentant une schizophrénie résiduelle (CIM-10 F20.5). Dans la mesure où les difficultés à nouer des contacts avec des tiers et à entretenir des relations sexuelles sont en l'espèce les symptômes caractéristiques de la schizophrénie résiduelle et que l'assuré ne souffre par ailleurs d'aucun problème physiologique d'un point de vue urologique (pas de dysfonction érectile, ni d'incapacité à procréer), il convient de se référer globalement au taux de l'atteinte à l'intégrité reconnu pour la schizophrénie. On ne saurait en effet isoler ces difficultés de l'atteinte psychique à laquelle elles sont au contraire intrinsèquement liées.

L'assuré ne peut donc prétendre à un taux plus élevé que ce qui est prévu pour la schizophrénie en raison de son inaptitude d'entretenir une relation intime avec une femme.

##### **ATF 143 V 446 (8C\_430/2017)**

Les séquelles tardives, dues à des accidents qui se sont produits en 1991 et 1992, soit avant l'entrée en vigueur de la nouvelle LAM, sont-elles assurées, étant précisé que l'assuré était couvert au moment où il effectuait un cours J+S mais qu'il ne serait plus assuré de nos jours ?

Le TF a jugé qu'au regard des articles 1 al. 1 et 2 al. 1 Tit. fin. CC, l'ancien droit demeure applicable à des faits antérieurs à l'entrée en vigueur du nouveau droit. Cependant, il y a une exception lorsque l'ancien droit contrevient à l'ordre public ou aux mœurs.

En l'espèce, ce sont des considérations financières qui ont motivé la suppression de la prise en charge des cours J+S par l'assurance militaire, et non des dispositions relevant de l'ordre public ou de bonnes mœurs. Partant, l'ancien droit demeure applicable et l'assurance militaire est tenue de prester en cas de séquelles tardives apparues après le 1er juillet 1994 et découlant d'atteintes à la santé survenues avant cette date à l'occasion d'événements J+S.

##### **Arrêt (du TF) 8C\_330/2017 du 19 septembre 2017**

Articles 40 et 42 LAM et 8 LPGA: Le TF considère qu'il est décisif de déterminer le moment à partir duquel les troubles de la santé, qui ont conduit à une nouvelle incapacité de travail dès la mi-février 2012, étaient stables. En effet, l'atteinte de longue durée ou présumée permanente de la capacité de gain suppose un état de santé stable. La preuve de l'invalidité au sens juridique suppose une atteinte considérable, évidente et durable de la capacité de travail et de gain, résultant d'un trouble de la santé.

**Arrêt (du TF) 8C\_86/2018 du 9 mai 2018**

Cas d’application de l’arrêt 143 V 446. Il n’est pas possible de refuser toute prestation en lien avec des séquelles tardives d’un accident subi en 1979 dans le cadre d’un cours J+S sous prétexte que l’événement ne serait pas assuré sans que le dossier ne soit instruit.

## XVI. Modifications législatives

### I. LPGA

Fin 2019 ? : Révision de la LPGA en cours. La révision entend améliorer les procédures de lutte contre les abus dans les assurances et d'introduire une règle soumettant à des frais de justice les procédures judiciaires devant les tribunaux cantonaux des assurances sociales et une suspension des prestations sera intégrée en cas de soupçons d'abus. Les nouveaux articles 43a et 43b LPGA sur la surveillance des assurés entreront en vigueur dans le courant de l'année 2019.

### II. LAMal

01.01.2019 : Révision de la Loi sur les produits thérapeutiques (compétences des pharmaciens davantage mises à profit, procédures d'autorisation de mise sur le marché simplifiées, amélioration de la transparence et de la surveillance du marché, protection renforcée pour les fabricants de médicaments destinés aux enfants).

En cours : Mesures visant à freiner la hausse des coûts de la santé (baisse du prix de certains médicaments, préparations originales ou génériques, autres produits remboursés par l'AOS, prestations stationnaires converties en prestations ambulatoires,...).

En cours : Révision partielle de la LAMal pour réguler l'admission des fournisseurs de prestations. Moratoire prolongé jusqu'en juin 2021.

01.01.2020 : Evolution des franchises dans l'assurance obligatoire des soins. Procédure en cours au Parlement.

### III. LAVS

01.01.2019 : Augmentation des rentes AVS de Fr. 1'175.- à 1'185.- par mois pour la rente minimale et de Fr. 2'350.- à 2'370.- par mois pour la rente maximale. Augmentation des cotisations pour les indépendants et les personnes sans activité lucrative (de Fr. 478.- à Fr. 482.-) ainsi que pour la cotisation minimale dans l'AVS/AI facultative (Fr. 914.- à Fr. 922.-).

01.01.2020 : Réforme fiscale et financement de l'AVS. Recettes supplémentaires de plus de 2 milliards de CHF pour l'AVS en supprimant les privilèges fiscaux pour les entreprises opérant principalement à l'échelle internationale. Les règles d'imposition deviennent donc identiques pour toutes les entreprises. La loi a été acceptée lors de la votation populaire du 19 mai 2019.

01.01.2020 : Mesures prévues sur l'harmonisation de l'âge de référence de la retraite des hommes et des femmes à 65 ans, des mesures de compensation pour accompagner le relèvement de l'âge de référence des femmes à 65 ans, la flexibilisation de la retraite et un financement additionnel en faveur de l'AVS. En attente du Message du Conseil fédéral pour fin août 2019.

### IV. LPP

01.01.2019 : Le taux d'intérêt minimal dans la prévoyance professionnelle obligatoire reste fixé à 1%.

01.01.2019 : Les rentes de survivants et d'invalidité de la prévoyance professionnelle obligatoire ayant pris naissance en 2015 seront adaptées au taux de 1.5%.



01.01.2019 : Nouveau mode de calcul pour fixer la rémunération minimale des avoires de vieillesse relevant du régime obligatoire LPP (article 2 LPP).

01.01.2019 : Déduction de coordination dans le régime obligatoire de la prévoyance professionnelle relevé de Fr. 24'675.- à 24'885.-. Le seuil d'entrée passe de Fr. 21'150.- à Fr. 21'330.-.

01.01.2019 : Prévoyance individuelle liée : la déduction fiscale maximale autorisée est augmentée à Fr. 6'826.- au lieu de Fr. 6'768.- pour les personnes possédant un 2<sup>ème</sup> pilier.

01.01.2019 : Le taux de cotisation LPP pour les chômeurs passe de 1.5 à 0.25%.

01.01.2020 : Nouvel article 26b LPP à teneur duquel l'institution de prévoyance doit, préventivement, cesser le versement de la rente d'invalidité à partir du moment où elle apprend que l'office AI, s'appuyant sur l'article 52a LPGa, a décidé, à titre préventif, la suspension du paiement de la rente d'invalidité ; selon le nouvel article 35a LPP, le droit de demander la restitution s'éteint dans un délai de 3 ans à partir du moment où l'IP a eu connaissance du fait, et au plus tard après cinq ans.

01.01.2021 : Suite à l'adoption de la nouvelle Loi sur les prestations complémentaires, une adaptation de la LPP est nécessaire (article 47a nouveau LPP). Les modifications portent sur le maintien de l'assurance à partir de 58 ans, voire 55 ans en cas de licenciement après cet âge. Le délai référendaire court jusqu'au 11 juillet 2019.

## V. LAI

01.01.2019 : Augmentation des rentes AI de Fr. 1'175.- à 1'185.- par mois pour la rente minimale et de Fr. 2'350.- à 2'370.- par mois pour la rente maximale. Augmentation des cotisations pour les indépendants et les personnes sans activité lucrative (de Fr. 478.- à Fr. 482.-) ainsi que pour la cotisation minimale dans l'AVS/AI facultative (Fr. 914.- à Fr. 922.-).

01.01.2020 : Mesures destinées aux trois groupes-cibles, soit les enfants, les jeunes et les personnes atteintes dans leur santé psychique. L'accent est mis sur la formation professionnelle, les mesures de réadaptation et vise à améliorer la coordination entre les actions (offices AI, médecins, employeurs,...) et le système de calcul des rentes AI. La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national s'est ralliée au Conseil fédéral en ce sens que l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession doit pouvoir bénéficier de l'orientation professionnelle, ainsi que d'une mesure préparatoire à l'entrée en formation. Procédure en cours au Parlement.

01.01.2020 : Révision de l'AI en cours. La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national veut inscrire dans la loi une obligation d'indépendance pour les experts. Il est également proposé qu'une commission réunissant des représentants de tous les milieux concernés surveille de manière générale les expertises. Dans sa séance du 7 mars 2019, le Conseil national a adopté une baisse de la rente pour enfant de 40% à 30%, ainsi qu'un système linéaire pour le calcul du droit à la rente.

## VI. LPC

01.01.2019 : Le montant des prestations complémentaires augmente pour passer de Fr. 19'290.- à Fr. 19'450.- par an pour les personnes seules, de Fr. 28'935.- à Fr. 29'175.- pour les couples et de Fr. 10'080.- à 10'170.- pour les orphelins.

01.01.2021 : La nouvelle Loi sur les prestations complémentaires a été acceptée par les Chambres fédérales le 22 mars 2019. Les modifications portent sur le délai de remboursement de l'EPL et le maintien de l'assurance à partir de 58 ans, voire 55 ans en cas de licenciement après cet âge. Une

adaptation de la LPP sera nécessaire (article 47a nouveau LPP). Le délai référendaire court jusqu'au 11 juillet 2019

## VII. LAA

01.01.2020 : le Conseil fédéral est chargé de modifier la LAA ainsi que toutes autres dispositions pertinentes, afin de garantir le versement des indemnités journalières dans les cas où l'incapacité de travail est due à une rechute ou aux séquelles tardives d'une blessure survenue lorsque l'assuré était plus jeune. Cet objet est actuellement déposé auprès du Conseil national.

## VIII. Allocations familiales

01.01.2020 : Adaptation des conditions d'octroi des allocations de formation et inscription dans la loi sur les allocations familiales (LAFam) d'une base légale pour les aides financières allouées aux organisations familiales. Les mères au chômage qui touchent une allocation de maternité devraient avoir droit à des allocations familiales. Message du Conseil fédéral soumis au Parlement.

01.01.2020 : Modification de la Loi sur le régime des allocations pour perte de gain. Une mère dont le nouveau-né doit rester plus de trois semaines à l'hôpital immédiatement après sa naissance doit pouvoir bénéficier d'une prolongation de l'allocation de maternité. Message du Conseil fédéral soumis au Parlement.

## IX. Aide sociale

01.01.2020 : Plafonner l'aide sociale pour les étrangers. Procédure en cours au Parlement.

## X. LACI

01.01.2020 : Le Conseil fédéral est chargé de modifier la LACI et toute autre disposition nécessaire afin d'assurer une prolongation du délai-cadre des proches-aidants, de manière similaire à l'article 9b LACI concernant la période éducative. Procédure en cours au Parlement.