
RCC

Revue à l'intention des caisses de compensation AVS et de leurs agences, des commissions AI et des offices régionaux AI, des organes d'exécution des prestations complémentaires à l'AVS/AI, du régime des allocations pour perte de gain en faveur des militaires et des personnes astreintes à servir dans l'organisation de la protection civile, ainsi que des allocations familiales



Année 1986

Abréviations

| | |
|-------|---|
| AC | Assurance-chômage |
| ACF | Arrêté du Conseil fédéral |
| AI | Assurance-invalidité |
| AIFD | Arrêté sur l'impôt fédéral direct |
| AIN | Arrêté du Conseil fédéral concernant la perception d'un IDN |
| APG | Allocations pour perte de gain |
| ARéf. | Arrêté fédéral sur le statut des réfugiés et des apatrides dans l'AVS et dans l'AI |
| ATF | Recueil officiel des arrêts du Tribunal fédéral |
| ATFA | Recueil officiel des arrêts du TFA (dès 1970: ATF) |
| AVS | Assurance-vieillesse et survivants |
| CCS | Code civil suisse |
| CI | Compte individuel |
| CNA | Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents |
| CO | Code des obligations |
| COMAI | Centre d'observation médicale de l'AI |
| COPAI | Centre d'observation professionnelle de l'AI |
| CPS | Code pénal suisse |
| Cst. | Constitution fédérale |
| FF | Feuille fédérale |
| IDN | Impôt pour la défense nationale |
| LAA | Loi sur l'assurance-accidents |
| LACI | Loi fédérale sur l'AC obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité |
| LAI | Loi sur l'assurance-invalidité |
| LAM | Loi sur l'assurance militaire |
| LAMA | Loi sur l'assurance-maladie et accidents |
| LAPG | Loi fédérale sur le régime des allocations pour perte de gain en faveur des militaires et des personnes astreintes à servir dans l'organisation de la protection civile (régime des allocations pour perte de gain) |
| LAVS | Loi sur l'AVS |
| LFA | Loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture |
| LIPG | Legge sull'ordinamento delle indennità di perdita di guadagno per gli obbligati al servizio militare e di protezione civile |
| LP | Loi sur la poursuite pour dettes et la faillite |
| LPC | Loi fédérale sur les PC |
| LPP | Loi sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité |
| MEDAS | Centre médical d'observation de l'AI (medizinische Abklärungsstelle) |
| OACI | Ordonnance sur l'assurance-chômage |

| | |
|--------|---|
| OAF | Ordonnance concernant l'AVS/AI facultative des ressortissants suisses résidant à l'étranger |
| OAI | Ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità |
| OAVS | Ordinanza sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti |
| ODAI | Ordonnance concernant les produits alimentaires diététiques dans l'AI |
| ODCR | Ordonnance concernant diverses commissions de recours |
| OFAS | Office fédéral des assurances sociales |
| OFIAMT | Office fédéral de l'industrie, des arts et métiers et du travail |
| OIC | Ordonnance concernant les infirmités congénitales |
| OIPG | Ordinanza sulle indennità di perdita di guadagno |
| OJ | Loi fédérale d'organisation judiciaire |
| OLAA | Ordonnance sur l'assurance-accidents |
| OMAI | Ordonnance concernant la remise de moyens auxiliaires par l'AI |
| OMAV | Ordonnance concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-vieillesse |
| OMPC | Ordonnance relative à la déduction de frais de maladie et de dépenses faites pour des moyens auxiliaires en matière de PC |
| OPC | Ordonnance sur les PC |
| OPP 1 | Ordonnance sur la surveillance et l'enregistrement des institutions de prévoyance professionnelle |
| OPP 2 | Ordonnance sur la prévoyance professionnelle |
| OPP 3 | Ordonnance sur les déductions admises fiscalement pour les cotisations versées à des formes reconnues de prévoyance |
| OR | Ordonnance sur le remboursement aux étrangers des cotisations versées à l'AVS |
| ORE | Ordonnance sur la reconnaissance d'écoles spéciales dans l'AI |
| PA | Loi fédérale sur la procédure administrative |
| PC | Prestations complémentaires à l'AVS/AI |
| RAI | Règlement sur l'AI |
| RAMA/ | |
| RAMI | Assurance-maladie et accidents. Jurisprudence et pratique administrative |
| RAPG | Règlement sur les APG |
| RAVS | Règlement sur l'AVS |
| RDS | Revue de droit suisse |
| RFA | Règlement d'exécution de la LFA |
| RJAM | Assurance-maladie, jurisprudence et pratique administrative (depuis 1984: RAMA/RAMI) |
| RO | Recueil des lois fédérales |
| RS | Recueil systématique du droit fédéral |
| RSAS | Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle |
| TFA | Tribunal fédéral des assurances |

La deuxième révision de l'AI votée par le Conseil des Etats

Après les discussions préliminaires au sein de sa commission, qui ont duré à peu près une année, le Conseil des Etats a examiné, en date du 19 décembre 1985, le projet de deuxième révision de l'AI, et l'a accepté.

La nécessité d'un échelonnement plus nuancé des rentes n'a pas été contestée. Toutefois, il s'agissait de savoir comment ces rentes seraient calculées; la discussion a donc porté sur les trois solutions possibles:

– Proposition du Conseil fédéral: un quart de rente à partir d'un degré d'invalidité de 35 pour cent; une demi-rente à partir de 50 pour cent; trois quarts de rente à partir de 65 pour cent; une rente entière si l'invalidité est de 80 pour cent au moins. Les rentes pour cas pénibles sont supprimées.

– Proposition de la majorité de la commission: une demi-rente à partir d'un degré d'invalidité de 50 pour cent; trois quarts de rente à partir de 60 pour cent; une rente entière à partir de 70 pour cent. Une demi-rente est accordée, dans les cas pénibles, lorsque l'invalidité est de 33 ⅓ à 50 pour cent.

– Proposition de la minorité de la commission: D'accord avec la majorité, mais prévoir aussi un quart de rente en cas d'invalidité de 40 à 50%. Dans les cas pénibles, le droit à la rente s'ouvre lorsque l'assuré est invalide pour 33 ⅓ pour cent au moins.

Lors d'un vote éventuel, la proposition du Conseil fédéral fut préférée, par 20 voix contre 16, à celle de la minorité. Cependant, le vote principal donna la préférence à la majorité contre la proposition gouvernementale (23 voix contre 9). Ensuite, le Conseil décida, par 27 voix contre 4, de maintenir les rentes pour cas pénibles; toutefois, celles-ci ne devront être versées désormais qu'aux personnes ayant leur domicile en Suisse.

Le Conseil a examiné en outre, à propos des améliorations de prestations, la question des frais et du financement. Le Gouvernement avait proposé qu'on lui donne la compétence d'augmenter les cotisations des assurés de un cinquième au plus (c'est-à-dire de 1,0 à 1,2 pour cent des salaires). Une proposition présentée par un conseiller, visant à limiter cette compétence à 1 pour mille, fut rejetée par 17 voix contre 14.

En ce qui concerne l'adaptation de la LAVS, une minorité de la commission avait proposé que le droit à une allocation pour impotent soit reconnu aussi aux bénéficiaires de rentes de vieillesse dont l'impotence est moyenne. Toutefois, une telle extension du droit à cette prestation aurait entraîné des dépenses supplémentaires de 80 millions environ; elle a été refusée par 23 voix contre 10.

Lors du vote final, le Conseil des Etats a accepté par 14 voix, sans opposition, la révision de la loi. L'affaire est maintenant transmise au Conseil national. Si les votes définitifs ont lieu, dans les deux Chambres, au plus tard lors de la session d'été, la révision pourra entrer en vigueur le 1^{er} janvier 1987.

Voici un tableau synoptique qui permet de comparer le projet du Conseil fédéral (colonne de gauche) et les modifications adoptées par le Conseil des Etats (colonne de droite).

Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI)

Projet du Conseil fédéral du 21 novembre 1984

I

La loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI) est modifiée comme il suit:

Transformation des titres marginaux

Les titres marginaux sont transformés en titres médians, sous réserve des dispositions contraires ci-après.

Art. 1^{er}, titre médian

Abrogé

Art. 3, 3^e al. (nouveau)

³ Le Conseil fédéral peut augmenter, d'un cinquième au plus, les cotisations fixées selon le 1^{er} alinéa, si cela est nécessaire pour équilibrer les comptes de l'assurance.

Art. 4, titre médian

Invalidité

Art. 5, titre médian

Cas spéciaux

Art. 12, titre médian

Droit en général

Art. 13, titre médian, et 2^e al.

Droit en cas d'infirmité congénitale

² Le Conseil fédéral établira une liste des infirmités pour lesquelles ces mesures sont accordées. Il pourra exclure la prise en charge du traitement d'infirmités peu importantes.

Décision du Conseil des Etats, du 19 décembre 1985

Adhésion au projet, sauf observation contraire

Projet du Conseil fédéral

Art. 22, 1^{er} al.

¹ L'assuré a droit à une indemnité journalière pendant la réadaptation si les mesures de réadaptation l'empêchent d'exercer une activité lucrative durant trois jours consécutifs au moins ou s'il présente, dans son activité habituelle, une incapacité de travail de 50 pour cent au moins. Une indemnité journalière est allouée aux assurés pendant la formation professionnelle initiale ainsi qu'aux assurés mineurs qui n'ont pas encore exercé d'activité lucrative, lorsqu'ils subissent un manque à gagner dû à l'invalidité.

Art. 24, al. 1, 2^{bis} (nouveau) et 3

¹ Les dispositions de la loi fédérale du 25 septembre 1952 sur le régime des allocations pour perte de gain en faveur des personnes astreintes au service militaire ou à la protection civile (LAPG) qui régissent le montant, le mode de calcul et les taux maximums des allocations sont applicables aux indemnités journalières.

^{2 bis} Les assurés en cours de formation professionnelle initiale ainsi que les assurés mineurs qui n'ont pas encore exercé d'activité lucrative reçoivent au plus le montant minimum des allocations calculées selon l'article 9, 1^{er} et 2^e alinéas, LAPG, ainsi que, le cas échéant, les suppléments conformément aux articles 24^{bis} et 25 de la présente loi.

³ Le Conseil fédéral édicte des prescriptions complémentaires sur le mode de calcul des indemnités journalières; il fait établir, par l'office fédéral compétent, des tables dont l'usage est obligatoire et dont les montants seront arrondis à l'avantage de l'ayant droit. Il règle, en se fondant sur le principe de la couverture du gain dont l'assuré a été privé, la réduction des indemnités journalières versées aux assurés en cours de formation professionnelle initiale ainsi qu'aux assurés mineurs qui n'ont pas encore exercé d'activité lucrative.

Art. 24^{bis}, 2^e al.

Abrogé

Art. 25^{1er}

Cotisations dues à des assurances sociales

¹ Des cotisations doivent être payées sur les indemnités journalières ainsi que sur les suppléments à ces indemnités, à l'assurance-vieillesse et survivants, aux assurances sociales qui lui sont liées et, le cas échéant, à l'assu-

Art. 26^{bis}, titre médian

Choix du personnel médical, des établissements, des fournisseurs de moyens auxiliaires

Art. 28, al. 1 et 1^{bis} (nouveau)

¹ L'assuré a droit à une rente s'il est invalide pour 35 pour cent au moins sous réserve de l'alinéa 1^{bis}. La rente est échelonnée comme il suit, selon le degré de l'invalidité:

| Degré de l'invalidité | Droit à la rente en fractions d'une rente entière |
|-----------------------|---|
| 35 pour cent au moins | un quart |
| 50 pour cent au moins | une demie |
| 65 pour cent au moins | trois quarts |
| 80 pour cent au moins | rente entière |

^{1bis} Les rentes correspondant à un degré de l'invalidité inférieur à 50 pour cent ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse.

Décision du Conseil des Etats

rance-chômage. Ces cotisations doivent être supportées à parts égales par les assurés et par l'assurance-invalidité.

² Le Conseil fédéral règle les détails et la procédure. Il peut affranchir certaines catégories de personnes de l'obligation de payer des cotisations et prévoir que les indemnités dues pour de courtes périodes seront exceptées de celles-ci.

Art. 28, al. 1, 1a, 1^{bis} et 2

¹ L'assuré a droit à une rente s'il est invalide pour 50 pour cent au moins, sous réserve des alinéas 1^a et 1^{bis}. La rente . . .

| Degré de l'invalidité | Droit à la rente en fractions d'une rente entière |
|-----------------------|---|
| 50 pour cent au moins | une demie |
| 60 pour cent au moins | trois quarts |
| 70 pour cent au moins | rente entière |

^{1 a} Dans les cas pénibles, qui sont définis par le Conseil fédéral, le droit à la demi-rente s'ouvre lorsque l'assuré est invalide pour 33 1/3 pour cent au moins.

^{1 bis} . . .

. . . en Suisse. Cette condition doit également être remplie par les proches donnant droit à une prestation.

Projet du Conseil fédéral

Art. 29 Naissance du droit

¹ Le droit à la rente au sens de l'article 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle:

- a. L'assuré présente une incapacité de gain durable de 35 pour cent au moins, ou
- b. L'assuré a présenté une incapacité de travail de 35 pour cent au moins en moyenne pendant une année et sans interruption notable.

² La rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente est né, mais au plus tôt dès le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré. Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut prétendre une indemnité journalière.

Art. 33, 1^{er} et 2^e al.

¹ Ont droit à la rente d'invalidité pour couple les hommes invalides dont l'épouse est également invalide au sens de l'article 28 ou au moins 62 ans révolus.

² Les hommes pouvant prétendre une rente d'invalidité pour couple reçoivent une rente entière, trois quarts de rente, une demi-rente ou un quart de rente. La rente se détermine d'après le conjoint dont le degré de l'invalidité est le plus élevé. Le mari a droit à la rente entière lorsque l'épouse a 62 ans révolus.

Art. 38^{bis}, 3^e al.

³ Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées concernant notamment la réduction des rentes partielles ainsi que des quarts de rentes, demi-rentes et trois quarts de rentes.

Art. 41 et 42, titres médians

Abrogés

Décision du Conseil des Etats

Art. 29

1 ...

- a. L'assuré présente une incapacité de gain durable de 50 pour cent au moins et, dans les cas pénibles, de 33 1/3 pour cent au moins, ou
- b. L'assuré a présenté une incapacité de travail de 50 pour cent au moins et, dans les cas pénibles, de 33 1/3 pour cent au moins en moyenne pendant une année et sans interruption notable.

2 ...

... l'assuré peut prétendre une indemnité journalière au sens de l'article 22.

Art. 33, 1^{er} et 2^e al.

1 ...

... ou a au moins 62 ans révolus.

2 ...

..., trois quarts de rente ou une demi-rente. La rente se détermine ...

Art. 38^{bis}, 3^e al.

3 ...

trois quarts de rentes. ... ainsi que des demi-rentes et

Art. 47, 1^{er} al.

¹ Les indemnités journalières sont payées une fois par mois. Le Conseil fédéral règle les exceptions.

Art. 53, titre médian

Abrogé

Art. 54, 1^{er} al., let. d, ainsi que f et 3^e al. (nouveau)

¹ Les attributions des caisses de compensation de l'assurance-vieillesse et survivants sont les suivantes:

d. Prendre des décisions sur l'octroi, le refus, la réduction et la révision des rentes et des allocations pour impotents ainsi que sur le droit prévu à l'article 11.

f. *Abrogé*

³ Le Conseil fédéral peut prescrire l'octroi de certaines prestations sans qu'une décision soit notifiée à l'assuré. Il règle la procédure. La caisse de compensation doit toutefois prendre une décision formelle chaque fois que la demande de prestations d'un assuré est refusée ou acceptée en partie seulement.

Art. 56, 1^{er} al., dernière phrase

¹ . . . Les deux sexes doivent être représentés au sein de la commission.

Art. 60^{bis}, titre médian et 2^e al.

Prononcés présidentiels et du secrétariat

² Le Conseil fédéral peut déléguer au secrétariat de la commission les pouvoirs du président au sens de l'alinéa 1^{er}, lorsqu'il est évident que les conditions permettant l'octroi d'une prestation sont manifestement remplies. Il peut lui conférer le droit d'ordonner des enquêtes et de surveiller l'exécution des mesures de réadaptation.

Art. 65 Commission fédérale de l'AVS/AI

La Commission fédérale de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité est aussi compétente en matière d'assurance-invalidité dans les limites de l'article 73 de la loi sur l'assurance-vieillesse et survivants . Des représentants des personnes handicapées et de l'aide aux invalides lui seront adjoints.

Art. 71, titre médian

Abrogé

Art. 72

Abrogé

Art. 73, 1^{re} al.

¹ L'assurance alloue des subventions pour la construction, l'agrandissement et la rénovation d'établissements et d'ateliers publics, ou reconnus d'utilité publique, qui appliquent des mesures de réadaptation dans une proportion importante, sauf s'ils sont destinés à l'application de mesures médicales en milieu hospitalier.

Art. 74, phrase introductive

L'assurance alloue aux associations centrales de l'aide privée aux invalides et aux organismes formant des spécialistes de la réadaptation professionnelle, à l'exception des instituts universitaires, des subventions pour l'exercice des activités suivantes, en particulier:

...

Art. 77, 2^e al.

Abrogé

Art. 80 Surveillance de l'équilibre financier

Les dispositions de la loi sur l'assurance-vieillesse et survivants relatives à la surveillance de l'équilibre financier sont applicables par analogie.

Art. 83, 2^e al.

Abrogé

Art. 85, titre médian, 2^e et 3^e al.

Disposition transitoire

² et ³ *Abrogés*

Art. 74, phrase introductive
Biffer (= maintenir le texte actuel)

II

Modification d'autres lois fédérales

1. La loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS) est modifiée comme il suit:

Art. 22, 1^{er} al.

¹ Ont droit à une rente de vieillesse pour couple les hommes mariés qui ont accompli leur 65^e année et dont l'épouse a accompli sa 62^e année ou est invalide au sens de l'article 28 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité .

Art. 43^{bis}, 1^{er} et 2^e al. (texte actuel)

¹ Ont droit à l'allocation pour impotent les bénéficiaires de rentes de vieillesse domiciliés en Suisse qui présentent une impotence grave et qui ne peuvent prétendre l'allocation pour impotent prévue par la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents. Les femmes doivent avoir accompli leur 62^e année.

² Le droit à l'allocation pour impotent prend naissance le premier jour du mois au cours duquel toutes les conditions de ce droit sont réalisées, mais au plus tôt dès que l'assuré a présenté une impotence grave durant 360 jours au moins sans interruption. Il s'éteint dès que les conditions énoncées au 1^{er} alinéa ne sont plus remplies.

Art. 72, 1^{er} al.

¹ Le Conseil fédéral surveille l'application de la présente loi. Il veille à l'application uniforme des prescriptions légales sur le territoire de la Confédération. Il édicte à cet effet les ordonnances nécessaires et peut charger l'office fédéral compétent de donner aux services appliquant l'assurance des instructions garantissant l'uniformité de cette application. Il peut en outre autoriser l'office fédéral à établir des tables de calcul des cotisations et des prestations dont l'usage est obligatoire.

Art. 43^{bis}, 1^{er} et 2^e al.

¹ Ont droit à l'allocation pour impotent les bénéficiaires de rentes de vieillesse qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse, qui présentent une impotence grave et ne peuvent pas prétendre l'allocation pour impotent prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents. Les hommes doivent avoir accomplir leur 65^e et les femmes leur 62^e année.

² ...

...
une impotence grave sans interruption durant une année au moins. Il prend fin au terme du mois durant lequel les conditions énoncées au 1^{er} alinéa ne sont plus remplies.

Art. 93

Obligation
de renseigner

Les autorités administratives et judiciaires de la Confédération, des cantons, des districts, des cercles et des communes de même que les institutions des autres assurances sociales fournissent, sur demande et gratuitement, aux organes compétents de l'assurance-vieillesse et survivants les renseignements et les documents nécessaires pour fixer ou modifier des prestations de l'assurance-vieillesse et survivants, pour réclamer la restitution ou empêcher le versement de prestations indues, pour fixer et percevoir les cotisations ou pour exercer le droit de recours contre les tiers responsables.

2. La loi fédérale du 19 mars 1965 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (LPC) est modifiée comme il suit:

Art. 3, 6^e al.

⁶ Le Conseil fédéral édicte des prescriptions sur l'addition des limites de revenu et des revenus déterminants de membres de la même famille, sur l'évaluation du revenu déterminant et de la fortune à prendre en compte, sur la prise en compte du revenu de l'activité que l'on peut exiger de la part d'invalides partiels et de veuves sans enfants mineurs, sur la période à prendre en considération pour déterminer le revenu, sur le début et la fin du droit, sur le paiement d'arriérés et la restitution de prestations ainsi que sur d'autres détails relatifs aux conditions du droit aux prestations, dans la mesure où la présente loi ne déclare pas les cantons compétents en la matière.

3. La loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP) est modifiée comme il suit:

Art. 2, al. 1^{quater}

^{1quater} Les assurés qui reçoivent une indemnité journalière de l'assurance-invalidité sans interruption pendant six mois au moins ont également droit aux prestations complémentaires, conformément aux alinéas 1 à 1^{er}. En dérogation à l'article 3, 2^e alinéa, le revenu provenant d'une activité lucrative est entièrement pris en compte.

Art. 24, 1^{er} al.

¹ L'assuré a droit à une rente entière d'invalidité, s'il est invalide à raison de 65 pour cent au moins au sens de l'AI, et à une demi-rente s'il est invalide à raison de 50 pour cent au moins.

Art. 26, 1^{er} al.

¹ La naissance du droit aux prestations d'invalidité est régie par les dispositions correspondantes de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (art. 29 LAI), applicables par analogie.

III

Dispositions transitoires relatives à la modification du . . .

¹ Dès l'entrée en vigueur de la présente loi, la nouvelle teneur de l'article 28, 1^{er} alinéa, est également valable pour les rentes d'invalidité en cours. Tant que le degré de l'invalidité n'a pas diminué, la nouvelle rente allouée à l'assuré ne doit pas être inférieure à celle qu'il touchait auparavant. Les rentes octroyées à des assurés qui sont invalides pour moins de 35 pour cent ainsi que les rentes en faveur de personnes à l'étranger qui sont invalides pour moins de 50 pour cent deviennent caduques au plus tard trois ans après l'entrée en vigueur de la modification de la loi. Le Conseil fédéral règle la procédure.

² Le Conseil fédéral peut ajourner de cinq ans au plus l'entrée en vigueur de la suppression des subventions aux institutions universitaires prévue à l'article 74.

Abrogation d'anciennes dispositions transitoires

La section III/2/a, c et d, 1^{er} alinéa, des dispositions transitoires contenues dans la loi fédérale du 24 juin 1977 sur la 9^e révision de l'AVS est abrogée.

IV

Clause référendaire et entrée en vigueur

¹ La présente loi est sujette au référendum facultatif.

² Le Conseil fédéral fixe la date de son entrée en vigueur.

Décision du Conseil des Etats

Art. 24, 1^{er} al.

¹ ...

de 70 pour cent ...

... à raison

Dispositions transitoires

¹ Dès l'entrée en vigueur de la présente loi, la nouvelle teneur de l'article 28 est également valable pour les rentes d'invalidité en cours, mais avec les restrictions ci-après.

² Les rentes allouées sur la base d'un degré de l'invalidité de 66 $\frac{2}{3}$ pour cent au moins, mais inférieur à 70 pour cent, sont, dès l'entrée en vigueur de la présente loi, accordées en fonction d'un degré de l'invalidité correspondant à 70 pour cent.

³ Le Conseil fédéral règle le passage de l'ancien au nouveau droit pour les assurés à l'étranger.

Genres et montants des allocations familiales

Etat au 1^{er} janvier 1986

1. Allocations familiales aux salariés selon le droit cantonal

Au cours de l'année écoulée, les allocations familiales ont, à nouveau, été améliorées dans plusieurs cantons. Le canton de Soleure a procédé à une révision partielle de sa loi; les allocations ne seront plus échelonnées selon le nombre d'enfants. Quant à l'allocation de naissance, elle sera versée dès le premier enfant et non plus dès le troisième enfant. Le cumul des allocations familiales et des rentes pour enfants et d'orphelins de l'AVS/AI ne sera plus interdit.

Les cantons d'Appenzell Rh.-Int., Fribourg, Genève, Tessin, Vaud, Zoug et Zurich ont modifié leur loi ou leur règlement d'exécution spécialement sur les points suivants: montants des allocations, contributions des employeurs affiliés à la caisse cantonale de compensation. Dans le canton du Tessin, les montants des allocations sont adaptés annuellement au renchérissement.

a. Allocations familiales aux salariés selon le droit cantonal (Etat au 1^{er} janvier 1986)

Montants en francs

Tableau 1

| Cantons | Allocations pour enfants | Allocations de formation professionnelle ¹¹ | Limite d'âge | | Allocations de naissance | Cotisations des employeurs affiliés à la caisse cantonale en pour-cent des salaires |
|--------------------|--------------------------|--|--------------|-----------------------|--------------------------|---|
| | | | ordinaire | spéciale ¹ | | |
| Argovie | 90 | — | 16 | 20/25 | — | 1,5 |
| Appenzell Rh.-Ext. | 100 | — | 16 | 18/25 | — | 1,8 |
| Appenzell Rh.-Int. | 100/110 ² | — | 16 | 18/25 | — | 2,1 |
| Bâle-Campagne | 100 | 120 | 16 | 25/25 | — | 2,0 |
| Bâle-Ville | 100 | 120 | 16 | 25/25 | — | 1,5 |
| Berne | 100 | — | 16 | 20/25 | — | 2,0 |
| Fribourg | 110/125 ² | 165/180 ² | 15 | 20/25 | 600 | 2,75 |
| Genève | 90/110 ³ | 210 | 15 | 20/25 | 675 ⁷ | 1,5 |
| Glaris | 100 | — | 16 | 18/25 | — | 1,9 |
| Grisons | 100 | — | 16 | 20/25 ⁶ | — | 1,85 |
| Jura | 80/100 ⁴ | 100 | 16 | 25/25 | — | 2,5 |
| Lucerne | 80 | 100 | 16 | 18/25 | 400 | 2,0 ¹⁰ |
| Neuchâtel | 100 | 130 | 18 | 20/25 | — | 1,8 |
| Nidwald | 100/110 ² | — | 16 | 18/25 | — | 1,95 |
| Obwald | 100 | — | 16 | 25/25 | — | 2,0 |
| Saint-Gall | 80/115 ² | — | 16 | 18/25 | — | 1,6 ¹⁰ |
| Schaffhouse | 80 | 120 | 16 | 18/25 | 500 ⁸ | 1,3 ¹⁰ |
| Schwyz | 110 | — | 16 | 20/25 ⁶ | 600 | 2,0 |
| Soleure | 120 | — | 16 | 18/25 ¹² | 500 | 1,9 |
| Tessin | 140 | — | 16 | 20/20 | — | 3,0 |
| Thurgovie | 90 | — | 16 | 18/25 ⁶ | — | 2,0 |
| Uri | 100 | — | 16 | 20/25 ⁶ | 300 | 2,2 |
| Vaud | 100 ⁵ | 140 | 16 | 20/25 ⁶ | 600 | 1,9 |
| Valais | 130/182 ² | 182/234 ² | 16 | 20/25 | 650 | — ⁹ |
| Zoug | 115/170 ² | — | 16 | 20/25 | — | 1,6 ¹⁰ |
| Zurich | 100 | — | 16 | 20/20 | — | 1,2 |

¹ La première limite concerne les enfants incapables d'exercer une activité lucrative et la seconde, les étudiants et apprentis.

² Le premier taux est celui de l'allocation versée pour chacun des deux premiers enfants; le second taux est celui de l'allocation versée dès le 3^e enfant.

³ Le premier taux est celui de l'allocation versée pour les enfants au-dessous de 10 ans; le second taux est celui de l'allocation versée pour les enfants de plus de 10 ans.

⁴ Le premier montant concerne les familles avec un ou deux enfants; le second, les familles de trois enfants et plus.

⁵ L'allocation pour enfant s'élève à 140 francs par mois pour les enfants de 16 à 20 ans incapables de gagner leur vie.

⁶ Il n'est pas octroyé d'allocations pour les enfants au bénéfice d'une rente de l'AI; dans le canton de Vaud, l'allocation est réduite de moitié en cas d'octroi d'une demi-rente AI.

⁷ Il est versé une allocation d'accueil, du même montant que l'allocation de naissance, pour l'enfant placé en vue d'adoption.

⁸ Pour autant que le revenu soumis à cotisation dans l'AVS n'excède pas la limite de 36000 francs.

⁹ Il n'y a pas de caisse cantonale de compensation pour allocations familiales.

¹⁰ Y compris la contribution au régime d'allocations familiales pour les indépendants.

¹¹ Les allocations de formation professionnelle remplacent les allocations pour enfants; dans les cantons ne connaissant pas l'allocation de formation professionnelle, les allocations pour enfants sont versées jusqu'à la fin des études ou de l'apprentissage, mais au plus tard jusqu'à l'âge de 20 ou 25 ans.

¹² La limite d'âge est de 25 ans pour les fils et filles qui sont totalement invalides depuis leur naissance ou leur enfance.

b. Allocations familiales selon le droit cantonal pour les salariés étrangers dont les enfants vivent à l'étranger (Etat au 1^{er} janvier 1986).

Les salariés étrangers qui habitent en Suisse avec leurs enfants (enfants de parents mariés et non mariés, enfants adoptifs, enfants recueillis et enfants du conjoint) sont assimilés aux travailleurs suisses; voir tableau 1.

Montants en francs

Tableau 2

| Cantons | Allocations pour enfants | Allocations de formation professionnelle ⁷ | Limite d'âge | | Allocations de naissance | Enfants donnant droit à l'allocation |
|----------------------------|--------------------------|---|----------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| | | | Montant mensuel par enfant | ordinaire | | |
| Argovie | 90 | — | 16 | 16/16 | — | légitimes et adoptifs |
| Appenzell Rh.-Ext. | 100 | — | 16 | 18/25 | — | tous |
| Appenzell Rh.-Int. | 100/110 ² | — | 16 | 18/25 | — | tous |
| Bâle-Campagne ⁵ | 100 | 120 | 16 | 20/20 | — | tous, sauf enfants recueillis |
| Bâle-Ville | 100 | 120 | 16 | 25/25 | — | tous, sauf enfants recueillis |
| Berne | 100 | — | 16 | 18/25 | — | légitimes et adoptifs |
| Fribourg | 110/125 ² | — | 15 | 15/15 | 600 | tous |
| Genève | 54/66 ³ | — | 15 | 15/15 | — | tous, sauf enfants recueillis |
| Glaris | 100 | — | 16 | 18/25 | — | tous |
| Grisons | 100 | — | 16 | 16/16 | — | tous |
| Jura | 80/100 ⁴ | — | 15 | 15/15 | — | légitimes et adoptifs |
| Lucerne | 80 | 100 | 16 | 18/25 | 400 | tous |
| Neuchâtel | 100 | — | 15 | 15/15 | — | tous |
| Nidwald | 100/110 ² | — | 16 | 18/25 | — | tous |
| Obwald | 100 | — | 16 | 25/25 | — | tous |
| Saint-Gall | 80/115 ² | — | 16 | 18/25 | — | tous |
| Schaffhouse | 80 | 120 | 16 | 18/25 | 500 ⁶ | tous |
| Schwyz | 110 | — | 16 | 20/25 | — | tous |
| Soleure | 120 | — | 16 | 18/25 ⁸ | 500 | tous |
| Tessin | 140 | — | 16 | 20/20 | — | tous |
| Thurgovie | 90 | — | 16 | 18/25 | — | tous |
| Uri | 100 | — | 16 | 20/25 | 300 | tous |
| Vaud | 100 | — | 16 | 16/16 | — | légitimes et adoptifs |
| Valais | 130/182 ² | 182/234 ² | 16 | 20/25 | 650 | tous |
| Zoug | 115/170 ² | — | 16 | 20/25 | — | tous |
| Zurich | 100 | — | 16 | 16/16 | — | tous |

¹ La première limite concerne les enfants incapables d'exercer une activité lucrative et la seconde, les étudiants et apprentis.

² Le premier taux est celui de l'allocation versée pour chacun des deux premiers enfants; le second taux est celui de l'allocation versée dès le 3^e enfant.

³ Le premier taux est celui de l'allocation versée pour les enfants au-dessous de 10 ans; le second taux est celui de l'allocation versée pour les enfants de plus de 10 ans.

⁴ Le premier montant concerne les familles avec un ou deux enfants; le second, les familles de trois enfants et plus.

⁵ Les travailleurs frontaliers sont assimilés aux salariés qui vivent en Suisse avec leur famille.

⁶ Pour autant que le revenu soumis à cotisation dans l'AVS n'excède pas la limite de 36 000 francs.

⁷ Les allocations de formation professionnelle remplacent les allocations pour enfants; dans les cantons ne connaissant pas l'allocation de formation professionnelle, les allocations pour enfants sont versées jusqu'à la fin des études ou de l'apprentissage, mais au plus tard jusqu'à l'âge limite.

⁸ Même note que la note 12 du tableau 1.

2. Allocations familiales aux indépendants non agricoles selon le droit cantonal (Etat au 1^{er} janvier 1986)

Montants en francs

Tableau 3

| Cantons | Allocations pour enfants | Allocations de formation professionnelle ¹ | Allocations de naissance | Limite de revenu | |
|--------------------|----------------------------|---|--------------------------|---------------------|-----------------------|
| | | | | Montant de base | Supplément par enfant |
| | Montant mensuel par enfant | | | | |
| Appenzell Rh.-Ext. | 100 | — | — | — | — |
| Appenzell Rh.-Int. | 100/110 ² | — | — | 26 000 ¹ | — |
| Luzerne | 80 | 100 | 400 | 23 500 | 3000 |
| Schaffhouse | 80 | 120 | 500 | 34 000 | — |
| Schwyz | 110 | — | 600 | 42 000 | 3000 |
| Saint-Gall | 80/115 ² | — | — | 50 000 | — |
| Uri | 100 | — | 300 | 34 000 | 3000 |
| Zoug | 115/170 ² | — | — | 34 000 | 2500 |

¹ Donnent droit aux allocations: tous les enfants si le revenu est inférieur à 26 000 francs; le 2^e enfant et les puînés si le revenu varie entre 26 000 et 38 000 francs; le 3^e enfant et les puînés si le revenu excède 38 000 francs.

² Le premier taux est celui de l'allocation versée pour chacun des deux premiers enfants; le second taux est celui de l'allocation versée dès le 3^e enfant.

³ Les allocations de formation professionnelle remplacent les allocations pour enfants; dans les cantons ne connaissant pas l'allocation de formation professionnelle, les allocations pour enfants sont versées jusqu'à la fin des études ou de l'apprentissage, mais au plus tard jusqu'à l'âge de 20 ou 25 ans.

3. Allocations familiales dans l'agriculture selon le droit cantonal

Les *travailleurs agricoles* ont droit, en vertu du droit fédéral (LFA), à une allocation de ménage de 100 francs par mois ainsi qu'à des allocations mensuelles pour enfants dont le montant est le suivant: 80 francs pour les deux premiers enfants et 90 francs dès le troisième en région de plaine; 100 francs pour les deux premiers enfants et 110 francs dès le troisième enfant en région de montagne.

Les *petits paysans* ont droit, en vertu du droit fédéral, à des allocations pour enfants de même montant que les travailleurs agricoles, pour autant que leur revenu net n'excède pas la limite de revenu (LR) de 23 500 francs, montant auquel s'ajoute un supplément de 3000 francs par enfant donnant droit à l'allocation.

Le tableau qui suit indique les genres et montants des allocations versées dans certains cantons *en sus* des allocations fédérales.

Allocations familiales selon le droit cantonal dans l'agriculture (Etat au 1^{er} janvier 1986)

Montants en francs

Tableau 4

Travailleurs agricoles

| | Allocations pour enfants ¹ | | Allocation de formation professionnelle ¹ | | Allocations de naissance | Allocations de ménage |
|---------------------|---------------------------------------|--------------------|--|--------------------|--------------------------|-----------------------|
| | Région de plaine | Région de montagne | Région de plaine | Région de montagne | | |
| Confédération | 80/90 | 100/110 | — | — | — | 100 |
| Berne | 20/20 | 20/20 | — | — | — | 40 |
| Fribourg | 105/120 | 105/120 | 160/175 | 160/175 | 600 | — |
| Genève ² | 90/110 ² | — | 210 | — | 675 | — |
| Jura | — | — | — | — | — | 15 |
| Neuchâtel | 20/10 | — | 50/40 | 30/20 | 600 | — |
| Schaffhouse | — | — | — | — | 500 | — |
| Saint-Gall | —/25 | —/5 | — | — | — | — |
| Vaud | — | — | — | — | 600 | — |
| Valais ³ | — | — | — | — | — | — |

Agriculteurs indépendants

| | Allocations pour enfant ¹ | | | | Allocations de formation professionnelle ¹ | | | | Alloca- tions de nais- sance | Alloca- tions de ménage |
|---------------------|--------------------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|---|-------------------------|--------------------------|-------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| | Région de plaine | | Région de montagne | | Région de plaine | | Région de montagne | | | |
| | au- dessous LR LFA | au- dessus LR LFA | au- dessous LR LFA | au- dessus LR LFA | au- dessous LR LFA | au- dessus LR LFA | au- dessous LR LFA | au- dessus LR LFA | | |
| Confédération | 80/90 | — | 100/110 | — | — | — | — | — | — | — |
| Berne | 20/20 | — | 20/20 | — | — | — | — | — | — | — |
| Genève ² | 90/110 ² | 90/110 ² | — | — | 210 | 210 | — | — | 675 | — |
| Jura | 9/9 | — | — | — | — | — | — | — | — | 15 ⁴ |
| Neuchâtel | 20/10 | 100 | — | 100 | 50/40 | 130 | 30/20 | 130 | — | — |
| Schaffhouse | — | — | — | — | — | — | — | — | 500 | — |
| Soleure | — | 80/90 | — | 100/110 | — | — | — | — | 500 | — |
| Saint-Gall | —/25 | 80/115 ⁵ | —/5 | 80/115 ⁵ | — | — | — | — | — | — |
| Tessin | — | — | 5/5 | — | — | — | — | — | — | — |
| Vaud | 25/25 | 25/25 | 25/25 | 25/25 | 25/25 ⁶ | 25/25 ⁶ | 25/25 ⁶ | 25/25 ⁶ | 200 | 10/20 ⁷ |
| Valais | 65/117 | 65/117 | 65/117 | 65/117 | 117/169 | 117/169 | 117/169 | 117/169 | 650 | — |

¹ Le premier taux concerne l'allocation versée pour chacun des deux premiers enfants; le second taux est celui de l'allocation versée par enfant dès le 3^e enfant. Les allocations de formation professionnelle remplacent les allocations pour enfants; dans les cantons ne connaissant pas l'allocation de formation professionnelle, les allocations pour enfants sont versées jusqu'à la fin des études ou de l'apprentissage, mais au plus tard jusqu'à l'âge de 20 ou 25 ans; il en va de même dans le régime fédéral pour l'agriculture.

² La loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture n'est pas applicable. Le premier taux est celui de l'allocation versée pour les enfants au-dessous de 10 ans; le second taux est celui de l'allocation versée pour les enfants de plus de 10 ans.

³ Les travailleurs agricoles ont droit à une allocation cantonale destinée à combler la différence entre les allocations fédérales et les allocations versées aux salariés non agricoles.

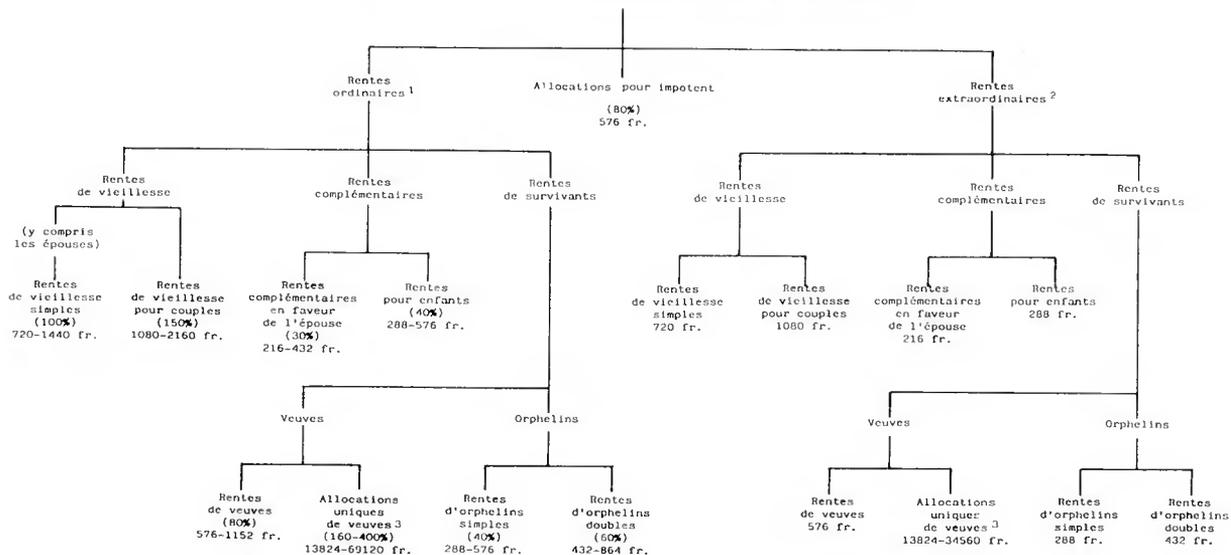
⁴ En zone de montagne seulement.

⁵ Lorsque le revenu imposable ne dépasse pas 50 000 francs par an.

⁶ En cas de formation agricole ou viticole, un montant supplémentaire de 25 francs est versé.

⁷ Fr. 10.— par mois et par personne seule, Fr. 20.— par mois et par couple.

Genres et montants mensuels des rentes AVS 1986

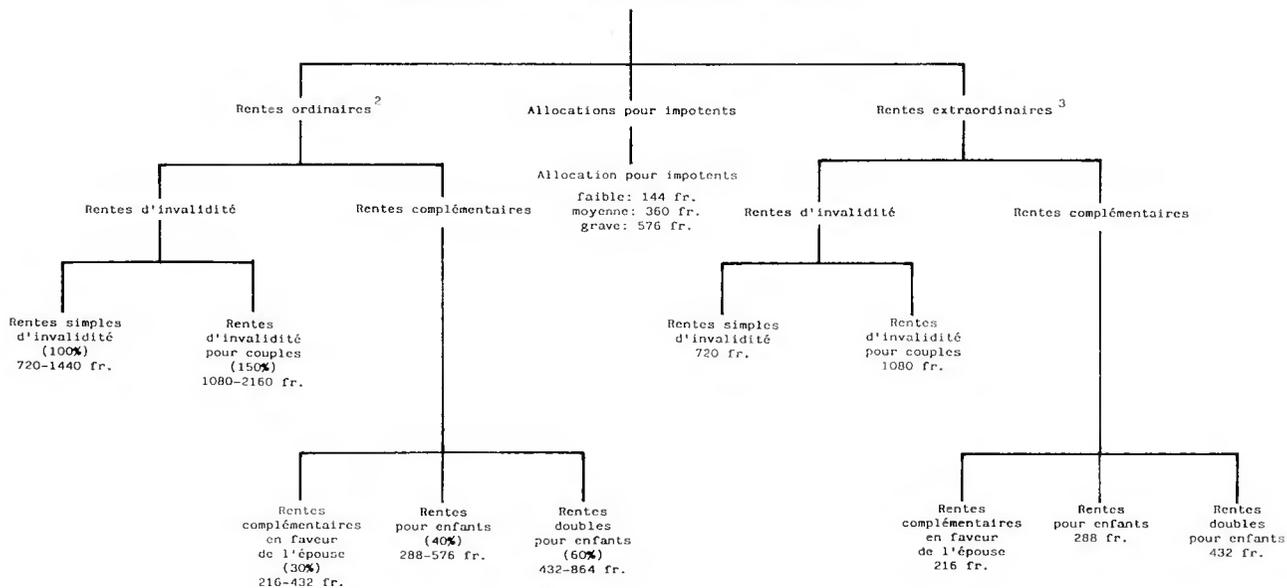


1 Les rentes ordinaires sont versées comme rentes complètes ou partielles; les montants indiqués ci-dessus sont les montants minimaux et maximaux des rentes complètes.

2 Les rentes extraordinaires non réduites sont égales au montant minimum des rentes complètes ordinaires correspondantes.

3 Versement unique; les pourcentages indiqués se rapportent ici au montant de la rente annuelle.

Genres et montants des rentes entières AI 1986¹



1 Pour les demi-rentes AI, les montants mensuels sont de la moitié (ils sont arrondis au franc immédiatement supérieur).

2 Les rentes ordinaires sont versées sous forme de rentes complètes ou de rentes partielles; les montants indiqués ici sont les montants minimaux et maximaux des rentes complètes.

3 Rentes non réduites. Les rentes extraordinaires non réduites correspondent au montant minimum des rentes ordinaires complètes.

La possibilité de combler des lacunes de cotisations avec des périodes de cotisations accomplies pendant la jeunesse

Si un assuré n'a pas payé de cotisations pendant certaines années, quelles que soient les raisons de ce non-paiement, il doit s'attendre à une amputation de sa rente complète. Pour atténuer les rigueurs qui peuvent en résulter dans certains cas, le Conseil fédéral a prévu que certaines interruptions dans la carrière d'un cotisant pourraient être comblées par les périodes durant lesquelles il a, étant adolescent, payé des cotisations. C'est l'article 52ter du règlement sur l'AVS, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1979. Comme il semble que certaines règles concernant la prise en compte de ces années de jeunesse n'aient pas encore été complètement assimilées, il paraît indiqué et utile de rappeler ici quelques principes.

Principes

- Avec les périodes de cotisations qu'un assuré a accomplies dans sa jeunesse, on peut combler les lacunes qui apparaissent plus tard dans les cotisations de celui-ci.
- On considère comme années de jeunesse les années civiles dès le 1^{er} janvier qui suit la date du 15^e anniversaire de l'assuré (1948-1956), ou de son 17^e anniversaire (dès 1957), jusqu'au 31 décembre de l'année pendant laquelle l'assuré a atteint l'âge de 20 ans révolus.
- Le motif qui a provoqué une lacune dans les cotisations n'a pas d'importance. Il est donc possible de combler de telles lacunes aussi bien pour des périodes pendant lesquelles l'assuré n'a pas observé – pour une raison quelconque – son obligation de payer des cotisations, et pour lesquelles un paiement après coup ne peut plus être effectué à cause de la prescription, que pour des périodes pendant lesquelles une telle obligation n'existait pas, l'intéressé n'ayant pas la qualité d'assuré.
- Avec des périodes de cotisations datant des années de jeunesse, on peut (contrairement à ce qui se passe lorsque l'on prend en compte des années supplémentaires selon l'article 52 bis RAVS) combler non seulement des

lacunes de cotisations antérieures à 1973, mais aussi des lacunes postérieures.

– De telles périodes peuvent être prises en compte pour tous les genres de rentes, donc aussi par exemple pour les rentes d'orphelins de mère.

– Les périodes de cotisations pouvant être prises en compte sont calculées d'après les règles générales (voir aussi RCC 1985, p. 36). On considère donc comme durée de cotisations le laps de temps pendant lequel l'intéressé était assuré et pour lequel il a payé la cotisation minimale (application des tables de l'annexe I des directives concernant les rentes). Dans cette opération, on considère toujours comme déterminante l'année pour laquelle les cotisations ont été payées à l'origine. Ainsi, par exemple, pour une année de jeunesse antérieure à 1969, avec une cotisation de 12 francs ou un revenu de 300 francs, on compte une année entière même si elle est «transplantée» dans une année civile pour laquelle il faudrait, selon l'annexe I des directives sur les rentes, un revenu minimum plus élevé.

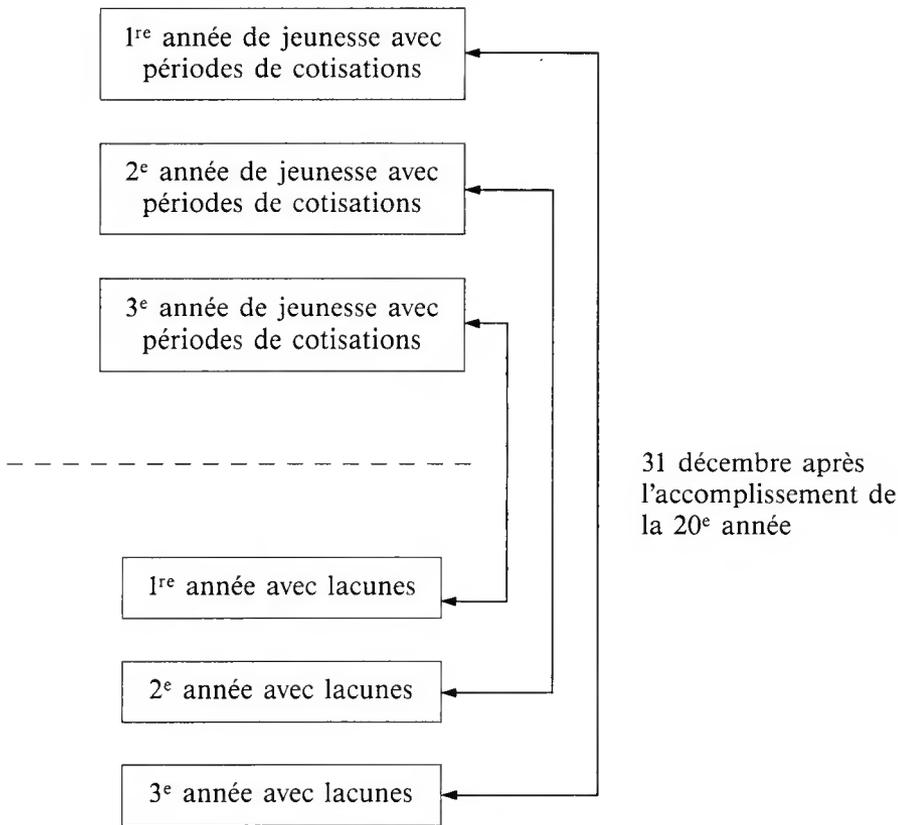
– La prise en compte de périodes de cotisations provenant d'années de jeunesse a la priorité sur celle des années supplémentaires selon l'article 52 bis RAVS et de mois pendant l'année de la naissance du droit à la rente.

– Les années de mariage sans cotisations – lorsqu'il s'agit de femmes assurées, mariées à des assurés – et les années de veuvage sans cotisations, lorsqu'il s'agit de veuves assurées, sont comptées comme années de cotisations selon les articles 29 bis, 2^e alinéa, LAVS et 36, 2^e alinéa, LAI, ou 55, 2^e alinéa, RAVS et 32 RAI et ne créent donc pas de lacunes; elles ne peuvent être comblées au moyen de périodes de cotisations des années de jeunesse. Exception: les rentes d'orphelins de mère, dans le cas desquelles les années de mariage sans cotisations de la mère ne peuvent être comptées comme durées de cotisations et sont donc considérées comme des lacunes de cotisations susceptibles d'être comblées.

D'autre part, les années de mariage et de veuvage sans cotisations, accomplies pendant la jeunesse, ne peuvent en aucun cas être utilisées pour combler des lacunes survenant plus tard dans les cotisations.

– Si des périodes d'assurance étrangères peuvent être prises en compte pour le choix de l'échelle de rente (voir RCC 1984, p. 164) en vertu d'une convention internationale, on peut prendre en compte aussi des périodes étrangères provenant des années de jeunesse. Elles ne doivent cependant pas coïncider avec des périodes suisses; en outre, elles doivent se situer dans les limites, définies ci-dessus, des années de jeunesse.

– Les périodes de cotisations des années de jeunesse sont prises en compte selon le procédé du miroir ou de l'inversion, c'est-à-dire que l'on comble, avec les dernières périodes de cotisations des années de jeunesse, les lacunes les plus anciennes, d'après le schéma suivant:



Pour les années civiles avec lacunes de cotisations de moins d'un an, on ne reprendra cependant que le nombre des mois de cotisations manquants des années de jeunesse.

– Les périodes de cotisations des années de jeunesse prises en compte pour le choix de l'échelle de rente applicable doivent être aussi prises en considération, avec les cotisations et revenus, lors du calcul du revenu annuel moyen déterminant. En cas de prise de compte seulement partielle d'une année de jeunesse, la cotisation ou le revenu sera pris en compte dans la même proportion (pro rata temporis). De même, les périodes d'assurance étrangères d'années de jeunesse, prises en compte en remplacement, doivent – contrairement aux autres périodes étrangères – être englobées également dans le calcul du revenu annuel moyen déterminant; on ne prend pas en compte, cependant, les cotisations et revenus correspondants.

– S'il n'y a pas d'inscription au CI pour la première année civile après l'accomplissement de l'âge de 20 ans, cette année est néanmoins déterminante pour la constatation du facteur de revalorisation applicable si elle est comblée avec des périodes de cotisations des années de jeunesse (exception : si l'assuré a payé, après le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a eu 20 ans, des cotisations pendant moins d'une année entière, on appliquera le N° 488 des directives concernant les rentes).

Exemples

Remarques préliminaires

Pour assurer une meilleure vue d'ensemble, on n'a indiqué, dans les données concernant les inscriptions au CI, que les mois de cotisations, l'année de cotisations, ainsi que les cotisations ou revenus. En outre, pour la période postérieure à l'anniversaire de 20 ans, on n'a indiqué que les années pendant lesquelles des lacunes de cotisations se sont produites.

Exemple N° 1

a) Hypothèses

Date de naissance 10.11.1943; droit à la rente dès le 1.3.1985; activité lucrative salariée; domicile en Suisse sans interruption.

b) Situation initiale

| Inscriptions au CI | | Mois de cotisations | |
|--------------------|--------|---------------------|-----------|
| Année | Francs | A prendre en compte | Manquants |
| 1961 | 7 | (7) | |
| 1962 | 9 | (9) | |
| 1963 | 92 | (12) | |
| 1964 | 5 | 5 | 7 |
| 4 % Total | ×× | | |
| (1971 | —) | 0 | 12 |
| 1.12.1975 | 810 | 10 | 2 |
| (1977 | —) | 0 | 12 |

c) Pour combler les lacunes

de 1963 7 mois en 1964
5 mois en 1971
de 1962 7 mois en 1971
2 mois en 1975
de 1961 7 mois en 1977

d) Remarques

Bien que 12 mois de cotisations aient été inscrits au CI pour 1975, on ne peut prendre en compte, l'obligation minimale de payer des cotisations n'ayant pas été remplie – voir annexe I des directives concernant les rentes – que 10 mois de cotisations.

Exemple N° 2

a) Hypothèses

Date de naissance 3.6.1949; droit à la rente dès le 1.8.1985; salarié du bâtiment, d'abord saisonnier, domicile en Suisse dès le 5.3.1973.

b) Situation initiale

| Inscriptions au CI | | Mois de cotisations | |
|--------------------|--------|----------------------|-----------|
| Année | Francs | A prendre en compte | Manquants |
| 1967 | 410 | (9) | |
| 1968 | 420 | (9) | |
| 4 % Total | 830 | = années de jeunesse | |
| 3.10.1969 | 11 000 | (8) | |
| 3.11.1970 | 11 500 | 9 | 3 |
| 4.11.1971 | 11 000 | 8 | 4 |
| 3.11.1972 | 12 000 | 9 | 3 |
| 3.11.1973 | 12 800 | 10 | 2 |

c) Pour combler les lacunes

de 1969 3 mois en 1970
4 mois en 1971
1 mois en 1972
de 1968 2 mois en 1972
2 mois en 1973

d) Remarques

Pour 1967 et 1968, à défaut d'un domicile en Suisse, la durée des cotisations doit être calculée au moyen des « Tables pour la détermination de la durée présumable de cotisation », branche économique 37, Construction.

Pour les années 1969 à 1972, c'est la durée de cotisations inscrite au CI qui est déterminante.

Pour 1973, il faut prendre en compte, grâce au domicile en Suisse et en dépit d'une inscription au CI différente, 10 mois (de mars à décembre).

Etant donné qu'en « puisant » dans l'année de jeunesse 1968 (420 fr. de cotisations en 9 mois), il n'y a plus que 4 mois à prendre pour combler les lacunes, le revenu correspondant à prendre en compte se calcule de la manière suivante:

$$\frac{420 \text{ fr.} \times 4}{9} (= 187 \text{ fr. de cotisations}) \times 25 = 4675 \text{ francs.}$$

Exemple N° 3

a) Hypothèses

Date de naissance 4.8.1951.

Droit à la rente dès le 1.6.1985. Femme exerçant une activité salariée. Domicile en Suisse puis émigration le 17.5.1971.

Mariage le 8.3.1972. Depuis lors, plus d'activité lucrative. Retour en Suisse avec mari le 7.5.1973. Le mari n'est assuré que depuis ce retour; il paie des cotisations à partir de la même date.

b) Situation initiale

| Inscriptions au CI | | Mois de cotisations | |
|--------------------|--------|------------------------|-----------|
| Années | Francs | A prendre en compte | Manquants |
| 5.12.1969 | 2500 | } = années de jeunesse | (12) |
| 1.12.1970 | 3000 | | (12) |
| 1.05.1971 | 1800 | | (5) |
| (1972 | —) | 0 | 12 |
| (1973 | —) | 8 | 4 |

c) Pour combler les lacunes

de 1971 5 mois en 1972

de 1970 7 mois en 1972

de 1970 4 mois en 1973

d) Remarques

Malgré une inscription au CI différente, l'année de jeunesse 1969 peut être prise en compte comme année entière de cotisations (assurée toute l'année, a payé la cotisation minimale).

A partir de mai 1973, on peut prendre en compte les périodes de mariage sans cotisations comme périodes de cotisations (épouse d'un homme obligatoirement assuré), si bien qu'il n'y a plus de lacunes à combler depuis cette date.

Pour déterminer le facteur de revalorisation, on considère l'année 1972 («comblée» avec des périodes de cotisations des années de jeunesse) comme l'année de la première inscription au CI déterminante.

Comme on n'a besoin, en «puisant» dans l'année de jeunesse 1970 avec ses 3000 francs de revenu pendant 12 mois, que de 11 mois pour combler une lacune, le revenu à prendre en compte doit être calculé au moyen de la formule ci-après:

$$\frac{3000 \text{ fr.} \times 11}{12} = 2750 \text{ francs.}$$

Exemple N° 4

a) Hypothèses

Date de naissance 7.5.1932.

Droit à la rente dès le 1.10.1985. Ressortissant suisse; domicilié en Suisse avec interruptions du 16.8.1954 au 4.3.1959 et du 7.6.1977 au 14.9.1979. Pas assuré à l'étranger.

b) Situation initiale

| Inscriptions au CI | | Mois de cotisations | |
|--------------------|--------|---------------------|-----------|
| Années | Francs | A prendre en compte | Manquants |
| 1949 | 16 | (12) | |
| 1950 | 118 | (12) | |
| 1951 | 143 | (12) | |
| 1952 | 156 | (12) | |
| 1954 | 137 | 8 | 4 |
| (1955) | —) | 0 | 12 |
| (1956) | —) | 0 | 12 |
| (1957) | —) | 0 | 12 |
| (1958) | —) | 0 | 12 |

| Inscriptions au CI | | Mois de cotisations | |
|--------------------|------------|---------------------|-----------|
| Années | Francs | A prendre en compte | Manquants |
| 1959 | <u>428</u> | 10 | 2 |
| 4 % Total | <u>× ×</u> | | |
| 1977 | 34 357 | 6 | 6 |
| (1978 | —) | 0 | 12 |
| 9.12 1979 | 16 843 | 4 | 8 |

c) Pour combler les lacunes

de 1952 4 mois en 1954
8 mois en 1955
de 1951 4 mois en 1955
8 mois en 1956
de 1950 4 mois en 1956
8 mois en 1957
de 1949 4 mois en 1957
8 mois en 1958

d) Remarques

Etant donné que toutes les années de jeunesse ont pu être transplantées dans des lacunes antérieures à 1973, on aurait pu appliquer, au lieu du procédé de l'inversion, celui d'une prise en compte globale de ces années; il en irait de même si ces années avaient dû être transplantées exclusivement dans des lacunes dès 1973. Il en résulte que le procédé de l'inversion doit être utilisé seulement:

- si le nombre des mois de cotisations pouvant être pris dans les années de jeunesse est supérieur à celui des mois manquants, ou
- si les périodes de cotisations des années de jeunesse doivent être transplantées dans des lacunes antérieures et postérieures au 1^{er} janvier 1973. Pour le choix de l'échelle, ces périodes doivent être déterminées séparément avant et depuis cette date.

L'état des allocations familiales en Suisse, quarante ans après l'adoption de l'article constitutionnel sur la protection de la famille (1^{re} partie)

La RCC publie, à partir de janvier, un exposé que M. G. Bouverat, chef de la section des affaires familiales à l'OFAS, a présenté lors de la Conférence des caisses cantonales de compensation, les 12 et 13 septembre 1985, à Saignelégier. Cet exposé consacré aux allocations familiales en Suisse devra être réparti sur trois numéros de notre revue; en voici le sommaire.

I. Régimes fédéraux

RCC 1986/1

1. Régime agricole.
 2. Allocations aux fonctionnaires fédéraux.
 3. Tentatives d'instaurer un régime fédéral d'allocations familiales pour les professions non agricoles.
-

II. Régimes cantonaux

RCC 1986/2

1. Régimes pour les salariés non agricoles.
 - a. Champ d'application.
 - b. Prestations.
 - aa. Genres et montants.
 - bb. Enfants donnant droit aux allocations.
 - cc. Concours de droits pour les enfants de parents non mariés, séparés ou divorcés.
 - dd. Statut des salariés étrangers.
 - ee. Début et fin du droit aux allocations; relations avec d'autres branches des assurances sociales.
 - c. Organisation.
 - d. Financement.
-

RCC 1986/3

2. Régimes pour les indépendants n'appartenant pas à l'agriculture.
 - a. Bénéficiaires.
 - b. Allocations familiales.

- c. Application.
 - d. Financement.
3. Allocations familiales cantonales aux travailleurs agricoles et aux agriculteurs indépendants.
- a. Relations de la législation cantonale avec la LFA.
 - b. Genres et montants des allocations.
 - c. Financement.
 - d. Réglementation spéciale du canton de Genève.
4. Allocations familiales aux fonctionnaires cantonaux.
-

III. Conventions internationales

- 1. Conventions bilatérales générales de sécurité sociale.
 - 2. Conventions bilatérales particulières relatives aux allocations familiales.
-

En votation populaire du 25 novembre 1945, le peuple suisse et les cantons ont adopté à une majorité écrasante le nouvel article constitutionnel 34 quinquies sur la protection de la famille. Cette disposition, qui est entrée en vigueur le 5 avril 1946, prévoit, à son 2^e alinéa, que la Confédération est autorisée à légiférer en matière de caisses de compensation familiales. Jusqu'ici, la Confédération n'a fait qu'un usage restreint de cette compétence, en édictant en 1947 un arrêté fédéral puis en 1952 la loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture. Le personnel de la Confédération, pour sa part, bénéficie d'allocations en vertu du statut des fonctionnaires. Par ailleurs, trois tentatives ont été entreprises pour créer un régime fédéral d'allocations familiales en faveur de catégories de personnes n'appartenant pas à l'agriculture; la dernière tentative remonte à 1984. Un catalogue de questions a été soumis aux cantons, associations et partis politiques. Cette consultation a été l'occasion de recueillir, pour la première fois, des données statistiques sur les régimes d'allocations familiales (voir RCC 1985, p. 627). En l'absence d'une législation fédérale générale, les cantons ont édicté des lois sur ces allocations; le champ d'application personnel de ces législations comprend, dans tous les cantons, les salariés et, dans certains d'entre eux, les indépendants également.

Le présent exposé a pour but de faire le point, en retraçant, dans ses grandes lignes, la genèse des législations, en indiquant les principales caractéristiques des systèmes et en essayant de dégager quelques perspectives pour le développement futur des régimes.

I. Régimes fédéraux

1. Régime agricole

Le régime des allocations familiales aux travailleurs agricoles et aux petits paysans fait partie de la législation ordinaire depuis l'adoption de l'arrêté fédéral du 20 juin 1947 fondé sur l'article 34 quinquies, 2^e alinéa, Cst. Cet arrêté constitue la première disposition d'exécution de l'article constitutionnel en cause. La loi du 20 juin 1952 sur les allocations familiales dans l'agriculture (LFA), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1953, a fixé de manière définitive ce régime de prestations familiales qui avait fait l'objet dès 1944 d'arrêtés de durée limitée.

La loi fédérale prévoit le paiement aux travailleurs agricoles d'une *allocation de ménage*; son montant de 100 francs par mois est resté inchangé depuis le 1^{er} avril 1974 (30 fr. en 1953). Les salariés agricoles, ainsi que les petits paysans, bénéficient d'*allocations pour enfants* en raison des enfants de moins de 16 ans (25 ans en cas d'études ou d'apprentissage); leur montant est, en région de plaine, de 80 francs par mois pour chacun des deux premiers enfants et de 90 francs à partir du troisième. En région de montagne, ces prestations sont majorées de 20 francs. En 1953, l'allocation pour enfant était d'un montant uniforme de 9 francs par mois et par enfant, et seuls les petits paysans de montagne y avaient droit. L'extension des allocations aux petits paysans de la plaine est intervenue le 1^{er} juillet 1962, comme du reste la différenciation des montants entre région de plaine et région de montagne, une particularité unique dans le monde en matière de prestations familiales. L'échelonnement des allocations en fonction du nombre d'enfants date du 1^{er} avril 1980.

Pendant longtemps, les allocations pour enfants n'ont pas été versées aux salariés étrangers dont les enfants vivaient hors de Suisse. C'est par arrêté du Conseil fédéral du 21 septembre 1962, entré en vigueur le 1^{er} janvier 1963, que le droit aux allocations pour enfants a été reconnu aux travailleurs agricoles étrangers pour leurs enfants vivant à l'étranger. Jusqu'au 1^{er} avril 1980, seuls les agriculteurs exerçant leur activité à titre principal bénéficiaient des prestations. Depuis cette date, les agriculteurs de profession accessoire jouissent également du droit aux allocations. Les pêcheurs professionnels exerçant la pêche comme activité principale ont droit aux mêmes allocations pour enfants que les petits paysans depuis le 1^{er} janvier 1976 (art. 37 loi fédérale sur la pêche, du 14 décembre 1973).

Le droit des petits paysans aux allocations a toujours été soumis à une limite de revenu (3500 fr. + supplément de 350 fr. par enfant en 1953). Actuellement, la limite s'élève à 23 500 francs et le supplément pour enfant

à 3000 francs. Le 1^{er} avril 1986 verra la réalisation d'un ancien postulat des milieux agricoles, à savoir l'introduction d'une limite de revenu graduée. Les allocations seront réduites d'un tiers si le revenu déterminant est dépassé d'un montant allant jusqu'à 3000 francs. La réduction sera de deux tiers si le dépassement se situe entre 3000 et 6000 francs.

Dans la LFA, le postulat de l'égalité de droits entre homme et femme est réalisé depuis le 1^{er} avril 1984. Les époux faisant ménage commun ont droit, par moitié, aux allocations, mais le paiement des allocations intervient, en règle générale, simultanément.

En 1953, le montant total des allocations versées à quelque 13 000 travailleurs agricoles s'élevait à 5,5 millions de francs; en 1984, ce montant s'est élevé à 13,4 millions pour 5400 travailleurs. Des allocations pour enfants d'un montant de 5,7 millions étaient payées à 18 000 paysans de la montagne en 1953. En 1984, 25 300 petits paysans de plaine et de montagne ont bénéficié d'allocations pour une somme globale de 69,6 millions de francs. Il convient de relever que le régime fédéral agricole est financé avant tout par les pouvoirs publics (Confédération deux tiers et cantons un tiers), seuls les employeurs agricoles étant appelés à verser une contribution de 2 pour cent sur les salaires (1 pour cent en 1953).

Quelles sont les perspectives du régime agricole pour les prochaines années?

Quant à son fondement, le régime agricole est remis en cause dans le cadre de la nouvelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons. Dans le second train de mesures en vue de cette répartition (Rapport de la commission d'étude de janvier 1984, p. 181), il est proposé de «*cantonaliser*» le régime des allocations fédérales dans l'agriculture. A l'appui de cette thèse, l'on fait valoir que la coexistence d'allocations familiales agricoles et non agricoles dans la même région engendre des écarts et des difficultés administratives, en particulier pour les personnes occupées dans l'agriculture à titre accessoire ou passager. Les opposants à la cantonalisation rétorquent que les allocations familiales fédérales font partie de la politique des revenus agricoles qui est une tâche de la Confédération. Une procédure de consultation est en cours au sujet de ce second train de mesures.

Etant donné que le Conseil fédéral est, depuis les révisions de la LFA de 1980 et 1984, compétent pour *adapter* les montants des allocations pour enfants et de la limite de revenu, en fonction de l'évolution économique notamment, une modification interviendra le 1^{er} avril 1986, début de l'année agricole.

Suite à une intervention parlementaire (postulat Schnyder du 12 décembre 1981), il y aura lieu d'examiner les possibilités de verser, indépendamment du nombre d'enfants donnant droit aux allocations familiales, une *alloca-*

tion de ménage aux familles paysannes dont le revenu est inférieur à un niveau déterminé, et cela par souci de réduire les écarts de revenu. Ce serait là chose réalisable, à condition qu'il n'en résulte pas de charges supplémentaires pour la Confédération ou que le surcroît de dépenses puisse être compensé par des économies, comme le relève le 6^e Rapport sur l'agriculture (p. 311) publié en 1985.

Il est octroyé aux agriculteurs des *aides directes* pour corriger les écarts de revenu, notamment sous forme de contributions aux frais des détenteurs de bétail bovin et de contributions à l'exploitation du sol. Dans le revenu déterminant au sens de la LFA ne sont pas comprises la plupart des aides directes revenant en premier lieu aux agriculteurs de *montagne*. Dans un arrêt du 12 septembre 1980 en la cause Z., le Tribunal fédéral des assurances, confirmant la pratique administrative, a jugé que les contributions aux frais des détenteurs de bétail n'appartenaient pas au revenu à porter en compte (ATF 106 V, pp. 183 ss). Des enquêtes sont actuellement entreprises afin de savoir s'il y a lieu, le cas échéant, de modifier les dispositions légales pour éviter un traitement considéré comme une discrimination envers les exploitations de plaine.

2. Allocations aux fonctionnaires fédéraux

Bien qu'il ne s'agisse pas d'un régime fédéral directement fondé sur l'article constitutionnel, il sied de mentionner les allocations familiales versées au personnel de l'administration centrale de la *Confédération* et des grandes régies telles que les CFF et les PTT. C'est depuis 1916 déjà que la Confédération verse des allocations à ses fonctionnaires, et ces prestations sont actuellement octroyées conformément à la loi du 30 juin 1927 sur le statut des fonctionnaires.

Les allocations familiales au personnel de la Confédération consistent en allocations de mariage, allocations de naissance et allocations pour enfants. Leur montant est indépendant de la classe de traitement.

L'allocation de mariage n'est versée qu'une seule fois. Elle s'élève à 1725 francs.

L'allocation de naissance s'élève à 460 francs pour chaque enfant. Le droit à l'allocation est acquis pour chaque enfant né vivant, de même que lors d'une fausse couche survenant après le sixième mois de grossesse. L'allocation est également payée à la mère qui est au service de la Confédération en cas de naissance d'un enfant hors mariage.

L'allocation pour enfant s'élève à 115 fr. 15 par mois pour chaque enfant de moins de 12 ans et à 133 fr. 85, de 12 à 18 ans. Pour les enfants qui ont un

faible revenu ou qui, par suite d'infirmité, ont une capacité de travail réduite, la limite d'âge est fixée à 20 ans. Cette limite est de 25 ans pour les enfants aux études ou en apprentissage ainsi que pour les enfants totalement incapables de gagner leur vie en raison de leur infirmité. L'allocation est payée à la personne qui entretient l'enfant. La fonctionnaire mariée n'a toutefois droit à l'allocation que si le père de l'enfant ne subvient pas à l'entretien de celui-ci en raison de circonstances particulières.

Pour les enfants de parents non mariés, ainsi que pour les enfants de parents divorcés ou séparés, la Confédération applique donc le principe de l'entretien et non celui de la garde (voir chapitre II/1/b/cc).

L'Office fédéral du personnel prépare actuellement avec tous les intéressés une modification des dispositions réglant le droit aux allocations. Il s'agirait, en particulier, d'harmoniser la réglementation en vigueur avec l'article constitutionnel sur l'égalité de droits entre hommes et femmes et de la coordonner avec les lois cantonales en la matière (limite d'âge de 16 au lieu de 18 ans; adoption du principe de la garde en lieu et place de celui de l'entretien).

C'est un montant de l'ordre de *140 millions de francs* qui est octroyé annuellement au personnel fédéral, y compris celui des CFF et des PTT, sous forme d'allocations familiales.

3. Tentatives d'instaurer un régime fédéral d'allocations familiales pour les professions non agricoles

a. Les tentatives de créer un régime fédéral d'allocations familiales remontent à 1946. Un *postulat Escher* invitait alors le Conseil fédéral à élaborer immédiatement les lois d'application de l'article 34 quinquies de la Constitution fédérale (article sur la protection de la famille). A l'époque, seuls cinq cantons avaient édicté des lois sur les allocations familiales. Par la suite, l'OFAS convoqua une conférence qui fut chargée d'examiner les questions soulevées par une future législation fédérale en la matière. Au vu des résultats de cette conférence, on institua une commission d'experts pour l'élaboration d'un projet de loi. Cependant l'étude de ce projet n'a pas été poursuivie, car, dans le domaine de la politique sociale, l'on était occupé alors presque exclusivement par la mise sur pied de l'AVS qui allait bientôt entrer en vigueur.

b. Plusieurs années s'écoulèrent jusqu'à ce que la question de l'institution d'un régime fédéral devînt à nouveau actuelle. Au cours des années 1952 à 1957, le Conseil fédéral fut invité *par plusieurs interventions parlementaires et deux initiatives des cantons de Fribourg et du Valais* à présenter un projet

de loi fédérale sur les allocations familiales. Toutes les interventions tendaient à l'instauration d'allocations pour l'ensemble des salariés, certaines d'entre elles visant également l'octroi d'allocations en faveur des indépendants. A ce moment déjà était réclamé l'établissement d'une compensation à l'échelon intercantonal ou d'une compensation efficace entre les caisses d'allocations familiales des cantons et des associations.

Se fondant sur ces interventions, le Conseil fédéral désigna, en 1957, une *commission d'experts*; celle-ci examina le problème dans son ensemble et établit des principes pour l'élaboration d'une loi fédérale, principes qui furent soumis pour avis aux Gouvernements cantonaux, aux associations faîtières de l'économie ainsi qu'à d'autres organisations intéressées. Les avis furent très partagés. En dépit de fortes divergences d'opinions, un projet de loi fut élaboré. Le projet fut soumis une nouvelle fois pour avis aux cantons et aux associations faîtières. Cette deuxième procédure de consultation montra que l'opposition à une loi fédérale sur les allocations familiales en faveur des salariés s'était encore accentuée. C'est pour ces motifs que *le Conseil fédéral décida, le 7 juillet 1961, de renoncer momentanément à présenter un projet de loi aux Chambres fédérales.*

c. En 1967, le problème de l'élaboration d'une loi fédérale fut repris au niveau des Chambres fédérales. Les *conseillers nationaux Tenchio et Diethelm* demandèrent, par voie de motion, l'unification des lois cantonales sur les allocations familiales ainsi que l'établissement d'une compensation entre les caisses d'allocations familiales des cantons et des organisations professionnelles.

A la suite de ces interventions, le Département fédéral de l'intérieur, par circulaire du 11 novembre 1968, soumit à nouveau pour avis aux Gouvernements cantonaux et aux associations faîtières le problème de l'institution d'un régime fédéral d'allocations familiales. La majorité des cantons, l'ensemble des associations d'employeurs ainsi que deux associations de salariés se sont déclarés opposés à une loi fédérale sur les allocations familiales, alors que neuf cantons et la majorité des associations de salariés y étaient favorables. Les opinions étaient si divergentes à propos de toutes les questions de principe touchant la conception d'une loi fédérale que *les travaux préparatoires n'ont pas été poursuivis.*

d. Par une *motion* du 26 septembre 1977, le *groupe démocrate-chrétien du Conseil national* a demandé que soient comblées les lacunes que présente l'actuel système d'allocations familiales sans porter atteinte aux compétences cantonales.

Des lacunes existent avant tout au niveau du champ d'application personnel; dans la plupart des cantons, les indépendants n'ont pas droit aux allo-

cations familiales et, dans l'ensemble des cantons, les personnes sans activité lucrative ne touchent pas d'allocations.

Comme le Conseil fédéral l'a relevé dans sa « prise de position » relative à cette motion, une extension du cercle des allocataires ne pourrait être réalisée que par l'institution d'un système général d'allocations familiales sur le plan fédéral. Le point de la motion en cause ayant trait aux allocations a été transmis au Conseil fédéral sous forme de postulat.

Par son *initiative parlementaire* de 1977, Mme Nanchen, alors conseillère nationale, a demandé, en sus de l'institution d'une assurance-maternité obligatoire, l'instauration d'un régime fédéral d'allocations familiales aux salariés, prévoyant notamment une compensation intercantonale.

La *motion Zbinden* de 1980 requiert l'octroi, par une révision partielle de la loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture, d'allocations pour enfants aux personnes sans activité lucrative et aux petits artisans et commerçants. Cette motion a également été transformée en postulat. Dans sa réponse, le Conseil fédéral a relevé, avant tout, l'attitude négative des intéressés envers un régime d'allocations familiales pour les indépendants. Dans des cantons qui envisageaient l'institution d'allocations familiales en faveur des indépendants, des enquêtes ont, en effet, révélé que les personnes en cause n'étaient, dans leur majorité, pas disposées à verser les contributions nécessaires à la mise sur pied d'un régime d'allocations.

Les deux dernières interventions parlementaires tendant à l'élaboration d'une loi fédérale en la matière ont été déposées en 1980 et 1981. Aussi bien la *motion Duvoisin* que la *motion Roy* demandent que le cercle des bénéficiaires soit déterminé pour l'ensemble de la Suisse et comprenne les salariés, les indépendants et les personnes sans activité lucrative. Les deux motions ont été transformées en postulats.

Le rapport « *La politique familiale en Suisse* », présenté en automne 1982 au chef du Département de l'intérieur par le groupe de travail « Rapport sur la famille », contient une recommandation selon laquelle l'institution d'un régime fédéral d'allocations familiales serait souhaitable; ce régime devrait réaliser le principe de la solidarité de la manière la plus large possible. De l'avis de ce groupe de travail, une large procédure de consultation devra être entreprise avant l'élaboration d'un projet de loi ou l'institution d'une commission d'experts.

Le *canton de Lucerne* a déposé en 1983 une *initiative* qui invite le Conseil fédéral à élaborer une loi-cadre instituant un régime fédéral d'allocations familiales pour l'ensemble du pays et reconnaissant un droit à l'allocation pour *chaque* enfant. Sur mandat de la commission du Conseil national chargée d'examiner l'initiative parlementaire et l'initiative du canton de Lucerne, le Département fédéral de l'intérieur a ouvert en 1984 une large

procédure de consultation auprès des cantons, partis politiques, organisations faîtières de l'économie et autres organisations.

e. Lors de sa séance du 25 avril 1985, la commission du Conseil national a *décidé de ne pas donner suite à l'initiative parlementaire et à l'initiative cantonale.*

La raison de rejeter ces propositions, la commission la trouve dans les résultats de la procédure de consultation à laquelle elle a fait procéder. En effet, ces résultats ont montré que les milieux consultés, à une forte majorité, sont hostiles à toute solution d'ensemble sur le modèle de l'AVS ainsi qu'à une loi-cadre, voire à l'extension du champ d'application de la loi sur les allocations familiales dans l'agriculture.

Cependant, la *commission a adopté une motion* qui charge le Conseil fédéral de présenter un projet de loi par lequel le champ d'application de la loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture serait étendu aux indépendants n'appartenant pas à l'agriculture, ainsi qu'aux personnes sans activité lucrative, dont le revenu n'excéderait pas une certaine limite.

La commission a également accepté un *postulat* invitant le Gouvernement à redoubler d'efforts en vue de coordonner le régime des allocations pour enfants entre les cantons.

Les propositions de la commission n'ont pas encore été traitées par le Conseil national.

Problèmes d'application

Le droit de demander des prestations de l'AI en faveur d'un assuré ne suffit pas, en règle générale, pour libérer des tiers de l'obligation de garder le secret¹

(art. 66 RAI; N^{os} 24, 25, 26.2 et 26.3 de la circulaire sur la procédure dans l'AI)

Comme on le sait, les autorités et les membres de la famille, ainsi que d'autres personnes, peuvent demander des prestations de l'AI en faveur d'un assuré, sans l'assentiment de celui-ci, s'ils l'assistent régulièrement ou pren-

¹ Extrait du Bulletin de l'AI N^o 261.

nent soin de lui de manière permanente (art. 66, 1^{er} al., RAI; N^{os} 24 et 25 de la circulaire). Toutefois, le droit accordé aux médecins, hôpitaux, etc. de donner aux organes de l'AI des informations sur l'assuré n'appartient, en principe, qu'à celui-ci (N^o 26.2 de la circulaire). Si l'assuré est incapable de discernement, et alors seulement, cette compétence appartient à son représentant légal ou, à défaut, au tiers qui fait valoir un droit aux prestations (art. 66, 2^e al., RAI; N^o 26.3 de la circulaire), les autorités étant exceptées. Les formules officielles utilisées pour demander des prestations de l'AI sont confectionnées de telle manière que le fait de les signer peut aussi avoir pour effet de libérer les médecins, hôpitaux, etc. de l'obligation de garder le secret. La condition, toutefois, est que le soussigné ait cette compétence. Si une demande n'est pas signée par l'assuré lui-même, il faut donc examiner avec un soin particulier, pour assurer la protection de la personnalité, si le soussigné a vraiment le droit de libérer des tiers de ladite obligation. Ainsi qu'on a pu le constater, il est particulièrement facile d'omettre cette règle lorsqu'un membre de la famille, qui porte le même nom que l'assuré, signe pour lui. Celui-ci constate alors, bien plus tard, que l'on a donné des renseignements personnels sur son compte sans qu'il l'ait autorisé. Par conséquent, une attention particulière doit être vouée à l'observation de ces instructions.

Garantie des droits acquis dans les cas où une rente de l'assurance-accidents est remplacée par une indemnité journalière de l'AI¹

(N^o 42.4 de la circulaire sur les indemnités journalières de l'AI)

Lorsqu'un assuré a eu droit, jusqu'à l'application de mesures de réadaptation prises en charge par l'AI, à une indemnité journalière de l'assurance-accidents (AA), le montant total de l'indemnité journalière de l'AI doit, selon l'article 25 bis LAI, correspondre pour le moins à l'indemnité de l'AA touchée jusqu'ici. L'assuré qui, avant la réadaptation prise en charge par l'AI, bénéficiait d'une rente de l'AA peut-il continuer à la recevoir pendant la réadaptation?

Non, car le cumul de l'indemnité journalière AI et de la rente de l'AA n'est pas possible en vertu de l'article 30 OLA (dernière phrase), qui prévoit que la rente de l'AA n'est pas versée tant que l'assuré a droit à une indemnité journalière de l'AI. Ainsi, une rente de l'AA qui a déjà pris naissance avant la réadaptation payée par l'AI sera supprimée dès le début de l'application de la mesure de réadaptation. La rente allouée par l'AA avant la décision de l'AI concernant la réadaptation professionnelle a un caractère exception-

¹ Extrait du Bulletin de l'AI N^o 261.

nel; elle remplace en quelque sorte l'indemnité journalière de l'AA. Il s'agit donc d'une rente transitoire ou provisoire.

Un cumul de prestations des deux assurances (AI et AA) doit être évité pour empêcher une inégalité de traitement entre les assurés, sans quoi ceux qui sont au bénéfice d'une rente de l'AA seraient privilégiés par rapport aux autres.

Toutefois, vu le caractère spécial de cette rente (voir art. 30 OLAA), le montant total de l'indemnité journalière de l'AI doit, ici également, correspondre pour le moins au montant de la rente transitoire de l'AA touchée jusqu'ici (art. 25 bis LAI).

Bibliographie

Peter Binswanger: Histoire de l'AVS (en allemand). Série «Pro Senectute», tome 3, 306 pages, 1985. 39 francs. Editions Pro Senectute, Lavaterstrasse 60, case postale, 8027 Zurich.

Personne aujourd'hui n'est mieux qualifié que M. P. Binswanger pour évoquer les quarante premières années de l'AVS. Son influence a été prépondérante dans l'élaboration de la loi; maintenant encore et pour l'essentiel, l'AVS fonctionne dans une structure administrative qui a largement fait ses preuves et qui porte sa griffe. Après de longues années passées à la tête d'une grande compagnie d'assurance, il analyse avec beaucoup de lucidité l'évolution de l'AVS et émet quelques considérations générales originales quant à son avenir.

Tous ceux qui s'intéressent à l'histoire contemporaine et à la politique sociale trouveront dans l'«Histoire de l'AVS» un exposé succinct sur la genèse et le développement de notre principale institution sociale, ainsi que sur les controverses dont elle a été l'objet. Au début des années 70, un grand pas fut franchi, l'AVS devint alors l'assurance capable de couvrir les besoins vitaux; il en résulta une hausse massive des cotisations. Cependant, ce progrès a pu être réalisé sans opposition importante grâce à la croissance de notre économie et à notre foi en l'avenir. Depuis quelques années, on observe un net ralentissement; au lieu de développer, on cherche plutôt à consolider, à conserver ce qui est acquis et à assurer le futur. Dans l'optique de M. Binswanger, les querelles politiques entre partisans du progrès et conservateurs perdent beaucoup de leur âpreté; le style est modéré, et les arguments «pour» et «contre» sont comparés objectivement. Toutefois, l'auteur laisse entendre à plusieurs reprises qu'il n'est pas tout à fait d'accord avec certaines modifications apportées à l'AVS. Cet élément personnel, inséré discrètement dans l'ouvrage de M. Binswanger, rend sa lecture encore plus enrichissante.

L'Histoire de l'AVS paraîtra en traduction française dans quelques mois.

La revue spécialisée «**Ergothérapie**», fascicule 5/1985, contient les articles suivants concernant les assurances sociales:

- Grundlegendes zur Invalidenversicherung (F. Wyss; pp. 3-9);
- Die berufliche Eingliederung in der IV (W. Reist; pp. 11-12);
- BEFAS (P. Rätz; pp. 12-15); il s'agit des centres d'observation professionnelle de l'AI;
- Richtlinien bezüglich der obligatorischen Unfallversicherung und der SUVA (Dr. Sonderegger; pp. 17-20); SUVA = CNA;
- Militärversicherung (P. Jaggi; pp. 22-27).

Association des ergothérapeutes suisses, Höggerstrasse 140, 8037 Zurich.

Hans J. Pfitzmann: Die öffentlich-rechtlichen Pensionskassen im BVG-Obligatorium. Revue suisse des assurances sociales, fascicule 5/1985, pp. 233-239. Editions Stämpfli, Berne.

Sozialpolitik im Umbruch. Publié dans la SKAV, revue de l'Union suisse des établissements catholiques, fascicule 4/1985. Contient les articles suivants:

- Sozialpolitik im Umbruch (Fridolin Herzog; pp. 227-230),
- Soziale Grundrechte in der schweizerischen Rechtsordnung (E. Gnesa, pp. 231-240),
- Wege zu einer effizienten Sozialpolitik (François Huber; pp. 241-242),
- Die Schweiz und die Europäische Sozialcharta (Résumé d'une conférence d'Anton Muheim; pp. 243-251).

SKAV-Fachblatt, Zähringerstrasse 19, 6003 Lucerne.

Interventions parlementaires

Question ordinaire Eggli-Winterthour, du 17 septembre 1985, concernant les offices régionaux AI

Le Conseil fédéral a donné la réponse suivante en date du 9 décembre (voir RCC 1985, p. 587):

«Le postulat Chopard, accepté par le Conseil national en date du 23 septembre 1974 et transmis au Conseil fédéral, proposait de rattacher, par souci de simplification de la procédure, les offices régionaux de l'AI, dont l'activité se limite à un seul canton, aux secrétariats des commissions cantonales de l'AI. Le Conseil fédéral s'était alors déclaré disposé à accorder l'autorisation correspondante aux cantons qui souhaitaient une réglementation allant dans ce sens. Ces secrétariats étant gérés par les caisses cantonales de compensation AVS, les contrats de travail de leur personnel sont régis par les prescriptions cantonales. En cas de rattachement d'un office régional au secrétariat, il convient par conséquent de soumettre ce personnel aux mêmes prescriptions de service, soit aux

prescriptions cantonales. Aussi longtemps qu'aucun canton n'avait requis une telle réglementation, le Conseil fédéral ne se voyait pas obligé d'adapter l'article 54 du RAI qui régit les rapports de service du personnel des offices régionaux de l'AI. Si une révision de l'article susmentionné est proposée aujourd'hui, c'est parce que plusieurs cantons revendiquent une réglementation dans le sens du postulat Chopard.

Si plus tard, dans le cadre d'une réorganisation de l'AI, les offices régionaux et les secrétariats AI devaient être fusionnés et transformés en offices exécutifs AI de la Confédération, un tel remaniement aurait des répercussions sur le contrat de travail du personnel des secrétariats des commissions cantonales de l'AI, dont les effectifs sont plus de trois fois supérieurs à ceux de l'ensemble des offices régionaux de l'AI réunis. Le Conseil fédéral avait d'autant moins de raisons de changer d'attitude concernant la subordination des offices régionaux de l'AI aux secrétariats que le projet (mis en consultation) de deuxième train de mesures au titre de la nouvelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons comporte une proposition tendant à rapprocher ces deux organes.»

Question ordinaire Eggli-Winterthour, du 17 septembre 1985, concernant la statistique des invalides

Le Conseil fédéral a répondu le même jour à cette autre question, publiée également à la p. 587 de la RCC. Voici sa réponse:

«Depuis un certain temps déjà, un groupe de travail s'occupe du développement de la statistique des offices régionaux de l'AI et utilise à cet effet, comme modèle, le concept élaboré dans le cadre de l'office régional de l'AI des cantons de Zurich-Glaris-Schaffhouse. Ce groupe de travail présentera sous peu ses propositions à l'OFAS. Il conviendra alors de décider dans quelle mesure et à l'aide de quels moyens on enregistrera et on exploitera, à l'avenir, les données des offices régionaux de l'AI portant sur l'ensemble de la Suisse. En sus des problèmes de financement, il faudra naturellement résoudre ceux qui sont liés à la protection des données.»

Interpellation Reimann, du 4 décembre 1985, concernant l'ordonnance 3 sur la prévoyance professionnelle

M. Reimann, conseiller national, a présenté l'interpellation suivante:

«Le 13 novembre 1985, le Gouvernement a édicté, en application de la LPP, l'ordonnance 3 relative aux déductions admises fiscalement pour les cotisations versées à des formes reconnues de prévoyance. Il a en outre décidé de ne pas édicter une ordonnance 4 sur le traitement fiscal de la prévoyance professionnelle. Grâce à l'OPP 3, les indépendants peuvent épargner une somme non imposable pouvant atteindre 20 750 francs par an et indexée sur l'évolution des salaires. Quant aux salariés, ils peuvent déduire de leur revenu imposable, outre leurs cotisations de prévoyance professionnelle, une épargne pouvant s'élever à 4150 francs au titre de ce qu'on appelle le 3^e pilier. Le fait que l'on ait renoncé à édicter l'ordonnance 4 permet donc la déduction fiscale de certaines cotisations de prévoyance professionnelle, indépendamment de leur montant et de leur affectation finale.

Le Conseil fédéral s'est peu étendu sur les retombées de ces avantages fiscaux. Il se contente d'évaluer le manque à gagner annuel à environ un milliard de francs pour les cantons et les communes et à 280 millions pour la Confédération.

Le Gouvernement peut-il répondre aux questions suivantes:

– Sur quelles données reposent ces estimations?

- Comment le manque à gagner se répartit-il entre le 2^e et le 3^e pilier?
- Les grandes campagnes publicitaires que viennent de lancer les banques et les assurances sont-elles prises en considération?

Le Conseil fédéral n'est-il pas d'avis que nombre de cantons et de communes ne pourront supporter ce manque à gagner, à moins de le compenser par des augmentations d'impôts?

- Ces augmentations ne pénaliseront-elles pas avant tout les petits et moyens revenus?
- Les décisions du Gouvernement ne vont-elles pas à l'encontre des efforts entrepris pour une plus grande justice fiscale?»

(29 cosignataires)

Question ordinaire Longet, du 11 décembre 1985, concernant le paiement de rentes AI à l'étranger

M. Longet, conseiller national, a posé la question suivante:

«Il semble que lors du transfert de la rente à l'étranger par la voie officielle à des ayants-droit rentrés au pays, certains pays prélèvent une part de la rente AI et versent à l'assuré le montant de la rente correspondante du pays.

Cette pratique est-elle basée sur des textes légaux ou des directives? Dans quels pays liés par convention avec la Suisse cette pratique a-t-elle cours?

Comment les assurés peuvent-ils être renseignés de manière crédible par les services sociaux concernés? Aucune information ne semble être donnée à ce sujet par les commissions AI ni par l'OFAS.»

Informations

Revision de l'OIC

Le Conseil fédéral a approuvé, en date du 9 décembre, la revision de l'**ordonnance concernant les infirmités congénitales** (OIC). Cette revision a pour effet de mieux définir lesdites infirmités et d'adapter leurs dénominations à la terminologie médicale actuelle, de manière à simplifier le travail des médecins et des commissions AI. D'une manière générale, les critères d'admission pour les anomalies de la face et de l'œil ont été assouplis. En revanche, des restrictions ont été apportées à la prise en charge du traitement des anomalies du pied les plus fréquemment annoncées.

Cette revision ne devrait pas avoir de répercussions financières importantes aussi bien pour les prestations des assurances-maladie que pour celles de l'AI. En effet, les quelques infirmités congénitales ajoutées à la liste sont des affections extrêmement rares. L'ordonnance est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1986; la RCC consacra un prochain article à ses modifications.

Allocations familiales dans le canton d'Uri

Allocation pour enfant

Par décret du 25 septembre 1985, le Grand Conseil a augmenté l'allocation mensuelle pour enfant à 100 francs (jusqu'ici 85 francs) par enfant.

Allocation de naissance

Par le même décret, l'allocation de naissance a été fixée à 300 francs (jusqu'ici 200 francs) par enfant.

Ces modifications sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 1986.

Allocations familiales dans le canton de Vaud

Par arrêté du 29 novembre 1985, le Conseil d'Etat a fixé les montants minimaux mensuels des allocations pour enfants et de formation professionnelle aux salariés comme suit:

– 100 francs (jusqu'ici 90 fr.) par enfant, jusqu'à l'âge de 16 ans.

– 140 francs (jusqu'ici 135 fr.) pour

a) les apprentis et étudiants, jusqu'à l'âge de 25 ans au maximum,

b) les enfants incapables de gagner leur vie, jusqu'à l'âge de 20 ans au maximum.

L'allocation de naissance reste fixée à 600 francs.

Les nouvelles dispositions sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 1986.

Allocations familiales dans le canton d'Appenzell Rh.-Int.

1. Augmentation des allocations pour enfants

Par décret du 19 novembre 1985, le Grand Conseil a augmenté les allocations pour enfants aux salariés et indépendants comme suit:

– 100 francs (jusqu'ici 90 fr.) par mois et par enfant pour le premier et le deuxième enfant.

– 110 francs (jusqu'ici 100 fr.) par mois et par enfant dès le troisième enfant.

Cette modification a pris effet le 1^{er} janvier 1986.

2. Droit aux allocations partielles

Par le même décret, l'ordonnance sur les allocations pour enfants a été complétée afin de régler le droit aux allocations partielles.

Le droit à une allocation entière existe pour les salariés occupés durant un mois complet chez le même employeur et ayant accompli au moins 120 heures de travail. Lorsque la durée mensuelle d'occupation comporte moins de 120 heures mais 40 heures au minimum, il est octroyé une allocation réduite en proportion du temps de travail effectif par rapport à l'horaire de travail normal.

Dans le cas des salariés payés à la journée, l'allocation se calcule, pour chaque jour de travail, à raison de $\frac{1}{25}$ de l'allocation mensuelle et pour les salariés payés à l'heure, à raison de $\frac{1}{8}$ de l'allocation journalière par heure de travail.

Ces modifications sont entrées en vigueur le 19 novembre 1985.

Allocations familiales dans le canton du Tessin

Par arrêté du 11 décembre 1985, le Conseil d'Etat a réduit de 3,2 à 3,0 pour cent le taux de la contribution due par les employeurs affiliés à la Caisse cantonale de compensation pour allocations familiales.

Cet arrêté est entré en vigueur le 1^{er} janvier 1986.

OFAS. Réorganisation de la section des PC et des problèmes de la vieillesse

La section des PC et des problèmes de la vieillesse a été dissoute lors de la mise à la retraite de M. Armand Bise (RCC 1985, p. 397). Ses attributions sont assumées désormais de la manière suivante:

– Les PC, prestations uniques ou périodiques en espèces selon l'art. 11, 1^{er} alinéa, lettres a et b, LPC, ainsi que les fonds pour les personnes âgées ou invalides, sont du ressort de la section des rentes au sein de la division «Cotisations et prestations en espèces AVS/AI/APG»; ces affaires seront gérées, comme jusqu'à présent, par M. François Huber, adjoint scientifique;

– Les prestations en nature ou en services (art. 11, 1^{er} al., lettre c, LPC) et les demandes de subventions tirées du fonds des maisons de jeux relèvent de la compétence de M. Roland Inaebnit, membre de la section «Encouragement de l'aide à la vieillesse et aux invalides» qui dépend de la division des prestations en nature et des subventions AVS/AI.

Tribunal fédéral des assurances

L'Assemblée fédérale a nommé, lors de sa séance du 11 décembre 1985, le président et le vice-président du TFA pour la période administrative de deux ans qui commence avec l'année 1986. M. **Kurt Sovilla** a obtenu 199 voix pour sa nomination à la présidence, la majorité absolue étant de 104 voix. M. **Raymond Spira**, devenu vice-président, a obtenu 189 voix.

Précision à propos de la RCC de décembre 1985

Dans le communiqué concernant les ordonnances OPP 3 et 4, page 637, une partie de la phrase a été omise. Il faut lire: Si c'est le cas, il peut déduire du revenu, jusqu'à la fin de l'année 1985, un montant maximum de 3974 francs par an, et dès 1986 de 4147 francs. La prévoyance pour 1985 peut être l'objet d'un accord jusqu'à fin février 1986; le paiement peut être effectué jusqu'à fin mars 1986.

Jurisprudence

AVS/AI. Contentieux

Arrêt du TFA, du 30 août 1985, en la cause H. Z.
(traduction de l'allemand).

Article 84, 1^{er} alinéa, LAVS; article 128, 1^{er} alinéa, RAVS; article 5, 1^{er} alinéa, lettre b, en corrélation avec l'article 25 PA; article 159, 3^e alinéa, OJ. Conditions auxquelles doit satisfaire une décision de constatation. Si une caisse de compensation rend une telle décision, bien qu'une décision créatrice d'une situation juridique soit possible ici, il y a là un acte administratif irrégulier; la caisse peut alors, bien qu'ayant obtenu gain de cause, être tenue de payer des dépens à la partie qui succombe. (Considérant 4.)

Articolo 84, capoverso 1, LAVS; articolo 128, capoverso 1, OAVS; articolo 5, capoverso 1, lettera b, in correlazione con l'articolo 25 PA; articolo 159, capoverso 3, OG. Condizioni alle quali deve rispondere una decisione d'accertamento. Se una cassa di compensazione pronuncia una simile decisione, benchè sia possibile una decisione costitutiva di diritto, ci si trova di fronte ad un atto amministrativo irricevibile; la cassa allora, pur avendo vinto la causa, può essere obbligata a pagare le spese legali alla parte che soccombe. (Considerando 4.)

H. Z. assume des travaux de montage, de peinture, etc. pour plusieurs clients depuis mars 1984. Le 13 mars de cette année-là, il s'annonça comme travailleur indépendant auprès d'une caisse cantonale de compensation. Le 16 août suivant, celle-ci lui écrivit qu'il devait être considéré comme un salarié. Elle considéra cette communication comme une décision, contre laquelle le recours était possible.

Le recours formé par l'intéressé a été admis par jugement cantonal du 17 décembre 1984. L'autorité juridictionnelle annula l'acte administratif attaqué et ordonna à la caisse d'assujettir H. Z. comme indépendant.

La caisse a interjeté recours de droit administratif en proposant que l'affaire lui soit renvoyée pour nouvel examen, le jugement cantonal étant annulé. Elle allègue que la commission de recours n'aurait pas dû examiner ce recours, étant donné que les conditions permettant de rendre une décision de constatation sur le statut en matière de cotisations n'étaient pas remplies.

Le TFA a admis ce recours pour les motifs suivants:

1. L'acte administratif du 16 août 1984 ne se prononce que sur le statut de H. Z. en matière de cotisations. Il faut donc examiner d'abord si la caisse était en droit de rendre une décision de constatation.

Selon la doctrine et la jurisprudence, une décision de constatation au sens des articles 5, 1^{er} alinéa, lettre b, et 25 PA peut être rendue s'il est prouvé qu'il existe un intérêt actuel – digne de protection – à la constatation immédiate d'un droit ou de l'absence de ce droit, lorsque aucun intérêt important fondé sur le droit public ou privé ne s'y oppose, et que cet intérêt digne de protection ne peut être sauvegardé par une décision créatrice d'une situation juridique (Imboden/Rhinow, *Verwaltungsrechtsprechung*, 5^e éd., N° 36, pp. 220ss et surtout p. 223, lettre d; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 1983, p. 144; ATF 108 Ib 546, consid. 3, 107 Ib 327, 99 Ib 276; RCC 1980, p. 591, et 1978, p. 466).

Des décisions de constatation peuvent-elles être rendues à propos du statut d'assurés en matière de cotisations? Appelé à se prononcer sur cette question, le TFA a déclaré que ce statut peut, à lui seul, être l'objet d'une décision de caisse s'il existe un intérêt impératif à ce qu'il soit préalablement élucidé. Il a considéré que tel était le cas lorsque les circonstances sont compliquées et que le travail nécessité par le décompte des cotisations paritaires peut être raisonnablement assumé seulement s'il est déjà établi que l'intéressé exerce une activité salariée et que l'employeur est réellement tenu de faire les décomptes et de payer les cotisations. On a considéré, exceptionnellement, comme admissible une décision préalable sur le statut en matière de cotisations dans des cas où le nombre des assurés était élevé et où la question de ce statut était d'un genre nouveau, les circonstances étant assez spéciales (RCC 1978, p. 466, consid. 1).

2. Contrairement à ce que croit l'autorité de première instance, il manque ici un intérêt digne de protection à la constatation immédiate du statut de H. Z. en matière de cotisations. Les droits et devoirs réciproques de la caisse compétente, d'une part, ainsi que de l'intimé et de ses clients, d'autre part, peuvent fort bien être sanctionnés par des décisions créatrices d'une situation juridique; celles-ci peuvent, à leur tour, être attaquées par voie de recours devant le juge cantonal. Même en tenant compte du fait que l'intimé – ainsi que le montrent les factures qu'il a produites en instance cantonale – travaille pour plusieurs clients, on ne peut dire que les circonstances soient compliquées au point que le travail nécessité par les décomptes puisse être raisonnablement assumé seulement s'il est déjà établi que l'intimé est à considérer comme un salarié. Bien au contraire, la situation telle qu'elle se présente ici est simple, puisque le statut en matière de cotisations d'un seul assuré est litigieux; le problème juridique de ce statut ne se pose nullement d'une manière inhabituelle.

Il en résulte que les conditions, développées par la pratique, permettant de justifier une décision de constatation au sujet de ce statut, dans le cas de H. Z., n'étaient pas remplies.

3. Selon la jurisprudence, le juge n'a pas à examiner des dispositions n'ayant

pas le caractère de décisions. Si un tel acte administratif lui est néanmoins soumis, il doit rejeter celui-ci (ATF 102 V 152, consid. 4, RCC 1977, p. 163; ATFA 1968, p. 224, RCC 1968, p. 589).

Ainsi, l'autorité cantonale de recours n'aurait pas dû examiner le recours de H. Z. contre l'acte administratif du 16 août 1984. Le jugement cantonal doit donc être annulé en constatant que cela ne préjuge pas la question du statut de l'intimé en matière de cotisations.

4. Selon l'article 159, 2^e alinéa, OJ, la partie qui succombe est tenue, en règle générale, de rembourser à celle qui obtient gain de cause tous les frais indispensables occasionnés par le litige. Le 3^e alinéa de cet article prévoit de plus que lorsque aucune des parties n'a eu entièrement gain de cause ou que la partie qui a succombé pouvait de bonne foi se croire fondée à poursuivre le procès, les frais peuvent être répartis proportionnellement entre elles.

Selon la jurisprudence fondée sur l'article 156, 3^e alinéa, OJ, qui contient, en ce qui concerne les frais de la procédure, des règles analogues à celles de l'article 159, 3^e alinéa, ces frais peuvent être mis à la charge de la partie qui obtient gain de cause si cette dernière a, par un comportement contraire au droit, donné à la partie adverse motif d'agir en justice (ATF 105 V 89, consid. 4, RJAM 1979, p. 230). La partie qui obtient gain de cause peut, aux mêmes conditions, en application de l'article 159, 3^e alinéa, OJ, être tenue de payer des dépens à celle qui succombe.

En l'espèce, l'intimé a été incité à agir en justice à cause de l'acte administratif irrégulier de la caisse de compensation. Celle-ci doit donc reconnaître que des frais ont été occasionnés à l'intimé par la consultation d'un représentant légal. Il se justifie par conséquent de mettre à sa charge des dépens à verser à l'intimé. Cela paraît d'autant plus indiqué que la caisse recourante obtient gain de cause seulement dans un sens: le jugement cantonal est certes annulé, mais avec la constatation que l'acte administratif de la caisse, du 16 août 1984, était irrégulier.

Arrêt du TFA, du 9 août 1985, en la cause T. K.
(traduction de l'allemand).

Article 85 LAVS; article 105 OJ. Influence d'une décision de renvoi sur l'objet litigieux de la procédure de recours qui suit la nouvelle décision. Si la première décision a été attaquée seulement sur un de ses aspects (en l'espèce, une décision de cotisations concernant le montant du revenu), seul cet aspect peut – après renvoi de l'affaire pour nouvelle décision sur ce point-là – être l'objet litigieux dans une nouvelle procédure de recours. Dans le cas présent, le nouvel argument selon lequel l'intéressé n'aurait plus, pendant la période de cotisations en question, exercé une activité indépendante a été considéré comme irrecevable.

Articles 23 et 24 RAVS. Les communications fiscales qui font état du

revenu total de deux conjoints ou aussi des revenus tirés d'une activité salariée ne lie pas la caisse de compensation. Celle-ci doit, dans de tels cas, déterminer elle-même le revenu de l'activité lucrative. Ce faisant, il ne lui est cependant pas interdit d'utiliser pour ses propres calculs les données fournies par lesdites communications.

Articolo 85 LAVS; articolo 105 OG. Influenza di una decisione di rinvio sull'oggetto della controversia della procedura di ricorso che segue la nuova decisione. Se la prima decisione è stata impugnata solo su uno dei suoi aspetti (nella fattispecie, una decisione di contribuzioni riguardante l'ammontare del reddito), solo questo aspetto – dopo il rinvio del caso per una nuova decisione su quel punto – può essere l'oggetto della controversia in una nuova procedura di ricorso. Nel caso presente, il nuovo argomento secondo il quale l'interessato, durante il periodo contributivo in questione, non avrebbe più esercitato un'attività indipendente è stato considerato irricevibile.

Articoli 23 e 24 OAVS. Le comunicazioni fiscali che stabiliscono il reddito totale di due coniugi oppure i redditi derivanti da un'attività dipendente non vincolano la cassa di compensazione. Questa, in casi analoghi, deve determinare da sé il reddito dell'attività lucrative. A tale scopo non le è proibito utilizzare per i propri calcoli i dati forniti dalle suddette comunicazioni.

Par décision du 31 mars 1982, la caisse de compensation a fixé les cotisations personnelles de l'assurée T. K. pour 1982 et 1983; elle considéra provisoirement comme revenu soumis à cotisations celui de la période de cotisations précédente (34 100 fr.). T. K. recourut et alléguait que sa part au revenu total du couple était seulement de 71,78 pour cent; en outre, il fallait déduire son revenu tiré d'une activité salariée, revenu sur lequel les cotisations avaient déjà été perçues. Son revenu soumis à cotisations s'élevait dès lors à 20 606 francs seulement. Par jugement du 4 novembre 1982, l'autorité cantonale de recours admit le recours partiellement, annula la décision du 31 mars et renvoya le dossier à la caisse pour donner à l'affaire une suite conforme à ses considérants. Cette autorité déclara que l'administration cantonale de l'IDN avait communiqué dans l'intervalle, pour la période de calcul 1979/1980 déterminante pour les années de cotisations 1982 et 1983, un revenu moyen, fixé par estimation, de 45 000 francs touché par les deux époux. En admettant que l'assurée avait une part de 71,78 pour cent à ce revenu, d'après ses propres déclarations, on obtenait, compte tenu des cotisations personnelles de 1979 et 1980 et après déduction du salaire déjà «imposé» à la source, un revenu soumis à cotisations de 30 615 francs. Il est vrai que les données de l'administration fiscale reposaient sur une taxation qui n'avait pas encore passé en force. Etant donné que l'affaire devait, quoi qu'il en soit, être renvoyée à la caisse pour nouveau calcul des cotisations, ladite caisse devait examiner d'abord si la taxation fiscale avait passé

en force. Si oui, il fallait fixer les cotisations d'après les considérations ci-dessus.

Ce jugement n'a pas été attaqué; il a donc passé en force. Il s'est révélé, depuis lors, que la taxation concernant les 45 000 francs avait passé en force. La caisse fixa alors, par deux décisions du 4 février 1983, les cotisations dues pour 1982 et 1983; elles devaient être perçues sur un revenu de 30 600 francs.

T. K. a recouru contre ces décisions en demandant que l'AVS la libère, dès le 1^{er} janvier 1982, de l'obligation de payer des cotisations. A l'appui de cette requête, elle a allégué que son commerce avait été, à partir de cette date, transformé en un salon de jeux. Le seul titulaire de celui-ci était son époux, avec qui elle vivait sous le régime de la séparation de biens. Quant à elle, elle ne s'occupait plus que du dépôt de sport-toto et de loto; des cotisations paritaires étaient perçues sur le produit de cette activité.

Lors de l'échange d'écritures, il se révéla que la police avait mis hors service et confisqué les automates de cette maison de jeux le 27 avril 1983.

Par jugement du 20 mars 1984, l'autorité cantonale a admis partiellement le recours et a limité l'obligation de payer des cotisations à la période qui a pris fin le 30 avril 1983. Elle a rejeté les nouvelles objections formulées contre l'obligation de cotiser considérée comme telle et a déclaré que l'assurée avait probablement exercé, aussi après le 1^{er} janvier 1982, une activité indépendante, puisqu'elle avait elle-même fixé à 71,78 pour cent, en première instance, sa part du revenu total. Toutefois, par suite de la confiscation des automates, l'obligation de payer des cotisations devait être limitée à la période prenant fin le 30 avril 1983.

T. K. a demandé de nouveau, par la voie du recours de droit administratif, à être libérée de ladite obligation dès le 1^{er} janvier 1982. On reviendra sur les motifs invoqués, autant que cela sera nécessaire, dans les considérants ci-après.

Le TFA a rejeté ce recours. Voici un extrait de ses considérants:

2. a. La recourante a attaqué la décision du 31 mars 1982 seulement sur un de ses aspects, c'est-à-dire dans la mesure où elle n'était pas d'accord avec la taxation provisoire de son revenu soumis à cotisations, fixé dans cette décision à 34 100 francs. L'objet de la décision effectivement attaqué, donc la question litigieuse (cf. ATF 110 V 51, RCC 1985, p. 53, consid. 3c) de la première procédure de recours devant les premiers juges, c'était uniquement – d'après la demande formulée par voie de recours – le *montant* du revenu soumis à cotisations, donc le montant des cotisations personnelles dues pour 1982 et 1983. La question de l'obligation de cotiser comme telle en raison d'une activité indépendante ne faisait pas partie de cette question litigieuse dans ladite procédure. La recourante n'a pas abordé ce point, mais elle s'est fondée elle-même sur une activité indépendante après le 1^{er} janvier 1982 en fixant à 71,78 pour cent sa part du revenu total et en indiquant, d'autre part, qu'une fraction seulement provenait d'une activité salariée. Donnant suite à la demande présentée alors, l'autorité de recours n'examina la décision du 31 mars que sous l'aspect quantitatif. Elle montra, dans son jugement du 4 novembre 1982, conformément aux déclarations de la caisse lors de l'échange d'écritures, quel revenu devait être pris pour

base de la fixation des cotisations dans une nouvelle décision au cas où il apparaîtrait, lors des investigations à effectuer, que le revenu total communiqué par l'administration cantonale IDN en juin 1982 reposait sur une taxation fiscale passée en force. C'est pourquoi les premiers juges ont, dans le dispositif de leur jugement, renvoyé le dossier à la caisse «afin de poursuivre l'affaire dans le sens des considérants». L'objet de ce renvoi était donc uniquement l'aspect quantitatif de l'obligation de cotiser, point sur lequel la caisse a rendu une nouvelle décision le 4 février 1983 dans le sens des considérants du jugement de renvoi. Dans la première procédure de recours, dirigée contre la décision du 31 mars 1982, seul l'aspect quantitatif constituait la question litigieuse, et les premiers juges avaient, à cet égard, ordonné le renvoi; dans la seconde procédure (dirigée contre les décisions du 4 février 1983), seul ce point-là pouvait donc être la question litigieuse, mais non pas la question de principe de l'obligation de payer des cotisations. A ce sujet, les premiers juges s'étaient déjà prononcés définitivement dans le jugement du 4 novembre 1982, qui n'avait pas été attaqué et avait passé en force; ils avaient dû y admettre, d'après les arguments produits alors par voie de recours, que la recourante exerçait une activité indépendante aussi après le 1^{er} janvier 1982. Par conséquent, les objections formulées dans la seconde procédure et concernant l'obligation de cotiser comme telle se révèlent irrecevables. La recourante aurait dû les présenter déjà dans son recours contre la décision du 31 mars 1982.

Si l'on admettait les nouveaux arguments produits pendant la seconde procédure, il en résulterait qu'un point traité définitivement dans une procédure antérieure pourrait être reconsidéré par un juge parce que la nouvelle décision a été attaquée dans une seconde procédure, et cela uniquement grâce au fait que les premiers juges n'auraient pas tranché la question eux-mêmes lors de la première procédure, mais l'auraient renvoyée. Cela aboutirait à une «*revisio in jure*», ce qui serait inadmissible, même en invoquant l'article 85, 2^e alinéa, lettre h LAVS et la disposition de procédure cantonale qui s'y rapporte.

b. Une autre considération encore conduit au même résultat. Compte tenu du pouvoir d'examen limité qui a été défini ci-dessus, sous considérant 1, la possibilité de faire de nouvelles déclarations ou de produire de nouveaux moyens de preuve devant le TFA est fortement limitée. Selon la jurisprudence, seuls sont admissibles les nouveaux moyens de preuve que l'autorité de première instance aurait dû exiger d'office, et dont l'omission constitue une violation de règles essentielles de la procédure (ATF 107 Ib 169, consid. 1b; RCC 1983, p. 519, consid. 1a. Ces deux arrêts donnent encore d'autres références).

Certes, le procès administratif est régi par le principe d'enquête en vertu duquel l'administration et le juge doivent veiller d'eux-mêmes à ce que les faits déterminants soient examinés d'une manière correcte et complète; cependant, cela ne dispense pas l'assuré de formuler lui-même les critiques qu'il a à présenter (droit de soulever des griefs) et de contribuer, pour sa part, à la constatation des faits (obligation de coopérer). C'est pourquoi il est inadmissible – et incompatible avec la règle selon laquelle le TFA est lié, sauf exceptions, par la constatation des faits opérée par les premiers juges, cf. article 105, 2^e alinéa, OJ – de

produire en dernière instance seulement de nouvelles déclarations relatives aux faits et de nouveaux moyens de preuve, alors que ces déclarations et moyens de preuve pouvaient l'être déjà en première instance et – compte tenu de l'obligation de coopérer de l'assuré – devaient l'être. De telles allégations tardives ne sauraient faire conclure que les faits constatés par l'autorité cantonale de recours soient inexacts ou incomplets au sens dudit article 105.

En ce qui concerne le cas présent, on peut en tirer les conclusions suivantes: si la recourante n'avait pas laissé le premier arrêt (4 novembre 1982) passer en force sans être attaqué, et si elle l'avait porté devant le TFA en déclarant pour la première fois que depuis le 1^{er} janvier 1982, elle n'exerçait plus d'activité indépendante, cette objection n'aurait pas pu être entendue, compte tenu dudit article 105, puisqu'elle aurait pu et dû être formulée déjà en première instance. Or, la recourante n'a pas attaqué ce jugement du 4 novembre, mais n'a allégué l'abandon de son activité indépendante dès janvier 1982 qu'après les décisions du 4 février 1983, et elle l'a fait, en s'adressant au TFA, par la voie de la deuxième procédure de recours. Cela n'est cependant pas une raison pour juger la question des liens qui lient le TFA aux faits constatés par les premiers juges d'une manière différente que si la recourante avait présenté sa nouvelle allégation déjà dans un recours de droit administratif contre le jugement du 4 novembre. Dans chacun de ces cas, il faut admettre l'existence d'un fait nouveau irrecevable. La déclaration selon laquelle l'intéressée aurait abandonné son activité lucrative ne peut donc – aussi pour ce motif – être prise en considération.

3. a. Dans le jugement attaqué du 20 mars 1984, l'autorité de recours se demande si la caisse a calculé correctement les cotisations, dans ses décisions du 4 février 1983, par suite du jugement ordonnant le renvoi du dossier à ladite caisse. Elle répond par l'affirmative en se référant aux arguments développés dans le premier jugement (4 novembre 1982).

La recourante, elle, allègue, dans le recours de droit administratif, que la caisse n'aurait pas dû se fonder sur les données de l'administration fiscale en calculant le revenu tiré de l'activité lucrative, étant donné qu'elle – la recourante –, en sa qualité d'épouse, n'a pas de droit de recours contre des taxations fiscales.

b. Selon l'article 23, 1^{er} alinéa, RAVS, il incombe en règle générale aux autorités fiscales d'établir le revenu déterminant le calcul des cotisations des indépendants en se fondant sur la taxation passée en force de l'impôt fédéral direct (avant 1983: IDN); elles tirent le capital propre engagé dans l'entreprise de la taxation passée en force de l'impôt cantonal.

Selon l'article 23, 4^e alinéa, les caisses de compensation sont liées par les données des autorités fiscales cantonales à ce sujet.

Selon la jurisprudence, toute taxation fiscale passée en force crée la présomption – que l'on peut renverser seulement par des faits – qu'elle correspond à la réalité. Etant donné que les caisses de compensation sont liées par les données des autorités fiscales et que le juge des assurances sociales ne doit en principe examiner que la légalité de leurs décisions, on ne peut s'écarter d'une

taxation fiscale passée en force que si cette dernière contient des erreurs manifestes et dûment prouvées qui peuvent être corrigées d'emblée, ou lorsqu'il s'agit d'apprécier des faits sans importance du point de vue fiscal, mais décisifs en matière de droit des assurances sociales.

La force obligatoire absolue des données que fournissent aux caisses de compensation les autorités fiscales, et la dépendance relative qui en résulte, pour le juge des assurances sociales, à l'égard des taxations fiscales passées en force sont limitées au calcul du revenu déterminant et du capital propre engagé dans l'entreprise. Elles ne concernent donc pas la qualification, en matière de cotisations AVS, du revenu ou de la personne qui touche ce revenu; par conséquent, elles sont sans influence sur la question de savoir si le revenu en cause provient d'un travail, s'il est tiré d'une activité indépendante ou d'une activité salariée et si l'intéressé est tenu de cotiser. Ainsi, les caisses de compensation peuvent, sans être liées par des communications fiscales, décider, d'après les normes du droit de l'AVS, qui est tenu de payer des cotisations pour un revenu communiqué par l'autorité fiscale (ATF 110 V 85, RCC 1985, p. 45, consid. 4; ATF 110 V 370, RCC 1985, p. 121, consid. 2 a; ATF 102 V 30, RCC 1976, p. 275, consid. 3b).

Dans la mesure où la communication fiscale la lie, la caisse de compensation doit reprendre tels quels les montants de revenus et procéder ensuite aux décomptes selon les prescriptions de l'AVS; autrement dit, elle doit additionner au revenu communiqué les cotisations personnelles des années de calcul (cf. art. 9, 2^e al., lettre d, 2^e phrase, LAVS) et, éventuellement, déduire l'intérêt pour le capital engagé dans l'entreprise (art. 9, 2^e al., lettre e, LAVS; art. 18, 2^e al., RAVS).

c. Le dossier indique que l'administration fiscale a estimé le revenu total des époux K., par appréciation, à 45 000 francs en moyenne pour 1979 et 1980. La taxation sur laquelle est fondée cette estimation a passé en force, ainsi que l'a révélé l'enquête effectuée par la caisse, sans avoir été attaquée. Etant donné que le mari est substitué à la femme pour l'assujettissement à l'impôt, une taxation fiscale forfaitaire suffit en général aux besoins du fisc, mais non point à ceux des assurances sociales. En effet, si elle exerce elle-même une activité lucrative indépendante, l'épouse est personnellement tenue de verser les cotisations. Par conséquent, pour pouvoir fixer les cotisations qu'elle doit, il faut séparer dans la taxation fiscale la part du revenu qui échoit à chacun des époux. Une telle séparation n'a pas été effectuée, dans l'espèce, par l'administration fiscale; le montant de revenu qu'elle a communiqué ne pouvait donc lier la caisse de compensation (cf. RCC 1973, p. 76; N^{os} 145c et 172b des directives de l'OFAS sur les cotisations des indépendants et des non-actifs, 1^{er} janvier 1980). A cela s'ajoute le fait que le revenu communiqué englobait aussi les gains tirés par la recourante d'une activité salariée, si bien que la communication fiscale ne pouvait lier la caisse pour cette raison également (ATF 98 V 244, RCC 1973, p. 530). Dans ces conditions, la caisse devait estimer elle-même le revenu en se fondant sur toutes les données dont elle disposait (art. 24 et 26, 1^{er} al., RAVS; RCC 1949, p. 341, arrêt J. D.; N^{os} 172ss desdites directives). Bien

que le chiffre communiqué par le fisc n'ait pu, d'après ce qui vient d'être dit, lier la caisse, on ne peut, d'autre part, reprocher à celle-ci de l'avoir utilisé comme *point de départ* de sa propre estimation. Conformément aux indications fournies par la recourante pendant la première procédure de recours, la caisse a fixé la part de son revenu à 71,78 pour cent, a ajouté les cotisations personnelles pour 1979 et 1980 et a déduit le revenu tiré d'une activité salariée. Cette manière d'agir se révèle conforme au droit fédéral. Dans la mesure où les premiers juges ont confirmé le montant du revenu calculé par la caisse (30 600 fr.), cette constatation lie le TFA en vertu de l'article 105, 2^e alinéa, OJ. Ce que la recourante allègue contre la fixation des cotisations est donc sans valeur.

4. a. Dans ses décisions du 4 février 1983, la caisse a fixé les cotisations pour la période allant du 1^{er} janvier 1982 au 31 décembre 1983, c'est-à-dire pour deux années entières. Les premiers juges ont pris en considération, dans le jugement attaqué du 20 mars 1984, un fait nouveau qui concerne la *durée* de l'obligation de cotiser: c'est le fait que la police avait confisqué les automates le 27 avril 1983 et qu'ainsi, la recourante avait perdu ce qui constituait la base de son activité indépendante. L'autorité de première instance a donc limité ladite obligation à la période qui a pris fin le 30 avril 1983 et a, en conséquence, admis le recours partiellement. Le fait qu'elle a tenu compte de ce point nouveau n'est pas en contradiction avec ce qui a été dit sous considérant 2 a. En effet, la confiscation a eu lieu seulement après le jugement de renvoi du 4 novembre 1982 et après les nouvelles décisions du 4 février 1983. En soi, l'autorité de première instance aurait pu se contenter de constater que lesdites décisions étaient – compte tenu des faits tels qu'ils existaient jusqu'au 4 février 1983 – correctes; elle aurait pu laisser à la caisse le soin de se prononcer séparément sur la question de la fin de l'obligation de cotiser (ATF 109 V 179, RCC 1984, p. 476; ATF 107 V 5, RCC 1982, p. 80; ATF 105 V 141 et 154, RCC 1980, pp. 315 et 318; ATF 104 V 61, RCC 1978, p. 522, et ATF 104 V 143, RCC 1979, p. 282). Cependant, étant donné que l'abandon du salon de jeux par suite de la confiscation des automates était un fait clairement établi (cf. la décision rendue sur réclamation par la Municipalité le 22 juin 1983), il était juste, par économie de procédure, de tenir compte aussi de ce fait survenu après la décision rendue; cela d'autant plus que la caisse elle-même avait présenté une proposition dans ce sens lors de l'échange d'écritures en première instance.

b. La recourante allègue que les automates avaient déjà été mis sous scellés le 5 janvier 1983. Toutefois, la décision de la Municipalité indique que les jeux étaient encore possibles avec un des appareils, les scellés ayant été enlevés. La déclaration des premiers juges selon laquelle les jeux auraient continué jusqu'au 27 avril 1983 ne peut donc être considérée comme une constatation inexacte au sens de l'article 105, 2^e alinéa, OJ. C'est donc avec raison que ces juges ont fixé au 30 avril 1983 la fin de l'obligation de payer des cotisations.

Arrêt du TFA, du 5 septembre 1985, en la cause C. C.
(traduction de l'allemand).

Articles 85, 86 et 97 LAVS, en corrélation avec les articles 69 et 81 LAI; article 38 OJ; article 39 PA. Objectivement, l'effet matériel de chose jugée se rapporte à la question litigieuse jugée. Si le droit à la rente comme tel est litigieux, la question litigieuse est constituée par lui et non pas par des facteurs partiels servant à le fixer, comme le calcul de la rente et le degré d'invalidité. En ce qui concerne ces éléments, l'exception de chose jugée (res iudicata) est donc exclue aussi longtemps qu'un jugement formel, passé en force, n'a pas été rendu sur le droit à la rente comme tel. (Considérant 1c; confirmation de la jurisprudence.)

Articoli 85, 86 e 97 LAVS, in correlazione con gli articoli 69 e 81 LAI; articolo 38 OG; articolo 39 PA. Obiettivamente, l'effetto materiale di cosa giudicata si riferisce all'oggetto della lite giudicata. Se il diritto alla rendita come tale è litigioso, esso costituisce l'oggetto della lite, e non i fattori parziali che servono alla sua determinazione, quali il calcolo della rendita e il grado d'invalidità. Per quanto riguarda questi elementi, l'eccezione della cosa giudicata (res iudicata) è quindi esclusa finché un giudizio formale, passato in giudicato, non è stato pronunciato sul diritto alla rendita come tale. (Considerando 1 c; conferma della giurisprudenza.)

C. C. possédait une entreprise spécialisée dans le nettoyage de locaux. Le 29 septembre 1975, il reçut une coupure au poignet droit, qui porta atteinte au bon fonctionnement de cette main. Par décisions du 14 octobre 1980, la caisse de compensation lui accorda une rente AI simple entière pour la période allant du 1^{er} septembre au 31 octobre 1976, puis une demi-rente dès le 1^{er} novembre suivant; le calcul de ces rentes était fondé sur un revenu annuel moyen de 21 000 francs (21 420 fr. dès le 1^{er} janvier 1977, 22 440 fr. dès le 1^{er} janvier 1980) pendant vingt-quatre ans.

Le recours formé contre cette décision a été admis partiellement par le Tribunal cantonal des assurances; celui-ci a renvoyé l'affaire à l'administration, pour qu'elle examine, en ce qui concerne la période postérieure au 1^{er} novembre 1976, à partir de quand existait une invalidité de deux tiers au moins et depuis quand, par conséquent, l'assuré avait droit à une rente entière. En revanche, il a confirmé les facteurs de la durée des cotisations et du revenu moyen, sur lesquels le calcul des rentes avait été fondé (jugement du 24 juin 1981).

C. C. a attaqué ce jugement par la voie du recours de droit administratif. Il a proposé que l'assurance recalcule la rente AI en tenant compte d'un revenu de 131 122 francs (au lieu de 20 000 fr.) touché entre le 1^{er} janvier 1972 et le 30 juin 1975. Dans son arrêt du 23 août 1982, le TFA a déclaré, d'une part, qu'il n'y avait aucune raison d'inclure dans le jugement de l'affaire les questions – non contestées par l'assuré – du montant des rentes et de la naissance du droit à

celles-ci; il fallait donc examiner seulement le calcul litigieux de ces prestations. A ce sujet, le tribunal parvint, d'autre part, à la conclusion que la caisse devait, en se fondant sur des communications fiscales, examiner de plus près dans quelle mesure il y avait lieu de réclamer à l'assuré, depuis 1974, des cotisations personnelles arriérées. La caisse devait ensuite calculer le revenu annuel moyen déterminant et recalculer le montant de la rente. En conséquence, le tribunal ordonna, sous N° 1 du dispositif, le renvoi de l'affaire à la caisse; ce faisant, il annula le jugement cantonal du 24 juin seulement dans la mesure où le calcul de la rente y était confirmé.

Par la suite, la commission AI demanda des renseignements sur le revenu de l'assuré, ainsi qu'une expertise du professeur N., médecin-chef de la division de chirurgie de l'Hôpital cantonal de B. Le 15 août 1983, elle rendit un prononcé en «procédure de revision» après un réexamen du droit à la rente conformément à l'arrêt du TFA du 23 août 1982. Selon elle, le degré d'invalidité était de 50 pour cent; en se fondant sur l'expertise d'un médecin spécialisé, on pouvait absolument exiger de l'assuré qu'il exerce une activité lucrative à 50 pour cent. Si l'assuré n'utilisait pas la capacité de gain qui lui restait, ce n'était pas – toujours selon la commission – pour cause d'invalidité. La caisse de compensation a notifié à l'assuré, le 19 septembre 1983, une décision dans ce sens, en alléguant ces motifs, sous le titre «Revision de la rente»; elle a précisé que la rente versée jusqu'ici continuerait de lui être versée. Il était encore ajouté qu'un nouveau calcul de la rente conformément à l'arrêt du 23 août était réservé.

Dans son recours formé contre cette décision, C. C. a demandé que l'administration soit invitée à déterminer immédiatement depuis quand il souffrait d'une invalidité de plus des deux tiers et depuis quand il avait droit, par conséquent, à une rente entière. En même temps, il fallait, selon lui, exhorter ladite administration à fixer, tout aussi rapidement, le revenu annuel moyen déterminant pour le calcul de la rente et à fixer de nouveau la rente AI qui lui revenait. A titre éventuel, il a été proposé que l'on demande au docteur R., spécialiste FMH de la chirurgie orthopédique, son avis sur l'expertise du professeur N.

Dans son jugement du 7 mars 1984, le Tribunal cantonal des assurances a admis que la décision du 19 septembre était une décision de revision de rente; elle n'avait pour objet ni les bases de calcul, ni la question de savoir depuis quand il fallait accorder une rente entière. De même, les conditions permettant d'étendre la procédure à ces deux points n'étaient pas remplies. Matériellement, le tribunal est parvenu à la conclusion que les conditions d'une réduction de la rente à une demi-rente, par voie de revision, étaient remplies. Par conséquent, il a rejeté le recours dans la mesure où il devait l'examiner.

C. C. a interjeté recours de droit administratif avec les revendications suivantes:

«1. Le jugement cantonal doit être annulé. L'administration doit être invitée à déterminer immédiatement depuis quand l'assuré souffre d'une invalidité des deux tiers au moins; elle doit en outre être invitée à verser une rente entière à l'assuré dès la date qui aura été fixée.

2. A titre éventuel, il est proposé que l'on demande au docteur R., spécialiste

FMH de la chirurgie orthopédique, son avis sur l'expertise du professeur N. du 20 juin 1983, et cela en tenant compte de l'expertise du docteur R. du 12 décembre 1979.»

Le TFA a rejeté le recours pour les motifs suivants:

1. a. En ce qui concerne le calcul de la rente AI ici litigieuse, le recourant allègue que la caisse, conformément à l'arrêt du TFA du 23 août 1982, a rendu le 1^{er} mars 1984 de nouvelles décisions fondées sur des revenus annuels moyens plus élevés. Ces décisions n'ont apparemment pas été attaquées par le recourant. Celui-ci déclare bien plutôt, dans le recours de droit administratif, que la question de ce calcul a été réglée définitivement par les décisions du 1^{er} mars. Etant donné, par conséquent, que le nouveau calcul n'est pas contesté et que, d'autre part, rien n'indique, dans le dossier, que les bases de calcul adoptées dans les décisions du 1^{er} mars soient inexactes, ces bases ne doivent pas être vérifiées ici.

b. En ce qui concerne les facteurs ayant trait spécifiquement à l'invalidité, le recourant se plaint de ce que les premiers juges n'aient pas examiné ses propositions et déclarations se rapportant à la fixation dans le temps d'un degré d'invalidité des deux tiers au moins. Effectivement, l'opinion de ces juges, selon laquelle l'acte administratif attaqué (celui du 19 septembre 1983) serait une décision de révision de rentes, ne peut être partagée. Certes, le fonctionnaire qui a fait le procès-verbal du prononcé de la commission AI (15 août 1983) a marqué d'une croix la colonne «Procédure de révision», ce qui a sans doute incité la caisse à utiliser, pour notifier ce prononcé, la formule de décision prévue pour les révisions de rentes. Cependant, cette erreur de l'administration ne peut modifier le contenu matériel de la décision du 19 septembre: l'administration a ainsi mis fin à la procédure d'instruction (complémentaire) consacrée à l'étude des facteurs propres à l'invalidité, procédure ordonnée par le jugement cantonal du 24 juin 1981 et qu'elle avait engagée, après avoir reçu l'arrêt de dernière instance du 23 août 1982, en invitant l'assuré, en date du 12 janvier 1983, à se faire examiner par le professeur N. C'est ainsi qu'il faut comprendre aussi la remarque inscrite sur la «feuille des constatations», selon laquelle le prononcé du 15 août 1983 était rendu dans le cadre du réexamen du droit à la rente conformément à l'arrêt du TFA du 23 août 1982. La commission AI a rappelé en outre la date de la première demande (23 sept. 1976). En rendant ce prononcé, ladite commission a entendu exprimer que pendant toute la période qui s'est écoulée depuis la naissance de la demi-rente, le 1^{er} novembre 1976, l'assuré n'avait jamais eu droit à une rente entière. Par conséquent, la critique formulée dans le recours de droit administratif, concernant le jugement cantonal, est fondée dans la mesure où le Tribunal cantonal a omis d'examiner le droit à la rente pendant la période postérieure au 1^{er} novembre 1976 et antérieure à la décision attaquée (19 sept. 1983).

c. Le recourant allègue toutefois que le TFA ne s'est pas prononcé, dans son arrêt du 23 août 1982, sur la question du montant de la rente (rente entière, demi-rente) et de la naissance du droit à cette prestation; pour ce tribunal, il

était donc clair, selon lui, que les parties n'étaient plus en désaccord à propos du taux de la rente, mais qu'il s'agissait seulement, pour l'autorité de première instance ou l'administration, de préciser depuis quand le recourant avait droit à une rente entière. Une autre opinion n'était pas soutenable, puisque le Tribunal cantonal avait constaté, dans son jugement du 24 juin 1981, une incapacité de travail de 75 pour cent et relevé la nécessité d'un examen seulement à propos de la date à laquelle un degré d'invalidité de deux tiers au moins était survenu. Le Tribunal cantonal aurait donc reconnu, dans son jugement du 24 juin, que l'invalidité du recourant devait être fixée, d'une manière durable, à 75 pour cent. La tâche de l'administration se bornait dès lors à déterminer la date à partir de laquelle la rente entière devait être versée au recourant. En rendant sa décision du 19 septembre, l'administration avait certes agi selon les instructions du Tribunal cantonal du 24 juin 1981, mais cette décision était entièrement erronée, parce que l'on avait oublié «qu'en date du 24 juin 1981, il avait été décidé – par jugement passé en force – que le recourant avait droit à une rente entière pour cause d'incapacité de travail durable de 75 pour cent».

En présentant ces arguments, le recourant allègue, en substance, à propos du degré d'invalidité considéré comme condition du droit à une rente AI entière, l'«exception de chose jugée» (*res judicata*). Le TFA ne peut adopter cette opinion, selon laquelle la force de chose jugée du jugement du 24 juin 1981 (confirmé par le TFA) s'opposerait à un nouvel examen de la question de l'invalidité. Objectivement, l'effet de chose jugée se rapporte à la *question litigieuse* jugée (Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*), 2^e édition, p. 323 avec une référence). La question litigieuse de la procédure précédente, au cours de laquelle fut rendu le jugement du 24 juin 1981 et qui fut achevée par l'arrêt de dernière instance du 23 août 1982, c'était – selon les décisions attaquées du 14 octobre 1980 (ATF 110 V 51, RCC 1985, p. 55, consid. 3c) – le *droit* à la rente comme tel; en revanche, le degré d'invalidité et le calcul de la rente ne représentent pas la question litigieuse, mais constituent seulement des facteurs partiels dans le cadre de la fixation de la rente litigieuse (RCC 1985, p. 56, consid. 3d). Toutefois, aussi longtemps qu'une décision formellement passée en force n'a pas été rendue à propos de la question litigieuse – la rente AI –, comme c'est le cas ici, on ne saurait admettre que des éléments de l'octroi de rente litigieux soient déjà, formellement et matériellement, définitivement jugés. En l'espèce, le TFA, dans son arrêt du 23 août, ne s'est d'ailleurs pas fondé – après que les facteurs propres à l'invalidité n'ont pas été contestés dans le recours de droit administratif – sur une force de chose jugée partielle du jugement du 24 juin; il a, bien plutôt, constaté simplement, au considérant 1 de l'arrêt du 23 août, qu'il n'y avait aucune raison d'inclure dans le jugement les facteurs propres à l'invalidité (montant de la rente, début du versement de la rente). Cela montre que le TFA, dans le cadre de son pouvoir d'examen étendu au sens de l'article 132 OJ, aurait englobé dans son jugement les facteurs propres à l'invalidité si cela avait été justifié alors en l'état du dossier (cf. RCC 1985, p. 57, fin du consid. 4a).

d. D'après ce qui vient d'être dit, le jugement du 24 juin 1981 n'a pas force matérielle de chose jugée dans la mesure où il ordonne le renvoi de l'affaire à l'admi-

nistration pour fixer la date de la survenance d'une invalidité des deux tiers au moins. Le Tribunal cantonal estimait alors, semble-t-il, que l'existence d'une telle invalidité était prouvée et qu'il s'agissait seulement de déterminer cette date; mais cela n'y change rien. Par conséquent, il faut examiner ici quel était le degré d'invalidité à l'époque qui a commencé avec le versement de la demirente AI, le 1^{er} novembre 1976, et a pris fin lorsque fut rendue la décision du 19 septembre 1983.

2. ... Pour la question du droit à une rente AI, ce n'est pas l'incapacité professionnelle qui est déterminante; c'est bien plutôt l'incapacité de gain, conçue comme l'impossibilité, pour un assuré, de mettre économiquement en valeur, de façon raisonnablement exigible, sa capacité résiduelle de travail et cela sur l'ensemble du marché équilibré du travail entrant en considération pour lui (ATF 109 V 29, avec référence; RCC 1983, p. 483). A ce propos, le professeur N. est arrivé à la conclusion, dans son rapport du 20 juin 1983, que le recourant est en mesure de se servir entièrement de sa main saine et partiellement de sa main blessée; il n'y a pas d'autres atteintes à sa santé. Compte tenu de cette capacité de rendement confirmée par un spécialiste, on peut admettre que le recourant peut certainement réaliser plus d'un tiers du revenu qu'il pourrait obtenir dans son métier de nettoyeur indépendant, s'il jouissait d'une capacité de travail complète (art. 28, 2^e al., LAI; cf. ATF 104 V 136, RCC 1979, p. 228, consid. 2b). Une expertise complémentaire du docteur R., telle qu'elle est demandée dans le recours de droit administratif, ne pourrait, selon toute vraisemblance, conduire à un autre résultat, si bien qu'il faut y renoncer.

3. ...

Arrêt du TFA, du 30 septembre 1985, en la cause M. D.
(traduction de l'allemand).

Article 85, 2^e alinéa, lettre c, LAVS, en corrélation avec l'article 69 LAI; article 29 PA. Si le juge fonde son jugement, dans l'essentiel, sur des déclarations faites par des tiers au téléphone, sans donner au recourant l'occasion de se prononcer, cela constitue une violation du droit de celui-ci d'être entendu par un tribunal. Ce droit implique aussi celui de s'exprimer au sujet de nouveaux arguments qui paraissent décisifs. Le renseignement donné dans le cas présent, au téléphone, par un médecin ne constitue pas, en soi, un moyen de preuve concluant.

Articolo 85, capoverso 2, lettera c, LAVS, in correlazione con l'articolo 69 LAI; articolo 29 PA.

Se il giudice basa il suo giudizio principalmente su dichiarazioni fatte da terzi per telefono, senza dare al ricorrente l'opportunità di pronunciarsi, ciò

costituisce una violazione del diritto di quest'ultimo di essere ascoltato da un tribunale. Tale diritto implica quello di esprimersi riguardo a nuovi argomenti che sembrano decisivi. Nel caso presente, l'informazione data da un medico, per telefono, non rappresenta, di per sè, un mezzo di prova conclusivo.

Extrait des considérants du TFA:

2. Dans leur jugement, les premiers juges se sont fondés principalement sur les déclarations faites au téléphone par le docteur G., sans donner à la recourante l'occasion de se prononcer. Ils ont ainsi violé la prescription concernant le droit d'être entendu, droit qui englobe aussi celui de s'exprimer au sujet de nouveaux moyens de preuve importants en apparence (cf. ATF 101 Ia 311, consid. 1b). Selon la jurisprudence du TF, le droit d'être entendu doit être respecté lorsque l'intéressé peut s'exprimer devant une autorité possédant le pouvoir d'examen (ATF 107 V 249, consid. 3, et 103 V 133, consid. 1 avec références; ATF 99 V 61). Le présent litige concerne des prestations d'assurance, si bien que le TFA possède ici, selon l'article 132 OJ, un pouvoir d'examen étendu. Etant donné que la recourante a eu l'occasion, dans la présente procédure, de se prononcer sur les déclarations du docteur G., ce vice peut être considéré comme réparé.

3. Le renseignement donné seulement par téléphone n'a pas permis au Tribunal cantonal de donner au docteur G. l'occasion de consulter le dossier, notamment les expertises et le rapport du docteur B. du 18 novembre 1982; or, une telle consultation était indispensable pour tirer des conclusions valables. D'autre part, le docteur G. a déclaré, selon la notice téléphonique, que l'on ne pouvait se fonder définitivement sur son diagnostic; il s'est borné à faire une constatation sans pouvoir juger l'ensemble de la situation. Il exprime ainsi qu'il lui incombait, en sa qualité de radiologiste, de signaler des altérations possibles de la colonne vertébrale. En revanche, il appartenait à la clinique chargée de l'expertise d'interpréter les constatations faites. Etant donné que dans son expertise du 11 juillet 1980, les «dentelures spondylotiques longues de près de 5 mm» n'ont pas été décrites, il aurait été indiqué de lui envoyer le rapport du docteur G. avec celui du docteur B. pour avis complémentaire.

En résumé, on peut affirmer que le renseignement téléphonique du docteur G. ne constitue pas, à lui seul, un moyen de preuve concluant.

AI/Conventions de sécurité sociale

Arrêt du TFA, du 17 juin 1985, en la cause R. Sch.

(traduction de l'allemand).

Article 18, 2^e alinéa, 2^e phrase, de la convention germano-suisse sur la sécurité sociale; article 8, lettre a, de la convention italo-suisse sur la sécurité sociale; article 9, 3^e alinéa, lettre b, LAI.

Les ressortissants mineurs d'un Etat ayant conclu une convention de sécurité sociale avec notre pays, qui sont nés invalides en Suisse – c'est-à-dire qui sont atteints d'une infirmité congénitale –, ainsi que les réfugiés et apatrides mineurs nés invalides en Suisse, ont droit aux mesures de réadaptation (mesures médicales, scolarisation spéciale, mesures professionnelles, moyens auxiliaires, contributions pour soins); ils doivent cependant remplir, au moment où de telles mesures deviennent pour la première fois objectivement nécessaires, c'est-à-dire lors de leur naissance ou pendant leur minorité, les conditions particulières prévues dans la convention applicable ou dans l'arrêté fédéral sur le statut des réfugiés et des apatrides dans l'AVS/AI (domicile civil, séjour en Suisse).

Articolo 18, capoverso 2, 2^a frase, della convenzione germano-svizzera di sicurezza sociale; articolo 8, lettera a, della convenzione italo-svizzera di sicurezza sociale; articolo 9, capoverso 3, lettera b, LAI. I cittadini minorenni di uno Stato che ha concluso una convenzione di sicurezza sociale con il nostro paese, nati invalidi in Svizzera – vale a dire che sono colpiti da un'infermità congenita – come pure i rifugiati e gli apolidi minorenni nati invalidi in Svizzera, hanno diritto a provvedimenti d'integrazione (provvedimenti medici, educazione speciale, provvedimenti professionali, mezzi ausiliari, contributi per cure); essi devono però soddisfare, nel momento in cui simili provvedimenti diventano per la prima volta obiettivamente necessari (alla nascita o durante la minore età), i requisiti particolari previsti nella convenzione applicabile o nel decreto federale sullo statuto dei rifugiati e degli apolidi nell'AVS/AI (domicilio civile, soggiorno in Svizzera).

Le 6 mai 1983, un ressortissant allemand, W. Sch., annonça à l'AI son fils R., né en Suisse le 5 février 1975. Celui-ci souffrait depuis sa naissance d'une déficience de l'œil gauche, dont la vue était réduite à 10 ou 20 pour cent. La commission AI demanda, entre autres, un rapport à une doctoresse, dame B., qui fut présenté le 24 juin 1983; des attestations de la clinique ophtalmologique de l'Université de X, du 19 novembre 1979, et du docteur F., du 17 juillet 1978, étaient jointes à ce document. Ces rapports, ainsi qu'une lettre de W. Sch. à la commission (2 août 1983), indiquent que R. Sch. était allé en Allemagne avec ses parents en novembre 1975; il n'était rentré en Suisse que le 20 juillet 1978

et y habitait depuis lors. Le premier traitement de l'affection dont il souffrait a été appliqué en Allemagne.

Par décision du 10 août 1983, la caisse de compensation, se fondant sur un prononcé du 6 juillet précédent, a rejeté la demande de prestations parce que les conditions prévues par la convention internationale n'étaient pas remplies.

Le recours formé contre cette décision a été rejeté également (jugement cantonal du 24 novembre 1983).

R. Sch., représenté par son père, a interjeté recours de droit administratif et proposé, en substance, que l'AI prenne en charge des mesures médicales pour l'infirmité congénitale en cause, ainsi que des moyens auxiliaires, le jugement cantonal étant annulé.

La caisse et l'OFAS ont conclu au rejet.

Le TFA a demandé à l'OFAS un complément d'information au sujet du procès-verbal des négociations qui ont abouti à la convention germano-suisse; ce document a été remis aux parties. Il sera question, dans les considérants qui suivent, des mémoires consultés lors de ce procès.

Le TFA a admis le recours de droit administratif dans le sens des considérants suivants:

1. Le point litigieux est de savoir si le recourant remplit les conditions d'assurance donnant droit à des mesures de réadaptation de l'AI suisse. Cette question, le TFA l'examine librement, sans être lié par les conclusions des parties (art. 132 OJ), en considérant les faits et la situation juridique.

a. L'article 18, 2^e alinéa, de la convention germano-suisse, dans la teneur de la convention complémentaire du 9 septembre 1975, prévoit – mises à part les conditions de la 1^{re} phrase, qui certainement ne sont pas applicables ici – un droit aux mesures de réadaptation pour les enfants allemands qui ont leur domicile en Suisse et sont nés invalides dans ce pays ou qui, depuis leur naissance, y ont habité sans interruption (2^e phrase). Il faut admettre, avec le recourant, que selon cette disposition, le droit dépend de deux conditions alternatives. Dans la mesure où les instructions de l'OFAS au sujet de la convention germano-suisse exigent, sous N° marginal 35, que l'enfant allemand domicilié en Suisse soit né invalide dans ce pays et y ait séjourné depuis sa naissance sans interruption, elles sont en contradiction avec la règle établie par la convention. Ainsi que la caisse de compensation le déclare avec raison dans son préavis, le droit du recourant ne peut donc être nié en se référant au N° 35 des instructions administratives; d'ailleurs, celles-ci ne lient pas le juge.

Etant donné que le recourant n'a pas séjourné en Suisse sans interruption depuis sa naissance et que, d'autre part, il avait son domicile dans ce pays lorsque la décision fut rendue, le droit litigieux dépend du fait qu'il y est né invalide (art. 18, 2^e al., fin de la 2^e phrase, de la convention).

b. Selon une jurisprudence constante, il faut, dans l'interprétation d'une convention internationale de sécurité sociale, se fonder en premier lieu sur le texte même de cette convention. Lorsque ce texte semble clair et que sa signification, telle qu'elle résulte du langage courant ainsi que de l'objet et du but de la

convention, n'apparaît pas comme manifestement absurde, une interprétation extensive ou restrictive s'écartant du texte même n'entre en ligne de compte que si l'on peut déduire avec certitude du contexte ou de la genèse de cette disposition que l'expression de la volonté des parties à la convention est inexacte (ATF 109 V 188 = RCC 1984, p. 88, consid. 3a; ATF 105 V 16, avec références, RCC 1980, p. 117, consid. 2b). A cet égard, les expressions utilisées dans une convention internationale, et qui déterminent le droit aux prestations d'un assureur suisse, doivent être interprétées d'après les conceptions suisses, c'est-à-dire d'après le droit national (ATFA 1969, p. 223, RCC 1970, p. 220, consid. 2; RCC 1972, p. 636).

c. Il faut examiner ici, à la lumière de ces règles d'interprétation, quelle est la signification de l'expression «né invalide en Suisse» à l'article 18, 2^e alinéa, 2^e phrase, de la convention. On trouve les mêmes termes dans la convention italo-suisse du 14 décembre 1962, article 8, fin de la lettre a. On les trouve enfin dans une disposition du droit national suisse (art. 9, 3^e al., lettre b, LAI). Le TFA ne s'est pas prononcé jusqu'à présent à ce sujet en se plaçant au point de vue de l'invalidité; il s'est borné à déclarer dans un arrêt non publié du 1^{er} octobre 1969, à propos de l'article 8, lettre a, de la convention italo-suisse, que les éléments de l'expression «né invalide en Suisse» sont si clairs, ont une teneur si peu équivoque, qu'ils n'ont pas à être interprétés. Cela a été confirmé dans un autre arrêt non publié, du 9 décembre 1982, se rapportant à l'article 9, 3^e alinéa, lettre b, LAI.

La genèse de l'article 9, 4^e alinéa, LAI, dans sa teneur du 19 juin 1959 (RO 1959, 857), qui correspond à l'article 9, 3^e alinéa, en vigueur dès le 1^{er} janvier 1968 (RO 1968, 29), ne fournit pas de renseignements suffisants au sujet de cette question. Il est malaisé de voir, notamment, en consultant les documents de base concernant l'élaboration de cette loi, ce que le législateur visait à obtenir en ajoutant après coup le mot «invalide» (le message du 24 octobre 1958 disait seulement «né en Suisse»; cf. Bull. officiel 1958, Conseil national, pp. 108ss; 1959, Conseil des Etats, p. 137). Ainsi qu'il ressort des précisions demandées à l'OFAS, les procès-verbaux tenus par celui-ci lors des négociations pour la conclusion des accords avec l'Allemagne et l'Italie ne donnent pas non plus, sur ce point-là, les renseignements désirés. D'après les déclarations de l'OFAS, la proposition faite alors par la Suisse de reprendre, dans les conventions internationales, la réglementation de l'article 9, 3^e alinéa, lettre b, LAI n'avait donné lieu à aucune discussion; en outre, autant que l'on peut en juger, nos partenaires n'ont pas demandé de précisions à propos de cette réglementation.

L'opinion du recourant selon laquelle les Etats signataires auraient voulu, en utilisant les termes de «né invalide», faire profiter de l'AI suisse tous les enfants qui naissent en Suisse avec une infirmité congénitale n'est donc pas fondée; d'après ce que l'on peut constater, ces Etats n'ont pas adopté une conception spéciale à propos de ces termes. C'est pourquoi il faut leur donner, d'après ce qui a été dit sous considérant 1 b, une signification telle qu'elle résulte du droit national.

d. L'invalidité au sens de la LAI est la diminution de la capacité de gain, présu-

mée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4, 1^{er} al., LAI). Les assurés mineurs qui n'exercent pas d'activité lucrative sont réputés invalides lorsqu'ils présentent une atteinte à la santé physique ou mentale qui aura probablement pour conséquence une incapacité de gain (art. 5, 2^e al.). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4, 2^e al., LAI; voir aussi l'art. 10, 1^{er} al.).

Lorsque des mesures médicales sont en cause, l'invalidité est réputée survenue – selon la jurisprudence – au moment où l'infirmité constatée rend objectivement nécessaire, pour la première fois, un traitement médical ou un contrôle permanent; c'est le cas lorsque la nécessité du traitement ou du contrôle commence à se faire sentir et qu'il n'y a pas de contre-indication (ATF 105 V 60, RCC 1979, p. 489, consid. 2a, avec références). Ces principes valent également lorsqu'il faut déterminer la survenance de l'invalidité chez les mineurs souffrant d'une infirmité congénitale (ATF 98 V 270, RCC 1973, p. 567). La nouvelle jurisprudence détermine ainsi le moment de cette survenance objectivement, d'après l'état de santé; des facteurs externes fortuits, en particulier la connaissance subjective des faits par la personne qui demande des prestations, sont à cet égard sans importance (ATF 108 V 62, RCC 1983, p. 142, consid. 2b avec référence; ATF 103 V 131, RCC 1978, p. 104; les règles étaient encore différentes dans les arrêts R. C., ATF 100 V 169, RCC 1975, p. 207, fin du consid. 1, et P. A., ATF 99 V 209, RCC 1974, p. 269).

En appliquant ces principes dans le domaine réglementé par l'article 18, 2^e alinéa, 2^e phrase, de la convention germano-suisse (et les dispositions analogues citées sous consid. 1c), on doit considérer comme «né invalide en Suisse» celui qui naît dans ce pays avec une infirmité congénitale nécessitant un traitement médical ou une réadaptation. Peu importe que la nécessité de ce traitement ou de cette réadaptation existe lors de la naissance ou ne survienne que plus tard si les autres conditions d'assurance (par exemple le domicile, art. 6, 1^{er} al., en corrélation avec l'art. 1^{er} LAI et l'art. 1^{er}, 1^{er} al., lettre a, LAVS) sont remplies au moment de la réalisation tardive du risque assuré.

2. Il reste à examiner si le recourant est né invalide en Suisse au sens de ces principes.

a. Dans le recours de droit administratif, on allègue que le recourant, né le 5 février 1975 à Bâle, souffre certainement d'une infirmité congénitale; il est donc né invalide en Suisse. D'après ce qui a été dit sous considérants 1c et 1d, cette conclusion est, en tant que telle, inexacte. Lorsque le recourant naquit en Suisse et y habita jusqu'à son départ pour l'Allemagne, avec ses parents, en novembre 1975, il souffrait certes d'une telle infirmité (art. 2, chiffre 423, OIC, selon le rapport du docteur B. du 24 juin 1983); cela ne signifie cependant pas qu'il ait nécessité alors déjà, selon les principes énoncés ci-dessus, des mesures de réadaptation. D'autre part, on ne peut – contrairement à l'avis de la caisse et de l'OFAS – prétendre d'emblée, en l'état du dossier, que l'affection

des yeux ait nécessité un traitement seulement après l'arrivée en Allemagne, si bien que l'invalidité ne serait survenue qu'après l'abandon du domicile suisse en novembre 1975.

b. Le recourant souffre incontestablement d'une infirmité congénitale. Le dossier médical ne fournit aucun indice permettant de croire à une affection acquise postérieurement. Ainsi qu'il ressort de la lettre du père, adressée le 2 août 1983 à la commission AI, les parents ont constaté l'affection oculaire de leur fils pendant le séjour en Allemagne. Ce témoignage concorde avec le rapport de la clinique ophtalmologique de X, du 19 novembre 1979, selon lequel le strabisme convergent a été observé dès la 1^{re} année de l'enfant. Cette connaissance subjective des faits qui ont donné lieu à une invalidité et le fait que les parents ont, semble-t-il, montré leur fils à un médecin seulement en mai 1977 ne sont pas déterminants – en tant que facteurs externes fortuits –, d'après ce qui a été dit sous considérant 1d, pour fixer la date de la survenance de l'invalidité. Ce qui est décisif, bien plutôt, c'est de savoir depuis quand l'infirmité congénitale a nécessité, objectivement, un traitement ou du moins un contrôle. La déclaration de l'administration selon laquelle cela n'aurait été le cas, dans la présente affaire, qu'à l'âge de 1 ou 2 ans n'est pas suffisamment confirmée par les attestations médicales. Il est tout aussi concevable que des infirmités congénitales de l'œil telles que celle-ci exigent objectivement, dès la période qui suit la naissance, un traitement ou du moins un contrôle médical. Cette question devra être soumise par l'administration à la clinique de X, qui traite le recourant depuis son retour en Suisse.

3. Si ce complément d'information révèle que l'affection aurait nécessité objectivement un traitement médical ou du moins un contrôle déjà lors de la naissance, ou à l'époque où la famille avait son domicile en Suisse (jusqu'en novembre 1975), la condition de la qualité d'assuré lors de la survenance de l'invalidité serait, elle aussi, remplie (art. 6, en corrélation avec l'art. 1^{er}, LAI; art. 1^{er}, 1^{er} al., lettre a, LAVS).

Prestations complémentaires

Arrêt du TFA, du 28 mai 1985, en la cause E. W.

Article 3, 1^{er} alinéa, lettre c, et 3^e alinéa, lettre a, LPC. Une rente viagère instituée par le père en faveur de sa fille doit être considérée comme des aliments au sens des articles 328 et suivants CCS si elle est nécessaire à la satisfaction des besoins vitaux.

Articolo 3, capoverso 1, lettera c, e capoverso 3, lettera a, LPC. Una rendita

vitalizia istituita dal padre a favore della figlia dev'essere considerata come assistenza ai parenti ai sensi degli articoli 328 e segg. CCS se essa è necessaria per soddisfare i bisogni vitali.

L'assurée E. W., née en 1941, célibataire, touche une rente entière simple d'invalidité depuis le 1^{er} janvier 1968. En outre, depuis le 1^{er} février 1971, la caisse de compensation, agissant comme organe d'exécution des PC, lui verse une PC qui, pour l'année 1982, a été fixée à 511 francs par mois par décision du 12 février 1982.

A l'occasion d'une revision périodique du dossier de l'assurée, l'administration apprit que son père, R. W., qui est également son tuteur, avait conclu en faveur de sa fille deux contrats d'assurance de rentes viagères dont le montant s'élevait en dernier lieu à 2018 francs par année. Le 3 décembre 1982, la caisse fut informée qu'en apprenant que ces rentes devaient être prises en compte dans le calcul du revenu déterminant la PC servie à sa fille, R. W. les avait «supprimées» au mois de novembre précédent et «changées» en rentes viagères pour sa femme et pour lui-même.

L'organe d'exécution des PC continua de prendre en compte les deux rentes viagères comme revenu (décision du 8 avril 1983).

Le 4 mai 1983, R. W., déclarant agir en sa qualité de tuteur, recourut auprès du Tribunal cantonal des assurances contre cette décision.

Par jugement du 21 septembre 1983, ce tribunal rejeta le recours. Il considéra que R. W. avait cherché à éluder la loi (art. 3, 1^{er} al., lettre f, LPC) en contractant deux nouvelles polices d'assurance afin de substituer deux rentes viagères en faveur de sa femme et de lui-même à celles qui étaient antérieurement servies à sa fille, et qu'il était par conséquent justifié de prendre en compte les rentes viagères en question dans le revenu déterminant le droit aux PC d'E. W.

Par l'intermédiaire de son père, E. W. a interjeté recours de droit administratif contre ce jugement dont elle demande implicitement l'annulation. Ses moyens seront évoqués dans les considérants qui suivent autant que nécessaire.

La caisse intimée conclut au rejet du recours, alors que l'OFAS renonce à formuler une proposition.

Le TFA a admis le recours pour les motifs suivants:

1. a. Le revenu déterminant de l'assurée comprend, selon la décision litigieuse, un montant annuel de 7440 francs à titre de rente servie par l'AI et une somme de 2236 francs au titre d'«autres revenus». Cette somme se compose d'une part, selon la police d'assurance conclue le 23 novembre 1982 auprès de la société d'assurances X par R. W. sur la tête de son épouse P. W., née en 1925, d'une «rente de vieillesse» de 1036 francs par an, payable trimestriellement par 259 francs en cas de vie de la personne assurée, la première fois le 1^{er} décembre 1982, avec remboursement des primes payées en cas de décès, déduction faite des rentes déjà versées, et, d'autre part, selon la police d'assurance contractée par R. W. sur la tête de sa fille E. et établie le 22 novembre 1983 (recte: 1982) par la société d'assurances Y, d'une rente mensuelle de 100 francs.

Ces deux polices remplaçaient, la première une police du 10 janvier 1980 qui prévoyait le versement d'une rente annuelle de 818 fr. 80 et qui était conclue sur la tête d'E.W., et la seconde une police du 3 janvier 1979 qui, à la différence de celle qui l'a remplacée, prévoyait le paiement de la rente mensuelle de 100 francs à E.W. et non au preneur d'assurance, R.W.

b. Ainsi qu'il l'avait déjà fait en procédure cantonale, le père de la recourante soutient que les prestations de l'AI et les PC dont dispose sa fille ne lui permettent pas de couvrir ses besoins vitaux et qu'il doit par conséquent l'aider à subvenir à ceux-ci.

Selon les indications figurant dans le recours de droit cantonal, qui ne sont pas contestées par la caisse intimée, les besoins vitaux d'E.W. s'élevaient à 1517 francs par mois en 1983, y compris un loyer de 442 francs pour le logement qu'elle occupe en propre, les frais supplémentaires d'aliments diététiques nécessités par le diabète dont elle est atteinte ainsi que les frais médicaux non couverts par son assurance-maladie. Au vu du dossier, on peut admettre que ce chiffre correspond à la réalité, sans qu'il soit nécessaire d'examiner en détail chaque poste du budget de l'assurée allégué par R.W. Il convient de rappeler, à ce propos, que la notion de «besoins vitaux» qui doivent être couverts «dans une mesure appropriée» au sens des articles 34quater, 2^e alinéa, 2^e phrase, Cst. et 11, 1^{er} alinéa, 1^{er} phrase, disp. trans. Cst., est plus large que celle de «minimum vital» au sens du droit de la poursuite pour dettes et de la faillite (cf. «Repères pour une protection sociale efficace aux moindres frais», RCC 1983, pp. 256ss).

Pour couvrir ses besoins vitaux, l'assurée perçoit de l'AI une rente annuelle de 7440 francs et, selon la décision qui fait l'objet du litige, une PC annuelle de 3974 francs à laquelle s'ajoute la prise en charge de sa cotisation annuelle à l'assurance-maladie. D'autre part, elle n'a apparemment aucune fortune, son livret d'épargne ne faisant état, au 2 septembre 1980, que d'un montant de 7 fr. 25.

Il est dès lors incontestable que sans une aide financière s'ajoutant aux prestations des assurances sociales, la recourante ne serait pas en mesure de couvrir ses besoins vitaux, si ce n'est en réduisant encore son modeste train de vie, par exemple en renonçant à avoir son propre logement.

2. Le père d'E.W. allègue, d'autre part, que la rente annuelle de 1200 francs assurée auprès de la compagnie Y, qui lui est maintenant versée directement, est utilisée en faveur de sa fille et qu'elle représente des aliments au sens de l'article 328 CCS; ceux-ci ne font pas partie du revenu déterminant selon l'article 3, 3^e alinéa, lettre a, LPC. Quant à la rente annuelle de 1036 francs assurée auprès de la compagnie X, il s'agit d'un montant payé à son épouse – qui n'est pas la mère de sa fille – et qui fait partie de ses biens propres, les époux étant mariés sous le régime de la séparation de biens.

a. Aux termes de l'article 3, 1^{er} alinéa, lettre c, LPC, le revenu déterminant comprend les rentes, pensions et autres prestations périodiques, y compris les rentes de l'AVS et de l'AI. En revanche, ne font pas partie du revenu déterminant,

notamment, les aliments fournis par les proches en vertu des articles 328ss CCS (art. 3, 3^e al., lettre a, de la loi précitée), ainsi que les prestations provenant de personnes et d'institutions publiques ou privées et ayant manifestement le caractère d'assistance (lettre c).

La jurisprudence considère que n'ont manifestement le caractère d'assistance, au sens de la lettre c précitée, que les prestations qui sont allouées à titre précaire et bénévolement, et qui font l'objet d'un réexamen périodique, voire avant chaque versement, afin de déterminer l'ampleur des besoins de celui qui en bénéficie (ATFA 1968, p. 228, consid. 3c; arrêt non publié du 4 juillet 1983 en la cause G.). Ces conditions ne sont manifestement pas remplies en l'espèce, quelle que soit la police d'assurance qu'on prenne en considération, puisque les rentes viagères servies par les deux compagnies d'assurance sont déterminées à l'avance et, sous réserve de la participation aux bénéficiaires, ne varient pas en fonction des besoins effectifs de l'ayant droit.

b. L'article 328, 1^{er} alinéa, CCS dispose que chacun est tenu de fournir des aliments à ses parents en ligne directe ascendante et descendante, ainsi qu'à ses frères et sœurs, lorsque, à défaut de cette assistance, ils tomberaient dans le besoin. Or, au vu des circonstances exposées ci-dessus sous considérant 1b, il faut donner raison à R. W. lorsqu'il affirme que les prestations qu'il verse à sa fille sont des aliments au sens de cette disposition légale.

En effet, en ce qui concerne la rente annuelle de 1200 francs assurée auprès de la compagnie Y, que celle-ci soit versée directement à l'assurée, comme c'était le cas sous l'empire de l'ancienne police, ou qu'elle soit payée en main du père de la recourante qui l'affecte ensuite à la couverture des besoins vitaux de celle-ci, le but visé est le même dans les deux cas. Peu importe, à cet égard, qu'il s'agisse d'une rente viagère servie par un assureur privé. La prime unique de 29073 francs payée à cette fin par R. W. a été prélevée sur ses propres deniers et il aurait aussi pu l'affecter au versement d'aliments sous une autre forme.

La situation n'est pas différente en ce qui concerne la seconde assurance de rente viagère conclue par R. W. auprès de la société d'assurances X. Selon l'ancienne police, l'assureur s'engageait à verser à E. W., sa vie durant, une «rente de vieillesse» de 818 fr. 80 par an, moyennant versement d'une prime unique de 20 000 francs par le prénommé. L'assurance avait donc exactement le même objet que celle contractée auprès de la société Y et, compte tenu de la modicité de la rente assurée, il faut également admettre qu'il s'agissait d'aliments versés par le père de la recourante à cette dernière en vertu de l'article 328, 1^{er} alinéa CCS. Quant à la nouvelle police, elle est conclue sur la tête de l'épouse de R. W., ce qui explique que pour la même prime, la rente viagère s'élève à 1036 francs par an car, P. W. étant plus âgée, son espérance de vie est moindre que celle de sa belle-fille. Il est possible, mais nullement certain, que la bénéficiaire remette tout ou partie de la rente qui lui est due à l'assurée; mais si tel est le cas, ce ne peut être qu'en vertu d'une convention entre les parties ou, alors, sans obligation juridique puisque, dans ce cas, il ne saurait s'agir de l'exécution d'une obligation alimentaire. Par conséquent, le montant éven-

tuellement versé par P. W. à sa belle-fille ne doit pas non plus être pris en considération dans le revenu déterminant le droit de cette dernière à une PC.

3. Enfin, contrairement à ce qui est allégué par la caisse intimée et affirmé par les premiers juges, l'article 3, 1^{er} alinéa, lettre f, LPC ne trouve aucune application dans le cas d'espèce. Aux termes de cette disposition, font notamment partie du revenu déterminant les ressources et parts de fortune dont un ayant droit s'est dessaisi en vue d'obtenir des PC. Dans le cas particulier, l'ayant droit, au sens de la disposition précitée, est E.W. et non son père. Or, non seulement l'assurée ne s'est pas dessaisie de quoi que ce soit mais, de plus, elle n'est pas et n'a jamais été partie aux contrats d'assurance de rentes conclus par R. W. en faveur de sa fille ou de sa femme. Il s'agit en effet typiquement d'assurances sur la tête de tiers qui peuvent être contractées par le preneur – en l'occurrence le père de la recourante – sans l'assentiment du futur assuré, voire à son insu, car, comme ce ne sont pas des assurances au décès d'autrui, leur validité n'est pas soumise au consentement écrit du tiers assuré (art. 74, 1^{er} al., de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, a contrario; Viret, *Droit des assurances privées*, p. 155; Koenig, *Schweizerisches Privatversicherungsrecht*, pp. 401 ss) ni, d'ailleurs, à celui de l'autorité tutélaire lorsque, comme c'est le cas en l'espèce, le tiers assuré est sous tutelle (cf. art. 421, ch. 11, CCS).

4. Il y a lieu, par conséquent, d'annuler le jugement attaqué et la décision litigieuse, et de renvoyer le dossier de la cause à la caisse intimée pour qu'elle fixe à nouveau le montant de la PC due à E.W., en fonction des considérants qui précèdent.

Chronique mensuelle

En date du 15 janvier, le Conseil fédéral a adapté, par voie de règlement, les montants des *allocations familiales dans l'agriculture* à l'évolution de l'économie. On trouvera des précisions à ce sujet sous «Informations».

Le Conseil fédéral a adopté, en outre, en date du 15 janvier, le règlement concernant *l'organisation de la fondation du fonds de garantie LPP* (voir aussi RCC 1985, pp. 39 et 155).

Une *réunion des chefs des services de recours contre le tiers responsable* dans l'AVS/AI a eu lieu à Berne, le 15 janvier, sous la présidence de M. C. Crevoisier, directeur suppléant de l'Office fédéral des assurances sociales. Plusieurs gérants de caisses de compensation y assistaient. Cet échange de vues informel, mais néanmoins approfondi, se révéla très utile. Pour que ces services fonctionnent à satisfaction, il est indispensable que ceux qui les dirigent puissent échanger leurs expériences, discuter ensemble les questions de principe et dialoguer avec l'OFAS. L'idée d'intensifier des contacts directs de ce genre a été positivement accueillie à l'unanimité.

La Commission du Conseil national chargée d'examiner le projet de *deuxième révision de l'assurance-invalidité* a siégé le 20 janvier sous la présidence de M. Zehnder, conseiller national (PS, Argovie), et en présence de M. Egli, président de la Confédération. Après un débat d'entrée en matière fouillé, la commission a décidé à l'unanimité de ses membres d'entrer en matière sur le projet. La révision en question vise avant tout à instituer un échelonnement plus nuancé des rentes AI d'après le degré de l'invalidité. Le bien-fondé de cet objectif n'a pas été contesté au sein de la commission; en revanche, la relation entre degré d'invalidité et droit à la rente a donné lieu à des divergences. Sur ce point, nombre de propositions d'amendement ont d'ailleurs été déposées.

La commission achèvera ses délibérations le 20 février 1986. Elle escompte que le Conseil national traitera cette affaire au cours de la session de prin-

temps, de sorte que la législation révisée devrait pouvoir entrer en vigueur le 1^{er} janvier 1987.

La commission d'étude des problèmes d'application en matière de PC s'est réunie le 28 janvier sous la présidence de M. Büchi, de l'Office fédéral des assurances sociales. Elle a examiné des propositions visant à modifier l'OPC et l'OMPC (ordonnance relative à la déduction de frais de maladie).

Le Conseil fédéral a chargé le Département de l'intérieur, en date du 29 janvier, d'engager une *procédure de consultation* auprès des Gouvernements cantonaux, des partis politiques, des associations faîtières de l'économie et d'autres intéressés. Il s'agit cette fois d'une loi fédérale concernant une *partie générale du droit des assurances sociales*. Ce faisant, notre Gouvernement a exécuté un mandat de la commission du Conseil des Etats qui a examiné une initiative parlementaire lancée par M^{me} Josi Meier (voir RCC 1985, p. 555). Ladite procédure durera jusqu'au 30 juin 1986.

La commission du Conseil des Etats chargée d'examiner l'*initiative populaire* «*visant à abaisser à 62 ans pour les hommes et à 60 ans pour les femmes l'âge donnant droit à la rente AVS*» (RCC 1983, p. 138) a siégé à Berne, le 31 janvier, sous la présidence de M. Hophan (PDC/OW) et en présence du président de la Confédération, M. Egli. Cette initiative avait été déposée le 24 février 1983 par les Organisations progressistes de Suisse (POCH). Après une discussion générale qui a notamment porté sur la flexibilité de l'âge donnant droit à la retraite et sur l'harmonisation entre hommes et femmes de l'âge donnant droit à la rente AVS, la commission a décidé par 7 voix sans opposition, mais avec 2 abstentions, de proposer le rejet de l'initiative. Par 7 voix contre 2, la commission a également rejeté un projet de motion qui aurait chargé le Conseil fédéral de soumettre au Parlement, dans le délai de deux ans, un projet visant à introduire la flexibilité de l'âge de la retraite à certaines conditions bien définies.

A propos de la durée de la procédure dans l'AI

1. Le problème

Celui qui demande des prestations AI a en général, depuis un certain temps déjà, des problèmes de santé et des difficultés financières; il compte par conséquent sur un octroi aussi prompt que possible. Certes, les demandes de prestations en nature, notamment de moyens auxiliaires, peuvent en règle générale recevoir bientôt une réponse positive. En revanche, lorsqu'il s'agit de prestations en espèces, l'assuré doit s'attendre à une certaine déception; malgré sa situation qui lui semble parfaitement claire, il recevra, au lieu de la rente désirée, une invitation à subir des mesures médicales ou professionnelles, plus ou moins intenses, visant à le réadapter ou à faire plus de lumière sur son cas. Lorsqu'il a effectué correctement tout ce qui était exigé, mais n'a pas encore reçu de nouvelles au sujet de ses droits envers l'assurance, il pensera qu'il s'est adressé à une commission AI qui n'a pas voué toute l'attention nécessaire à sa requête. Il en résultera des réclamations.

Le problème des délais relativement longs dans la liquidation des affaires d'AI n'est pas nouveau, comme le montre notamment l'instauration du prononcé présidentiel lors de la première révision de l'AI (1^{er} janvier 1968). Malgré diverses mesures prises depuis lors, il n'a malheureusement pas perdu de son actualité; bien au contraire, il a inspiré fréquemment des interventions et même, tout récemment, des discussions au sein des commissions de gestion parlementaires. C'est à l'intention de celles-ci que l'OFAS a contrôlé l'état des affaires en suspens dans les commissions AI le 31 janvier 1985. Il a constaté, au cours de cette opération, qu'il y avait environ 1560 demandes non liquidées datant de 1983 et des années précédentes, sans compter les deux commissions de la Confédération. Une enquête complémentaire auprès de 11 commissions dont les retards étaient supérieurs à la moyenne a permis de constater que ces affaires pendantes avaient diminué d'environ 80 pour cent le 31 août 1985.

Nous allons examiner ci-après quelques aspects des retards survenus dans les affaires de l'AI, en tenant compte des résultats de ces enquêtes. L'OFAS procédera en 1986 à un nouveau sondage du même genre.

2. Les causes

a. Conditions matérielles du droit aux prestations

Dans sa situation difficile, l'assuré ne peut sans doute guère savoir ce que signifient des termes ou des principes tels que «La réadaptation avant la rente», la notion d'invalidité considérée du point de vue économique ou l'interdiction, pour les membres de la commission AI, de faire des examens médicaux ou autres pendant la durée de la procédure. Effectivement, l'observation de ces règles prend beaucoup de temps et nécessite bien du travail. L'assuré doit, pour commencer, attendre le résultat d'un premier examen visant à déterminer si son cas peut être amélioré par des mesures médicales ou professionnelles. Pour l'examen des aspects médicaux du problème, l'AI doit recourir à la collaboration de médecins ou de divisions d'hôpitaux qui ne dépendent pas d'elle et sont constamment surchargés. En outre, il n'est pas rare que l'examen médical du cas soit retardé parce que l'assuré refuse de s'y soumettre, ou qu'il change de domicile sans donner sa nouvelle adresse. Il en va de même des examens d'aptitudes professionnelles.

Une fois que la question de la réadaptation est tirée au clair, il faut examiner les effets de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain ou sur l'activité exercée jusqu'à présent; l'atteinte à la santé en tant que telle n'ouvre pas droit à une rente. L'assuré doit alors, éventuellement, produire des pièces concernant sa situation économique, ce qui provoque de nouveaux retards s'il ne peut ou ne veut le faire. Là aussi, l'AI a besoin de la collaboration de tiers, par exemple de l'employeur, de l'administration fiscale, etc. Le cas échéant, les organes de l'AI doivent encore établir la coordination avec d'autres assurances sociales, ce qui prend du temps, en particulier, lorsque l'assuré a attaqué les décisions de celles-ci. Enfin, n'oublions pas que même si toutes les autres conditions sont remplies, un droit à la rente ne peut prendre naissance, normalement, que quand l'assuré a présenté, pendant 360 jours sans interruption notable, une incapacité de travail moyenne de la moitié et s'il présente encore une incapacité de gain de la moitié au moins (art. 29, 1^{er} al., LAI, variante II).

Les commissions AI et les autres organes doivent effectuer tous ces examens avec le plus grand soin, puisqu'ils portent – aussi à l'égard de l'assurance – une importante responsabilité financière. Les montants des rentes et des allocations pour impotents ont beaucoup augmenté depuis la huitième révision de l'AVS. En 1962, les prestations en espèces de l'AI étaient de 121 millions de francs au total; elles s'élevaient à 1888 millions en 1984, ce qui représente environ deux tiers des dépenses totales de l'AI. Des erreurs commises dans l'évaluation de l'invalidité, la fixation des rentes ou à quel-

que autre occasion peuvent facilement conduire à des créances en restitution importantes à l'égard des assurés. Il est donc fort compréhensible que les organes d'application se renseignent auprès de l'OFAS, même dans des cas où ils ne sont pas tenus de le faire; cela aussi prend du temps.

b. Organisation et procédure

Quelques pertes de temps ne peuvent être tout à fait éliminées dans la collaboration entre commissions AI, secrétariats AI, offices régionaux, services sociaux et caisses de compensation; de même, sur le chemin qui mène du prononcé de la commission AI, de son président ou de son secrétariat (s'il s'agit de moyens auxiliaires de l'assurance-vieillesse) à la décision sujette à recours. On peut noter cependant que l'organisation et la procédure ont, jusqu'à présent, bien fonctionné en principe.

c. Augmentation du volume des affaires

Ce phénomène est une cause importante des retards qui se produisent dans la liquidation des affaires; cependant, il n'en est pas la cause déterminante. En 1956, la commission fédérale d'experts pour l'introduction de l'AI prévoyait environ 15 000 nouvelles demandes par année; or, à la fin de la première année déjà (1960), il y en avait 91 500. En 1984, les commissions AI ont traité 170 000 affaires. On notera à ce propos que parallèlement aux nouvelles demandes, il faut traiter encore de nombreuses affaires telles que le contrôle périodique du droit aux prestations lorsque celles-ci sont accordées pour une longue durée, sans parler de la collaboration aux adaptations des rentes AVS/AI (ordonnances 82, 84 et 86). L'accroissement du nombre des étrangers (495 000 à la fin de l'année 1961, 925 000 fin 1984; on en comptait même 1 065 000 en 1974) constitue une charge de plus; de même, la situation du marché du travail (on comptait, fin 1984, environ 35 000 chômeurs complets).

Les collaborateurs des organes de l'AI et des caisses de compensation doivent, en outre, s'adapter aux changements qui se produisent constamment dans l'application du droit et qui sont provoqués par l'évolution de la jurisprudence ou par de nouvelles lois régissant d'autres assurances sociales (lois sur l'assurance-accidents et l'assurance-chômage, LPP); les instructions de l'OFAS en tiennent compte et les expliquent aux intéressés. Le nombre des collaborateurs n'a d'ailleurs pas augmenté parallèlement à l'accroissement du volume des affaires.

d. Protection juridique

La protection juridique de l'AI, bien organisée et pratiquement gratuite, ne doit naturellement pas figurer parmi les causes des retards qui se produisent dans le traitement des cas; toutefois, pour une autre raison, on ne saurait la passer sous silence. On songe ici aux cas où la décision a été rendue dans des délais tout à fait normaux, mais où l'assuré n'a pas accepté le refus ou l'octroi partiel seulement de la rente demandée et a saisi la justice en utilisant toutes les voies de droit. Son recours, cependant, n'a pas pour effet qu'une prestation refusée lui soit quand même accordée. Au contraire, il en résulte souvent que la demi-rente octroyée d'abord par l'AI ne puisse, pour le moment, être versée. L'assuré qui ignore ces règles s'adresse alors, à plusieurs reprises, à l'OFAS ou à d'autres organes, alors que la procédure est en cours, croyant que son cas est l'objet de manœuvres dilatoires de la part de l'AI. En fait, de tels cas n'ont rien à voir avec le thème traité ici.

3. Les remèdes

a. Mesures prises jusqu'à présent

Un premier pas important a été fait lorsqu'on a donné au président de la commission AI la compétence de rendre un prononcé sans consulter la commission plénière, ceci dans les cas où les conditions du droit sont certainement remplies ou ne le sont certainement pas (art. 60bis, 1^{er} al., LAI). C'est au rapport d'un groupe de travail chargé de réexaminer l'organisation de l'AI que l'on doit notamment la création des MEDAS (en français COMAI, centres d'observation médicale de l'AI; cf. art. 72bis RAI) ou la consultation plus fréquente de médecins spécialisés et d'hôpitaux par les médecins des commissions AI. Ce rapport a d'ailleurs inspiré aussi la modification de l'article 47, 1^{er} alinéa, RAI dès le 1^{er} janvier 1984; dans sa nouvelle teneur, cette disposition prévoit que la commission délibère valablement si au moins trois de ses membres sont présents. L'ordonnance concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-vieillesse (OMAV) donne aux secrétariats des commissions AI la compétence de statuer d'une manière indépendante sur le droit à des moyens auxiliaires (art. 6, 2^e al., 2^e phrase, OMAV). Autre mesure de simplification administrative: depuis le 1^{er} janvier 1983, la caisse de compensation qui tient le secrétariat de la commission AI compétente est toujours compétente pour accorder ou refuser des moyens auxiliaires et des prestations de remplacement non liés à d'autres mesures de réadaptation (art. 40, 1^{er} al., lettre d, RAI). Dans les cas de prestations en nature, on peut renoncer à une nouvelle décision si,

après l'annulation d'une ancienne décision par une autorité juridictionnelle, le nouveau droit à la prestation est clairement délimité par la décision judiciaire. Des mesures d'instruction peuvent être ordonnées, ou certains moyens auxiliaires accordés, par la «Communication à l'assuré» du secrétariat AI en lieu et place d'une décision sujette à recours émanant de la caisse. Un catalogue des textes les plus fréquemment utilisés, établi par l'OFAS et les organes d'exécution, simplifie et accélère la procédure à suivre pour rendre des décisions. Cette énumération vise seulement à donner une vue d'ensemble des mesures prises pour accélérer la procédure en faveur des assurés. En cas de retards extraordinaires dans la liquidation des cas, les organes de l'AI sont tenus, en outre, de mettre l'assuré au courant.

b. Améliorations envisagées

Si l'on admet que les conditions d'un droit à des prestations devront être, à l'avenir aussi, examinées soigneusement, on ne pourra s'attendre à des miracles, même en procédant à une transformation radicale de l'organisation. Les travaux occasionnés par chaque cas doivent être faits, et cela prend un certain temps. Dans la mesure où l'on peut parvenir, avec le système actuel, à accélérer ces travaux en raccourcissant les phases de la procédure, le projet de deuxième révision contient des propositions dans ce sens. Celles-ci visent entre autres à donner aux secrétariats des commissions AI, pour certains cas, la compétence d'accorder des prestations d'une manière autonome. En outre, il faut que certaines prestations puissent désormais être accordées sans nécessiter une décision; toutefois, celle-ci restera nécessaire lorsque la demande de l'assuré ne sera pas admise ou ne le sera que partiellement. Il est prévu enfin que les secrétariats entreprendront eux-mêmes, plus que par le passé, les enquêtes sur les droits des requérants, au lieu de les confier à des tiers.

4. Conclusion

Ainsi que l'ont confirmé les contrôles de gestion régulièrement effectués et un sondage récent auprès des commissions AI, ainsi que les expériences accumulées dans les cas particuliers, les organes de l'AI sont animés par la meilleure volonté, et celle-ci ne devrait pas être mise en doute. Les causes des retards éventuels doivent être recherchées, en général, hors de leur sphère d'influence. Les efforts déployés par leurs collaborateurs devraient donc être reconnus à leur juste valeur.

La revision de l'ordonnance concernant les infirmités congénitales (OIC) valable dès le 1^{er} janvier 1986

Selon le 2^e alinéa de l'article 13 LAI, le Conseil fédéral établit une liste des infirmités congénitales pour le traitement desquelles les assurés mineurs ont droit à des mesures médicales. Notre Gouvernement s'est acquitté de cette tâche en publiant, le 5 janvier 1961, par voie d'ordonnance, une liste des infirmités congénitales (celles-ci sont abrégées «IC» dans le présent article) qui donnent droit à des prestations de l'AI. Cette liste a subi d'importantes revisions le 10 août 1965, puis le 20 octobre 1971. Après 1971, on y a admis quelques infirmités manifestement congénitales.

Pourquoi une nouvelle revision de l'OIC? Que nous apporte-t-elle?

De nouvelles notions de la science médicale, ainsi que les expériences acquises dans de nombreux cas particuliers, ont montré à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) qu'un réexamen de l'ordonnance concernant les infirmités congénitales (OIC) dans le sens d'une revision totale s'imposait. Le but de celle-ci était d'adapter la terminologie de ces infirmités à l'état actuel de la science, d'admettre de nouvelles infirmités dans la liste et d'en biffer d'autres, s'il s'avérait qu'elles n'étaient pas congénitales en l'état actuel de la science.

Le service médical de l'OFAS a donc remanié l'OIC. Cette opération a d'abord fait l'objet de discussions au sein de groupes de travail constitués ad hoc et composés de médecins spécialisés, qui ont été nommés par les associations intéressées et par la Fédération des médecins suisses. Les propositions résultant de ces travaux ont été soumises par l'OFAS à la Commission fédérale des questions de réadaptation médicale dans l'AI. Celle-ci conseille l'OFAS dans les questions fondamentales de la réadaptation médicale des invalides. Sa composition actuelle n'est pas sans intérêt: parmi ses 20 membres, on compte 14 médecins (deux chirurgiens-orthopédistes, un psychiatre pour enfants, deux pédiatres, un oculiste, un interniste, un chirurgien pour enfants, un médecin représentant le comité central de la FMH, trois médecins de commissions AI, un médecin de l'OFIAMT et un médecin du centre de réadaptation CNA de Bellikon). Six membres ne sont pas médecins: deux présidents de commissions AI, une dame juriste membre

d'une telle commission, deux chefs de secrétariat de commissions AI et le gérant d'une caisse cantonale de compensation.

Les discussions intensives de la Commission des questions de réadaptation médicale ont mené à des modifications que l'on trouve dans le nouveau texte de l'OIC (liste des IC).

La partie générale de l'OIC n'a pas changé dans son principe. Contrairement à d'autres mesures de réadaptation de l'AI (mesures médicales selon l'art. 12, mesures professionnelles selon les art. 15 à 18 LAI), l'AI prend en charge, en cas d'IC reconnue, toutes les mesures médicales nécessaires à leur traitement, sans tenir compte du fait que l'assuré sera, plus tard, capable ou non de se réadapter. Ainsi, l'article 13 LAI et l'OIC, qui s'y rattache et qui a force de loi, constituent «un morceau d'assurance-maladie» au sein de l'AI.

L'OIC révisée ne peut être un travail scientifiquement parfait jusqu'au moindre détail; elle prétend seulement rendre service aux médecins-praticiens et aux cliniciens, ainsi qu'à l'administration. Les conditions que doit remplir une IC pour que l'AI accorde des prestations en vertu de l'article 13 LAI restent inchangées: elle doit figurer dans l'OIC, être reconnaissable à la naissance accomplie de l'enfant ou du moins exister sous forme «d'ébauche», qui se manifeste plus tard dans le sens d'une «préformation inévitable» sans facteurs externes importants. La simple prédisposition à une affection, qui, pour se réaliser cliniquement, a besoin d'influences nocives exogènes importantes, n'est pas réputée infirmité congénitale. En outre, le traitement doit être réalisable et nécessaire; les contrôles médicaux d'une IC reconnue, qui ne nécessite pas encore un traitement, font partie du traitement. Examens et traitements d'une IC doivent être nécessaires, scientifiquement reconnus, simples et adéquats, c'est-à-dire aussi économiques. Si une infirmité est peu importante (art. 13, 2^e al., 2^e phrase, LAI), les prestations peuvent être exclues.

Les conséquences financières de la révision de l'OIC sont difficiles à évaluer. On peut prévoir qu'il y aura, pour l'AI, une certaine charge supplémentaire, mais pas très lourde.

L'OFAS et son service médical espèrent que la liste révisée sera encore plus utile aux assurés, aux médecins, à l'administration (éventuellement aussi aux tribunaux des assurances sociales) que l'ancienne et qu'elle facilitera le traitement expéditif des demandes de prestations. Comme partout dans le domaine des assurances sociales, le médecin peut contribuer à une liquidation rapide des affaires en répondant sans tarder aux questions de l'AI et, au besoin, en s'adressant par téléphone au secrétariat AI.

Publications

Le texte officiel de l'OIC peut être commandé, sous forme de tirage à part du Recueil officiel des lois fédérales, à l'Office central fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne (tél. 031 / 61 39 51). Voir l'annonce à la page 3 de couverture! En outre, la «Circularaire sur les mesures médicales de réadaptation», qui paraîtra prochainement sous une forme sensiblement modifiée, est consacrée entre autres à l'étude détaillée de l'OIC; elle tient compte aussi de la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, ainsi que des expériences quotidiennes de l'OFAS comme autorité de surveillance. Elle s'adresse avant tout aux organes de l'administration et vise à faciliter leur travail. Cependant, les médecins, en particulier les pédiatres, les psychiatres pour enfants, les oculistes, les généralistes et autres spécialistes qui traitent des patients mineurs y trouveront, eux aussi, plus d'une information se rapportant à l'OIC. Cette circularaire peut être commandée également à l'Office central fédéral des imprimés et du matériel (numéro de commande 318.507.06).

Rappelons ici, encore une fois, le petit classeur intitulé «Le médecin et l'AI», recueil de documents que l'OFAS a publié en collaboration avec la Fédération des médecins suisses. Il contient, entre autres, un tirage à part de l'OIC. Ce recueil est actuellement épuisé, mais une réédition sera envoyée, au cours du premier semestre de 1986, à tous les médecins qui reçoivent la «Liste des spécialités». D'autres amateurs peuvent le demander à l'Office central des imprimés, qui leur enverra un exemplaire gratuit (numéro de commande 318.519.02).

Tableau synoptique des infirmités congénitales

Le service médical de l'OFAS a établi, à l'intention du Bulletin des médecins suisses, un tableau synoptique des anciennes et des nouvelles dispositions de l'OIC. Celui-ci indique où et pourquoi l'on a apporté les principales modifications; des commentaires ont été ajoutés là où cela paraissait nécessaire. Contrairement à ce qui a été annoncé dans la RCC de janvier, p. 48, il faut renoncer, par souci d'économie, à donner des informations détaillées sur la revision de l'OIC. Au lieu de cela, la rédaction du Bulletin en question a bien voulu accepter d'envoyer à l'OFAS un certain nombre de tirages à part de ce tableau synoptique. L'OFAS distribuera ces tirages aux commissions AI, probablement dans le courant du mois de mars. D'autres amateurs peuvent les recevoir gratuitement en s'adressant à l'OFAS; ils voudront bien préciser qu'il s'agit du «Tirage à part du Bulletin des médecins suisses sur la revision de l'OIC».

Liste des textes législatifs, des conventions internationales et des principales instructions de l'Office fédéral des assurances sociales concernant l'AVS, l'AI, les APG et les PC

Mise à jour au 1^{er} février 1986

1. Assurance-vieillesse et survivants, ou domaine commun de l'AVS, de l'AI, des APG, de l'AC et des PC

1.1 Lois fédérales et arrêtés fédéraux

Source¹ et évt.
N° de commande

Loi fédérale sur l'AVS (LAVS), du *20 décembre 1946* (RS 831.10). La nouvelle teneur avec toutes les modifications se trouve dans le «Recueil LAVS/RAVS», état au 1^{er} janvier 1986. OCFIM 318.300

Arrêté fédéral sur le statut des réfugiés et des apatrides dans l'AVS et dans l'AI, du *4 octobre 1962* (RS 831.131.11.). La nouvelle teneur, avec toutes les modifications, se trouve dans le «Recueil LAVS/RAVS», état au 1^{er} janvier 1986. OCFIM 318.300

Loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (LACI), du *25 juin 1982* (RS 837.0). OCFIM

1.2 Actes législatifs édictés par le Conseil fédéral

Règlement sur l'AVS (RAVS) du *31 octobre 1947* (RS 831.101). Nouvelle teneur, avec toutes les modifications, dans le «Recueil LAVS/RAVS», état au 1^{er} janvier 1986. OCFIM 318.300

¹ OCFIM = Office central fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne.

OFAS = Office fédéral des assurances sociales, 3003 Berne.

Les livraisons de l'OFAS dépendent des stocks existants.

| | |
|--|------------------|
| Ordonnance sur le remboursement aux étrangers des cotisations versées à l'AVS (OR), du <i>14 mars 1952</i> (RS 831.131.12). La nouvelle teneur, avec toutes les modifications, se trouve dans le «Recueil LAVS/RAVS», état au 1 ^{er} janvier 1986. | OCFIM 318.300 |
| Ordonnance concernant l'AVS et l'AI facultatives des ressortissants suisses résidant à l'étranger (OAF), du <i>26 mai 1961</i> (RS 831.111). La nouvelle teneur se trouve dans le «Recueil LAVS/RAVS», état au 1 ^{er} janvier 1986. | OCFIM 318.300 |
| Règlement du tribunal arbitral de la Commission fédérale de l'AVS/AI, du <i>11 octobre 1972</i> (RO 1972, 2582). | OCFIM |
| Ordonnance fixant les contributions des cantons à l'AVS/AI, du <i>21 novembre 1973</i> (RO 1973,1970), modifiée par ordonnance du 15 novembre 1978 (RO 1978, 1941). | OCFIM |
| Ordonnance concernant diverses commissions de recours (entre autres la Commission fédérale de recours en matière d'AVS/AI pour les personnes résidant à l'étranger) du <i>3 septembre 1975</i> (RO 1975, 1642) modifiée par l'ordonnance du 5 avril 1978 (RO 1978, 447). | OCFIM |
| Ordonnance concernant l'administration du fonds de compensation de l'AVS, du <i>27 septembre 1982</i> (RO 1982, 1888). | OCFIM |
| Ordonnance 86 sur les adaptations à l'évolution des prix et des salaires dans le régime de l'AVS et de l'AI, du <i>17 juin 1985</i> (RS 831.102). Publiée aussi dans le «Recueil LAVS/RAVS», état au 1 ^{er} janvier 1986. | OCFIM 318.300 |
| Ordonnance sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité, du <i>31 août 1983</i> (OACI)(RS 837.02). | OCFIM |

1.3 Prescriptions édictées par des départements fédéraux et par d'autres autorités fédérales

| | |
|--|-------|
| Règlement de la Caisse fédérale de compensation, du <i>30 décembre 1948</i> , arrêté par le Département fédéral des finances et des douanes (RO 1949, 68). | OCFIM |
| Règlement de la Caisse suisse de compensation, du <i>15 octobre 1951</i> , arrêté par le Département fédéral des finances et des douanes (RO 1951, 996). | OCFIM |

| | |
|--|------------------|
| Directives du Conseil d'administration concernant les placements du Fonds de compensation de l'AVS, du <i>19 janvier 1953</i> (FF 1953/I, 91), arrêtées par le Conseil d'administration du Fonds de compensation de l'AVS, modifiées par décision du 18 mars 1960 (FF 1960/II, 8). | OCFIM |
| Ordonnance du Département fédéral de l'intérieur concernant l'octroi des rentes transitoires ¹ de l'AVS aux Suisses à l'étranger (adaptation des limites de revenu), du <i>24 juin 1957</i> (RO 1957, 582). | OCFIM |
| Règlement intérieur de la Commission fédérale de l'AVS/AI, édicté par ladite commission le <i>23 février 1965</i> (non publié). | OCFIM |
| Ordonnance sur le taux maximum des contributions aux frais d'administration dans l'AVS, arrêtée par le Département fédéral de l'intérieur, le <i>11 octobre 1972</i> (RO 1972, 2513). | OCFIM |
| Règlement du fonds destiné à secourir des vieillards et des survivants se trouvant dans un état de gêne particulier, du <i>24 octobre 1974</i> (FF 1974 II 1349). | OCFIM |
| Ordonnance concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-vieillesse (OMAV), du <i>28 août 1978</i> , promulguée par le Département fédéral de l'intérieur (RS 831.135.1). Teneur mise à jour, avec toutes les modifications, dans le «Recueil LAVS/RAVS», état au 1 ^{er} janvier 1986. | OCFIM 318.300 |
| Ordonnance sur les subsides accordés aux caisses cantonales de compensation de l'AVS en raison de leurs frais d'administration, arrêtée par le Département fédéral de l'intérieur, le <i>30 novembre 1982</i> (RS 831.143.42). | OCFIM |
| Ordonnance concernant les subventions pour les agencements des institutions destinées aux personnes âgées, édictée par le Département fédéral de l'intérieur le <i>10 décembre 1982</i> (RS 831.188). | OCFIM |

1.4 Conventions internationales

| | | |
|------------------------|---|------------------|
| <i>Tchécoslovaquie</i> | Convention sur la sécurité sociale du <i>4 juin 1959</i> (RO 1959, 1767). | OCFIM 318.105 |
|------------------------|---|------------------|

¹ Appelées «rentes extraordinaires» dès le 1^{er} janvier 1960.

| | | |
|--------------------------|--|------------------|
| | Arrangement administratif, du 10 septembre 1959 (RO 1959, 1780) ¹ . | |
| <i>Bateliers rhénans</i> | Accord concernant la sécurité sociale (révisé), du 13 février 1961 (RO 1970, 175). | OCFIM 318.105 |
| | Arrangement administratif, du 28 juillet 1967 (RO 1970, 212) ¹ . | |
| <i>Yougoslavie</i> | Convention relative aux assurances sociales, du 8 juin 1962 (RO 1964, 157). | OCFIM 318.105 |
| | Arrangement administratif, du 5 juillet 1963 (RO 1964, 171). | |
| | Avenant à la Convention, du 9 juillet 1982 (RO 1983, 1605) ¹ . | |
| | <i>Les directives relatives au statut des étrangers contiennent un texte intégré de la convention de 1962 et de l'avenant.</i> | |
| <i>Italie</i> | Convention relative à la sécurité sociale du 14 décembre 1962 (RO 1964, 730). | OCFIM 318.105 |
| | Avenant à la convention, du 4 juillet 1969 (RO 1973, 1185). | |
| | Protocole additionnel à l'avenant du 4 juillet 1969, conclu le 25 février 1974 (RO 1974, 945). | |
| | Arrangement administratif, du 18 décembre 1963 (RO 1964, 748). | |
| | Arrangement administratif concernant l'application de l'avenant du 4 juillet 1969 et complétant et modifiant l'arrangement du 18 décembre 1963, conclu le 25 février 1974 (RO 1975, 1463). | |
| | Deuxième avenant, du 2 avril 1980 (RO 1982, 98). | |
| | Arrangement administratif concernant l'application du deuxième avenant du 2 avril 1980 et la révision de l'arrange- | |

¹ Ces documents figurent dans les directives relatives au statut des étrangers et des apatrides dans l'AVS et dans l'AI.

| | | |
|---|--|---|
| | ment administratif du 18 décembre 1963, du 30 janvier 1982 (RO 1982, 547) ¹ . | |
| <i>République fédérale d'Allemagne</i> ² | Convention sur la sécurité sociale, du 25 février 1964 (RO 1966, 622). Convention complétant celle du 25 février 1964, du 9 septembre 1975 (RO 1976, 2048). Arrangement concernant l'application de la convention, du 25 août 1978 (RO 1980, 1662) ¹ . Convention complétant celle du 24 octobre 1950, du 24 décembre 1962 (RO 1963, 939). <i>Les directives relatives au statut des étrangers contiennent un texte intégré de la convention de 1964 et de celle de septembre 1975.</i> | OCFIM 318.105 OCFIM |
| <i>Liechtenstein</i> ² | Convention en matière d'AVS/AI, du 3 septembre 1965 (RO 1966, 1272). Arrangement administratif, du 31 janvier 1967 (RO 1968, 400) ¹ . | OCFIM 318.105 |
| <i>Luxembourg</i> | Convention de sécurité sociale, du 3 juin 1967 (RO 1969, 419). Avenant à la convention, du 26 mars 1976 (RO 1977, 2094). Arrangement administratif, du 17 février 1970 (RO 1979, 651) ¹ . | OCFIM 318.105 |
| <i>Autriche</i> ² | Convention de sécurité sociale, du 15 novembre 1967 (RO 1969, 12). | OCFIM 318.105 |

¹ Ces documents figurent dans les directives relatives au statut des étrangers et des apatrides dans l'AVS et dans l'AI.

² Voir aussi

- Convention concernant la sécurité sociale entre la République fédérale d'Allemagne, la Principauté du Liechtenstein, la République d'Autriche et la Confédération suisse, conclue le 9 décembre 1977, en vigueur dès le 1^{er} novembre 1980 (RO 1980, 1607);
- Arrangement administratif à ce sujet, du 28 mars 1979 (RO 1980, 1625);
- Convention complémentaire du 8 octobre 1982, en vigueur dès le 1^{er} juillet 1982 (RO 1984, 21).

Contenu dans les directives relatives au statut des étrangers et des apatrides dans l'AVS/AI.

Avenant à la convention, du 17 mai 1973 (RO 1974, 1168).

Convention complémentaire du 8 octobre 1982, en vigueur dès le 1^{er} juillet 1982 (RO 1984, 21).

Arrangement administratif, du 1^{er} octobre 1968 (RO 1969, 39).

Arrangement complémentaire de l'arrangement du 1^{er} octobre 1968, du 2 mai 1974 (RO 1974, 1515).

Deuxième avenant, du 30 novembre 1977 (RO 1979, 1595).

Deuxième arrangement complémentaire, du 1^{er} février 1979 (RO 1979, 1949)¹.

Les directives relatives au statut des étrangers contiennent un texte intégré de ces accords.

Grande-Bretagne Convention de sécurité sociale, du 21 février 1968 (RO 1969, 260)¹. OCFIM 318.105

Turquie Convention de sécurité sociale, du 1^{er} mai 1969 (RO 1971, 1772). OCFIM 318.105

Arrangement administratif, du 14 janvier 1970 (RO 1976, 591).

Avenant du 25 mai 1979 (RO 1981, 524)¹.

Espagne Convention de sécurité sociale, du 13 octobre 1969 (RO 1970, 952). OCFIM 318.105

Arrangement administratif, du 27 octobre 1971 (RO 1976, 577).

Avenant à la Convention, du 11 juin 1982 (RO 1983, 1368)¹.

Les directives relatives au statut des étrangers contiennent un texte intégré de la convention de 1969 et de l'avenant de 1982.

¹ Ces documents figurent dans les directives relatives au statut des étrangers et des apatrides dans l'AVS et dans l'AI.

| | | |
|--|---|------------------|
| <i>Pays-Bas</i> | Convention de sécurité sociale, du <i>27 mai 1970</i> (RO 1971, 1039). Arrangement administratif, du <i>29 mai 1970</i> (RO 1975, 1915) ¹ . | OCFIM 318.105 |
| <i>Grèce</i> | Convention de sécurité sociale, du <i>1^{er} juin 1973</i> (RO 1974, 1683) ¹ . Arrangement administratif du <i>24 octobre 1980</i> (RO 1981, 184) ¹ . | OCFIM 318.105 |
| <i>France</i> | Convention de sécurité sociale, du <i>3 juillet 1975</i> , avec protocole spécial (RO 1976, 2061). Arrangement administratif, du <i>3 décembre 1976</i> (RO 1977, 1667) ¹ . | OCFIM 318.105 |
| <i>Portugal</i> | Convention de sécurité sociale, du <i>11 septembre 1975</i> (RO 1977, 291). Arrangement administratif du <i>24 septembre 1976</i> (RO 1977, 2208), avec complément du <i>12 juillet/21 août 1979</i> (RO 1980, 215) ¹ . | OCFIM 318.105 |
| <i>Belgique</i> | Convention de sécurité sociale, du <i>24 septembre 1975</i> (RO 1977, 710). Arrangement administratif, du <i>30 novembre 1978</i> (RO 1979, 721) ¹ . | OCFIM 318.105 |
| <i>Suède</i> | Convention de sécurité sociale, du <i>20 octobre 1978</i> (RO 1980, 224). Arrangement administratif, du <i>20 octobre 1978</i> (RO 1980, 239) ¹ . | OCFIM 318.105 |
| <i>Norvège</i> | Convention de sécurité sociale, du <i>21 février 1979</i> (RO 1980, 1841). Arrangement administratif, du <i>22 septembre 1980</i> (RO 1980, 1859) ¹ . | OCFIM 318.105 |
| <i>Etats-Unis d'Amérique du Nord</i> | Convention de sécurité sociale, du <i>18 juillet 1979</i> (RO 1980, 1671). Arrangement administratif, du <i>20 décembre 1979</i> (RO 1980, 1684) ¹ . | OCFIM 318.105 |

¹ Ces documents figurent dans les directives relatives au statut des étrangers et des apatrides dans l'AVS et dans l'AI.

| | | |
|--------------------|--|------------------|
| <i>Saint-Marin</i> | Echange de lettres en matière de sécurité sociale avec la République de Saint-Marin, du 16 décembre 1981 (RO 1983, 220) ¹ . | OCFIM 318.105 |
| <i>Danemark</i> | Convention de sécurité sociale, du 5 janvier 1983 (RO 1983, 1552). Arrangement administratif, du 10 novembre 1983 (RO 1984, 179) ¹ . | OCFIM 318.105 |
| <i>Israël</i> | Convention de sécurité sociale, du 23 mars 1984 (RO 1985, 1351) Arrangement administratif, du 18 septembre 1985 (RO 1985, 1795). | OCFIM |

1.5 Instructions de l'Office fédéral des assurances sociales

1.5.1. L'assujettissement à l'assurance et les cotisations

Circulaire concernant les cotisations dues par les personnes exerçant une activité lucrative qui ont atteint l'âge ouvrant le droit à une rente de vieillesse, valable dès le 1^{er} janvier 1979. Supplément 1 valable dès le 1^{er} janvier 1980, supplément 2 valable dès le 1^{er} janvier 1982, supplément 3 valable dès le 1^{er} janvier 1984 et supplément 4 valable dès le 1^{er} janvier 1986.

OCFIM
318.107.12
318.107.121
à 124

Directives sur les cotisations des travailleurs indépendants et des non-actifs, valables dès le 1^{er} janvier 1980, avec supplément 1 valable dès le 1^{er} janvier 1982, supplément 2 valable dès le 1^{er} janvier 1983, supplément 3 valable dès le 1^{er} janvier 1984, supplément 4 valable dès le 1^{er} janvier 1985 et supplément 5 valable dès le 1^{er} janvier 1986.

OCFIM
318.102.03
318.102.031,
032, 033 à 035

Directives sur la perception des cotisations, valables dès le 1^{er} janvier 1982, avec supplément 1 valable dès le 1^{er} janvier 1983, supplément 2 valable dès le 1^{er} janvier 1984, supplément 3 valable dès le 1^{er} janvier 1985 et supplément 4 valable dès le 1^{er} janvier 1986.

OCFIM
318.102.04
318.102.041,
042 à 044

Directives sur le salaire déterminant dans l'AVS/AI/APG. Edition intérimaire valable dès le 1^{er} janvier 1984, avec sup-

OCFIM
318.102.02
et 021

¹ Ces documents figurent dans les directives relatives au statut des étrangers et des apatrides dans l'AVS et dans l'AI.

| | |
|--|--|
| plément 1 valable dès le 1 ^{er} janvier 1985 et supplément 2 valable dès le 1 ^{er} janvier 1986. | 318.102.022 |
| Circulaire concernant les cotisations dues à l'assurance-chômage obligatoire, valable dès le 1 ^{er} janvier 1984. | OCFIM 318.102.05 |
| Circulaire sur l'assujettissement à l'assurance, valable dès le 1 ^{er} janvier 1985. | OCFIM 318.102.01 |
| Circulaire sur les intérêts moratoires et rémunérateurs, valable dès le 1 ^{er} janvier 1986. | OCFIM 318.102.06 |
| <i>1.5.2. Les prestations</i> | |
| Circulaire concernant la statistique des infirmités: voir sous AI, N° 2.5.3. | |
| Directives concernant l'annonce des augmentations au registre central des rentes, valables dès le 1 ^{er} octobre 1975, avec liste des codes pour cas spéciaux (état au 1 ^{er} janvier 1984) et supplément valable dès le 1 ^{er} janvier 1984. | OCFIM 318.106.06 318.106.10 318.106.061 |
| Directives concernant l'annonce des diminutions au registre central des rentes, valables dès le 1 ^{er} novembre 1977. | OCFIM 318.106.07 |
| Directives concernant l'annonce des modifications au registre central des rentes dans la procédure APA/APD, valables dès le 1 ^{er} janvier 1981. | OCFIM 318.104.09 |
| Instructions concernant les annonces au registre central des rentes au moyen de supports d'informations magnétiques, valables dès le 1 ^{er} avril 1982, avec supplément 1 valable dès le 1 ^{er} janvier 1984. | OCFIM 318.104.10 et 101 |
| Circulaire concernant de nouvelles procédures de paiement des rentes AVS/AI, du 8 octobre 1982. | OFAS 35.747 |
| Circulaire concernant l'allocation pour impotent de l'AVS et de l'AI, s'agissant des cas d'impotence consécutive à un accident, valable dès le 1 ^{er} janvier 1984. | OFAS 37.218 |
| Circulaire concernant le système de communication et le régime de compensation entre l'AVS/AI et l'assurance-accidents obligatoire, valable dès le 1 ^{er} janvier 1984. | OFAS 37.184 |
| Circulaire concernant la compensation des paiements rétroactifs de l'AVS et de l'AI avec les créances en restitution des prestations de l'assurance militaire, valable dès le 1 ^{er} janvier 1984. | OFAS 37.172 |

| | |
|--|-------------------------------|
| Circulaire sur la remise des moyens auxiliaires par l'assurance-vieillesse, valable dès le <i>1^{er} janvier 1984</i> . Avec supplément 1 valable dès le 1 ^{er} janvier 1986. | OCFIM 318.303.01 et 011 |
| Circulaires concernant l'augmentation des rentes au <i>1^{er} janvier 1986</i> : | |
| – I/86 du 14 juin 1985 (mesures préparatoires) | OFAS 38.018 |
| – II/86 du 15 août 1985 (conversion des rentes en cours) | OFAS 39.165 |
| – III/86 du 28 octobre 1985 (calcul et fixation des nouvelles rentes) | OFAS 39.441 |
| Directives concernant les rentes, édition du <i>1^{er} janvier 1986</i> . | OCFIM 318.104.01 |

1.5.3. L'organisation

1.5.3.1. Affiliation aux caisses de compensation et contrôle des employeurs

| | |
|--|-------------------------------|
| Circulaire sur le contrôle des employeurs, valable dès le <i>1^{er} janvier 1967</i> . Edition mise à jour au 1 ^{er} janvier 1985. | OCFIM 318.107.08 |
| Instructions aux bureaux de revision sur l'exécution des contrôles d'employeurs, valables dès le <i>1^{er} janvier 1967</i> . Edition mise à jour au 1 ^{er} janvier 1985. | OCFIM 318.107.09 |
| Directives sur le fichier des affiliés, valables dès le <i>1^{er} juillet 1979</i> , avec supplément 1 valable dès le 1 ^{er} août 1984. | OCFIM 318.106.20 et 201 |
| Directives sur l'affiliation des assurés et des employeurs aux caisses de compensation (DAC), valables dès le <i>1^{er} août 1984</i> . | OCFIM 318.106.19 |

1.5.3.2. Obligation de garder le secret et conservation des dossiers

| | |
|---|-------------------------------|
| Circulaire sur l'obligation de garder le secret et la communication des dossiers, valable dès le <i>1^{er} février 1965</i> . | OCFIM 318.107.06 |
| Circulaire relative à la conservation des dossiers, valable dès le <i>1^{er} juillet 1975</i> , avec supplément 1 valable dès le 1 ^{er} novembre 1980. | OCFIM 318.107.10 et 101 |

| | |
|--|-------------------------------|
| Circulaire concernant l'annonce des rentes AI aux autorités fiscales, du 12 juillet 1979. | OFAS 31.901 |
| <i>1.5.3.3. Certificat d'assurance et compte individuel</i> | |
| Circulaire aux caisses de compensation cantonales sur l'attribution du numéro d'assuré aux personnes astreintes à la protection civile, du 20 août 1968, avec supplément du 28 juin 1972. | OFAS 16.406 22.453 |
| Le numéro d'assuré. Valable dès le 1 ^{er} juillet 1972. | OCFIM 318.106.12 |
| Circulaire concernant l'utilisation du numéro AVS à 11 chiffres et l'utilisation de formules spéciales pour les CI, du 16 décembre 1975. | OFAS 27.382 f |
| Circulaire aux caisses de compensation concernant l'utilisation du numéro d'assuré AVS dans le cadre de l'AC, du 11 août 1977. | OFAS 29.581 |
| Les nombres-clés des Etats, 31 juillet 1978. | OCFIM 318.106.11 |
| Directives sur l'emploi de listes OCR pour annoncer les inscriptions aux CI à la Centrale de compensation, du 1 ^{er} janvier 1980, avec supplément 1 valable dès le 1 ^{er} janvier 1985. | OCFIM 318.106.08 et 081 |
| Directives sur l'emploi de supports d'informations magnétiques pour annoncer les inscriptions aux CI à la Centrale de compensation, valables dès le 1 ^{er} janvier 1981, avec supplément 1 valable dès le 1 ^{er} janvier 1985. | OCFIM 318.106.09 et 091 |
| Directives concernant la tenue des CI par ordinateur, valables dès le 1 ^{er} janvier 1981. | OCFIM 318.106.05 |
| Directives sur l'emploi de supports magnétiques pour l'échange des informations dans le domaine du fichier des assurés, valables dès le 1 ^{er} janvier 1984, avec supplément 1 valable dès le 1 ^{er} janvier 1985. | OCFIM 318.106.03 et 031 |
| Circulaire concernant la mise en sûreté des CI, valable dès le 1 ^{er} janvier 1984. | OCFIM 318.106.21 |
| Directives concernant le certificat d'assurance et le CI, valables dès le 1 ^{er} janvier 1985. | OCFIM 318.106.02 |

1.5.3.4. Organisation, budget et revision des caisses de compensation

Circulaire adressée aux départements cantonaux compétents et aux comités de direction des caisses de compensation professionnelles sur la fortune des caisses de compensation, du 28 novembre 1957. OFAS
57-2638

Directives sur les sûretés à fournir par les associations fondatrices des caisses de compensation AVS professionnelles, du 31 janvier 1958, étendues à l'AI par circulaire du 10 décembre 1959. OFAS
58-2824
59-4634

Circulaire concernant les rapports de gestion annuels des caisses de compensation et des commissions AI, du 19 juillet 1974. OFAS
25.420

Circulaire sur l'application de méthodes modernes de traitement des données, du 24 juillet 1974. OFAS
25.438

Directives sur la comptabilité et les mouvements de fonds des caisses de compensation, valables dès le 1^{er} février 1979, avec supplément 1 valable dès le 1^{er} février 1983. OCFIM
318.103
et 103.1

Circulaire sur l'affranchissement à forfait, valable dès le 1^{er} juillet 1980. OCFIM
318.107.03

Circulaire sur le contentieux, valable dès le 1^{er} avril 1982, avec supplément 1 valable dès le 1^{er} avril 1982, supplément 2 valable dès le 1^{er} septembre 1984 et supplément 3 valable dès le 1^{er} janvier 1986. OCFIM
318.107.05
et 051 à 053

Circulaire concernant les autres tâches et la loi sur l'assurance-accidents, du 1^{er} juin 1983. OFAS
36.604

Directives sur l'utilisation du service des ordres groupés (SOG) des PTT par les organes de l'AVS/AI/APG, valables dès le 1^{er} janvier 1986. OCFIM
318.104.30

Instructions pour la revision des caisses de compensation AVS, valables dès le 1^{er} février 1986. OCFIM
318.107.07

1.5.3.5. Droit de recours contre le tiers responsable

Circulaire concernant l'organisation et la procédure quant à l'exercice du droit de recours contre le tiers responsable dans le cadre de l'AVS, valable dès le 1^{er} janvier 1983. OCFIM
318.108.01

1.5.4. L'assurance facultative pour les Suisses résidant à l'étranger

Directives concernant l'AVS et l'AI facultatives des ressortissants suisses résidant à l'étranger, valables dès le *1^{er} juillet 1983*, avec supplément 1 valable dès le *1^{er} janvier 1984* et supplément 2 valable dès le *1^{er} janvier 1986*.

OCFIM
318.101
et 101.2-3

1.5.5. Les étrangers et les apatrides

Instructions administratives à propos du statut des réfugiés et apatrides dans l'AVS/AI, valables dès le *1^{er} septembre 1985*.

OFAS
39.206

Instructions administratives à propos du remboursement aux étrangers des cotisations versées à l'AVS, valables dès le *1^{er} septembre 1985*.

OFAS
39.195

Instructions administratives à propos de la convention avec Israël, valables dès le *1^{er} octobre 1985*.

OFAS
39.382

Directives relatives au statut des étrangers et des apatrides, sur feuilles volantes, état au *1^{er} janvier 1985*, contenant:

OCFIM
318.105

– les aperçus sur la réglementation valable en matière d'AVS et d'AI avec tous les Etats contractants et les bateliers rhénans;

– les instructions administratives pour toutes les conventions relatives à l'AVS et à l'AI; seules exceptions:

Bateliers rhénans

Israël

1.5.6. Encouragement de l'aide à la vieillesse

Directives concernant les demandes de subventions de l'AVS et de l'AI pour la construction, valables dès le *1^{er} janvier 1980*, complétées par le programme-cadre des locaux applicable aux homes pour personnes âgées. Etat au *1^{er} février 1981*.

OCFIM
318.106.04
OFAS

Circulaire sur les subventions de l'AVS pour l'encouragement de l'aide à la vieillesse, valable dès le *1^{er} janvier 1986*. Avec liste des services cantonaux de coordination des mesures prises pour l'aide à la vieillesse.

OCFIM
318.303.02
et 021

1.6 Tables de l'Office fédéral des assurances sociales

Tables pour la détermination de la durée présumable de cotisations des années 1948-1968.

OCFIM
318.118

| | |
|--|------------------------|
| Tables des rentes AVS/AI 1980-1985 pour enfants et rentes d'orphelins réduites dans les cas de surassurance (rentes ordinaires). | OCFIM 318.117.80-85 |
| 5,30 % cotisations sur le salaire déterminant. Table auxiliaire sans force obligatoire, valable dès le 1 ^{er} janvier 1984. | OCFIM 318.112.1 |
| Table de conversion des salaires nets en salaires bruts, valable dès le 1 ^{er} janvier 1984. | OCFIM 318.115 |
| Tables des cotisations AVS/AI/APG dues par les indépendants et les non-actifs, valables dès le 1 ^{er} janvier 1986. | OCFIM 318.114 |
| Assurance facultative des ressortissants suisses résidant à l'étranger. Tables des cotisations AVS/AI, valables dès le 1 ^{er} janvier 1986. | OCFIM 318.101.1 |
| Tables des rentes 1986. Volume 1 (détermination de l'échelle de rentes et calcul du revenu annuel moyen déterminant). Valables pour 1986. | OCFIM 318.117.861 |
| Tables des rentes 1986. Volume 2 (fixation du montant de la rente). Valables dès le 1 ^{er} janvier 1986. | OCFIM 318.117.862 |

2. Assurance-invalidité

2.1 Lois fédérales

| | |
|---|------------------|
| Loi fédérale sur l'AI (LAI), du 19 juin 1959 (RS 831.20). Teneur mise à jour, avec toutes les modifications, dans le «Recueil LAI/RAI/OIC», état au 1 ^{er} janvier 1986. | OCFIM 318.500 |
|---|------------------|

2.2 Actes législatifs édictés par le Conseil fédéral

| | |
|--|------------------|
| Règlement sur l'AI (RAI), du 17 janvier 1961 (RS 831.201). Teneur mise à jour, avec toutes les modifications, dans le «Recueil LAI/RAI/OIC», état au 1 ^{er} janvier 1986. | OCFIM 318.500 |
| Ordonnance concernant les infirmités congénitales (OIC), du 20 octobre 1971 (RS 831.232.21). Teneur mise à jour, avec toutes les modifications, dans le «Recueil LAI/RAI/OIC», état au 1 ^{er} janvier 1986. | OCFIM 318.500 |

Instructions concernant les mesures à prendre en faveur des infirmes moteurs dans le domaine de la construction, du 15 octobre 1975 (FF 1975 II 1808). OCFIM

Modifications du RAI, 12 septembre 1984 (AS 1984, 1186). OCFIM

2.3 Prescriptions édictées par des départements fédéraux et par d'autres autorités fédérales

Règlement de la commission AI des assurés résidant à l'étranger, édicté par le Département fédéral des finances et des douanes le 22 mars 1960. OCFIM

Ordonnance sur la reconnaissance d'écoles spéciales dans l'AI, arrêtée par le Département fédéral de l'intérieur le 11 septembre 1972 (RO 1972, 2585). OCFIM

Reglement für den Spezialfonds zur Unterstützung in Notgeratener Invaliden. (En allemand seulement.) 23 juin 1976. OFAS 28.159

Ordonnance concernant la remise de moyens auxiliaires par l'AI (OMAI), arrêtée par le Département fédéral de l'intérieur le 29 novembre 1976 (RO 1976, 2664). Texte mis à jour, avec toutes les modifications, dans le «Recueil LAI/RAI/OIC», état au 1^{er} janvier 1986. OCFIM 318.500

Ordonnance sur la rétribution des membres des commissions AI du 15 décembre 1980 (RO 1981, 23). OCFIM

Ordonnance concernant les produits alimentaires diététiques dans l'AI (ODAI), édictée par le Département fédéral de l'intérieur le 7 septembre 1982 (RO 1982, 1865). Figure dans le «Recueil LAI/RAI/OIC», état au 1^{er} janvier 1986. OCFIM 318.500

Ordonnance du Département de l'intérieur concernant les subventions pour les agencements des institutions destinées aux invalides, du 10 décembre 1982 (RS 831.262.1). OCFIM

2.4 Conventions internationales

Les conventions en vigueur concernent aussi l'AI, excepté celle qui a été conclue avec la Tchécoslovaquie.
Pour plus de détails, voir sous chiffres 1.4 et 1.5.5.

2.5 Instructions de l'Office fédéral des assurances sociales

2.5.1. Les mesures de réadaptation

Circulaire concernant la formation scolaire spéciale, valable dès le *1^{er} janvier 1968*. OCFIM
318.507.07

Circulaire concernant les mesures pédago-thérapeutiques dans l'AI, valable dès le *1^{er} mars 1975*. OCFIM
318.507.15

Circulaire sur le droit des mineurs d'intelligence normale, atteints de graves troubles du comportement, aux subsides pour la formation scolaire spéciale, valable dès le *1^{er} juillet 1975*. OCFIM
318.507.16

Circulaire sur le traitement des graves difficultés d'élocution, valable dès le *1^{er} novembre 1978*. OCFIM
318.507.14

Circulaire concernant les mesures médicales de réadaptation, valable dès le *1^{er} janvier 1979*, avec annexe 1 (état au *1^{er} janvier 1982*) et supplément 1 de juillet 1979, supplément 2 valable dès le *1^{er} mars 1981*, supplément 3 valable dès le *1^{er} septembre 1981*, supplément 4 valable dès le *1^{er} mai 1982*, supplément 5 valable dès le *1^{er} janvier 1983* et supplément 6 valable dès le *1^{er} janvier 1984*. OCFIM
318.507.06,
061 à 067

Circulaire concernant le remboursement des frais de voyage dans l'AI, valable dès le *1^{er} mars 1982*. OCFIM
318.507.01
et 011

Circulaire concernant les mesures de réadaptation d'ordre professionnel de l'AI, valable dès le *1^{er} janvier 1983*. OCFIM
318.507.02

Modifications du RAI. Conséquences dans le domaine de la formation scolaire spéciale. Circulaire du *16 décembre 1983*. OFAS
37.355

Directives sur la remise des moyens auxiliaires, valables dès le *1^{er} janvier 1984*. Avec supplément 1 valable dès le *1^{er} janvier 1986*. OCFIM
318.507.11
et 111

2.5.2. Les rentes, allocations pour imputés et indemnités journalières

Circulaire concernant les indemnités journalières de l'AI, valable dès le *1^{er} janvier 1982*, avec nouvelle annexe valable dès le *1^{er} janvier 1986*, supplément 1 valable dès le *1^{er} janvier 1984*, supplément 2 valable dès le *1^{er} janvier 1985* et supplément 3 valable dès le *1^{er} janvier 1986*. OCFIM
318.507.12
et 121-124

| | |
|--|-----------------------------------|
| Circulaire sur la compensation des paiements rétroactifs de l'AI avec les créances en restitution de prestations des caisses-maladie reconnues par la Confédération, valable dès le <i>1^{er} janvier 1984</i> . | OFAS 37.174 |
| Directives concernant l'invalidité et l'impotence dans l'AI, du <i>1^{er} janvier 1985</i> , avec supplément 1 valable dès le <i>1^{er} janvier 1986</i> . | OCFIM 318.507.13 et 131 |
| Instructions pour le traitement des attestations concernant les indemnités journalières de l'AI, du <i>6 février 1986</i> . | OFAS 86.089 |
| <i>2.5.3. L'organisation et la procédure</i> | |
| Instructions aux secrétariats des commissions AI concernant l'aide administrative aux assurances-invalidité étrangères, du <i>24 février 1965</i> , contenues dans l'annexe à la circulaire sur la procédure dans l'AI. | OCFIM 318.507.03 |
| Circulaire concernant le paiement centralisé des salaires du personnel des offices régionaux AI, du <i>1^{er} janvier 1970</i> . | OFAS 18.485 |
| Règlement concernant l'assistance en faveur du personnel des offices régionaux AI en cas d'accident de service (Règlement accidents de service), du <i>1^{er} juillet 1970</i> . | OFAS 19.216 |
| Circulaire sur le budget des dépenses et la présentation des comptes des commissions AI, du <i>7 août 1970</i> . | OFAS 19.405 |
| Circulaire sur le budget des dépenses et la présentation des comptes des offices régionaux AI, valable dès le <i>1^{er} septembre 1970</i> , avec directives du 30 septembre 1971 concernant l'utilisation par les employés des offices régionaux AI de véhicules à moteur privés pour des voyages de service. | OFAS 19.436 21.204 |
| Circulaire sur le paiement des prestations individuelles dans l'AI, valable dès le <i>1^{er} novembre 1972</i> , avec supplément 1 valable dès le <i>1^{er} janvier 1983</i> et supplément 2 valable dès le <i>1^{er} janvier 1984</i> . | OCFIM 318.507.04 et 041-042 |
| Directives sur la collaboration du centre de cures complémentaires de la CNA à Bellikon et de l'AI, du <i>18 septembre 1973</i> . | OFAS 24.332 |
| Règlement pour le personnel des offices régionaux AI, valable dès le <i>1^{er} décembre 1973</i> , avec complément du <i>26 mai 1978</i> . | OFAS 24.604 30.537 |
| Circulaire concernant les rapports de gestion annuels des offices régionaux, du <i>2 octobre 1974</i> . | OFAS 25.678 |

| | |
|--|------------------------------------|
| Circulaire sur le remboursement des frais aux services sociaux de l'aide aux invalides, valable dès le <i>1^{er} avril 1975</i> , avec supplément 1 valable dès le <i>1^{er} novembre 1980</i> . | OFAS 26.309 |
| Circulaire concernant la reconnaissance d'écoles spéciales dans l'AI, valable dès le <i>1^{er} janvier 1979</i> . Annexes 1 et 2 remplacées par la mise à jour au <i>1^{er} janvier 1982</i> . | OCFIM 318.507.05 |
| Circulaire aux commissions AI, aux offices régionaux et aux caisses de compensation concernant la convention avec l'assurance privée, relative à la communication de dossiers et de renseignements, du <i>16 janvier 1981</i> , avec complément du <i>1^{er} juin 1982</i> . | OFAS 33.641 + 642 et 35.264 |
| Circulaire concernant les centres d'observation professionnelle dans l'AI (COPAI), du <i>1^{er} février 1982</i> . | OFAS 34.862 |
| Circulaire aux caisses de compensation concernant les facilités de transport pour les handicapés, du <i>3 septembre 1982</i> . | OFAS 35.599 |
| Circulaire sur la procédure dans l'AI, valable dès le <i>1^{er} janvier 1983</i> , avec supplément 1 valable dès le <i>1^{er} janvier 1984</i> et supplément 2 valable dès le <i>1^{er} janvier 1986</i> . | OCFIM 318.507.03, 031 et 032 |
| Circulaire concernant la statistique des infirmités et des prestations, valable dès le <i>1^{er} janvier 1983</i> , avec codes. | OCFIM 318.108.03-04 |
| Circulaire concernant l'organisation et la procédure quant à l'exercice du droit de recours contre le tiers responsable dans le cadre de l'AI, valable dès le <i>1^{er} janvier 1983</i> . | OCFIM 318.108.02 |

2.5.4. L'encouragement de l'aide aux invalides

| | |
|---|-------------------------------|
| Circulaire sur les subventions aux services sociaux reconnus comme offices d'orientation professionnelle et de placement pour invalides, valable dès le <i>1^{er} janvier 1968</i> . | OFAS 15.785 |
| Circulaire sur l'octroi de subventions pour la formation et le perfectionnement des spécialistes de la réadaptation professionnelle des invalides, valable dès le <i>1^{er} octobre 1975</i> . | OCFIM 318.507.17 |
| Circulaire sur les subventions aux frais d'exploitation des centres de réadaptation pour invalides, valable dès le <i>1^{er} janvier 1976</i> , avec supplément 1 valable dès le <i>1^{er} janvier 1979</i> . | OCFIM 318.507.18 et 181 |

| | |
|--|-----------------------------------|
| Circulaire sur les subventions d'exploitation aux homes pour invalides, valable dès le <i>1^{er} janvier 1979</i> , avec supplément 1 valable dès le <i>1^{er} janvier 1981</i> et supplément 2 valable dès le <i>1^{er} janvier 1986</i> . | OCFIM 318.507.20 et 201-202 |
| Directives concernant les demandes de subventions pour la construction dans l'AVS et l'AI, valables dès le <i>1^{er} janvier 1980</i> , complétées par le programme-cadre des locaux applicable aux institutions pour invalides, état au <i>1^{er} août 1979</i> . | OCFIM 318.106.04 OFAS |
| Circulaire sur les subventions aux organisations de l'aide privée aux invalides, valable dès le <i>1^{er} janvier 1984</i> , avec nouvelle annexe 2, chiffre I, valable dès le <i>1^{er} janvier 1985</i> . | OCFIM 318.507.10 et 101 |
| Circulaire sur l'octroi de subventions aux frais d'exploitation des ateliers d'occupation permanente pour invalides, valable dès le <i>1^{er} janvier 1984</i> , avec supplément 1 valable dès le <i>1^{er} janvier 1985</i> et supplément 2 valable dès le <i>1^{er} janvier 1987</i> . | OCFIM 318.507.19 et 191-192 |

2.6 Tables de l'Office fédéral des assurances sociales, dont l'usage est obligatoire

| | |
|---|------------------|
| Tables de calcul des allocations journalières APG et des indemnités journalières AI, valables dès le <i>1^{er} janvier 1984</i> . | OCFIM 318.116 |
|---|------------------|

3. Prestations complémentaires à l'AVS/AI

3.1 Lois fédérales

| | |
|---|------------------|
| Loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI (LPC), du <i>19 mars 1965</i> (RS 831.30). Teneur mise à jour, avec toutes les modifications, dans le «Recueil LPC/OPC», état au <i>1^{er} janvier 1985</i> . | OCFIM 318.680 |
|---|------------------|

3.2. Actes législatifs édictés par le Conseil fédéral

| | |
|---|------------------|
| Ordonnance sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI (OPC), du <i>15 janvier 1971</i> (RS 831.301). Teneur mise à jour, avec toutes les modifications, dans le «Recueil LPC/OPC», état au <i>1^{er} janvier 1985</i> . | OCFIM 318.680 |
|---|------------------|

Ordonnance 86 concernant les adaptations dans le régime des PC, du *17 juin 1985* (RO 1985, 926). OCFIM

3.3 Prescriptions édictées par le Département fédéral de l'intérieur

Ordonnance relative à la déduction de frais de maladie et de dépenses faites pour des moyens auxiliaires en matière de PC (OMPC), du *20 janvier 1971* (RS 831.301.1). Teneur mise à jour, avec toutes les modifications, dans le «Recueil LPC/OPC», état au *1^{er} janvier 1985*. OCFIM
318.680

3.4 Instructions de l'Office fédéral des assurances sociales

Circulaire concernant les PC et autres prestations des cantons à l'AVS/AI, considérées comme «autres tâches», du *10 mai 1966*. OFAS
13.339

Directives pour la revision des organes cantonaux d'exécution des PC, du *3 novembre 1966*. Depuis le *1^{er} septembre 1974*, valables seulement pour la revision des organes d'exécution des PC des cantons de Zurich, Bâle-Ville et Genève. OFAS
13.879

Directives concernant les PC, valables dès le *1^{er} janvier 1979*. Supplément 1 valable dès le *1^{er} janvier 1980*, supplément 2 valable dès le *1^{er} janvier 1982* et supplément 3 valable dès le *1^{er} janvier 1983*. OCFIM
318.682
et 682.1 à 3

Circulaire concernant les prestations aux institutions d'utilité publique selon les articles 10 et 11 LPC, valable dès le *1^{er} juillet 1984*. OCFIM
318.683.01

4. Régime des allocations pour perte de gain en faveur des personnes astreintes au service militaire ou à la protection civile

4.1 Loi fédérale

Loi fédérale sur les APG (LAPG), du *25 septembre 1952* (RS 834.1). Texte mis à jour, avec modifications, dans le «Recueil

LAPG/RAPG», état au 1^{er} janvier 1984. Modifications au 1^{er} janvier 1986. OCFIM 318.700 et 700.1

4.2 Actes législatifs édictés par le Conseil fédéral

Règlement sur les allocations pour perte de gain (RAPG), du 24 décembre 1959 (RS 834.11). Texte mis à jour, avec toutes les modifications, dans le «Recueil LAPG/RAPG», état au 1^{er} janvier 1984. Modifications au 1^{er} janvier 1986. OCFIM 318.700 et 700.1

Ordonnance 84 concernant l'adaptation des APG à l'évolution des salaires, du 6 juillet 1983 (RS 834.12). Contenu aussi dans le «Recueil LAPG/RAPG», état au 1^{er} janvier 1984. OCFIM 318.700

4.3 Prescriptions édictées par des départements fédéraux

Ordonnance concernant les allocations pour perte de gain en faveur des personnes participant aux cours de chefs de «Jeunesse et sport», promulguée par le Département fédéral de l'intérieur le 31 juillet 1972 (RS 834.14). Contenu aussi dans le «Recueil LAPG/RAPG», état au 1^{er} janvier 1984. OCFIM 318.700

Ordonnance du Département militaire fédéral concernant l'application dans la troupe du régime des APG, du 13 janvier 1976 (Feuille officielle militaire 1976, p. 11). Contenue dans les instructions aux comptables de l'armée, ci-dessous mentionnées. OCFIM 318.702

4.4 Instructions de l'Office fédéral des assurances sociales

Directives concernant le régime des APG valables dès le 1^{er} janvier 1976 avec supplément 1 valable dès le 1^{er} janvier 1982, supplément 2 et annexe II valables dès le 1^{er} janvier 1984, supplément 3 valable dès le 1^{er} avril 1985 et supplément 4 valable dès le 1^{er} janvier 1986. OCFIM 318.701, 701.1, 701.2, 701.3

Instructions aux comptables militaires concernant l'attestation du nombre de jours soldés, prévus par le régime des APG, valables dès le 1^{er} janvier 1976, avec nouvelle annexe «Liste des services d'avancement» valable dès le 1^{er} janvier 1981. OCFIM 318.702 Régl. 51.3/Vf

| | |
|--|---|
| Instructions aux comptables de la protection civile concernant l'attestation du nombre de jours de service accomplis, prévus par le régime des APG, valables dès le <i>1^{er} janvier 1976</i> . Etat au <i>1^{er} janvier 1981</i> . | OCFIM (OFPC 1616.01) ¹ |
| Instructions aux promoteurs de cours fédéraux et cantonaux pour moniteurs de « Jeunesse et sport » concernant l'attestation du nombre de jours de cours, prévus par le régime des APG, valables dès le <i>1^{er} juin 1981</i> . | OCFIM 318.703 |
| Instructions aux services cantonaux de « Jeunesse et sport » (J+S) concernant l'attestation du nombre de jours de cours selon le régime des APG pour les personnes habitant en Suisse qui participent aux cours pour moniteurs de J+S du service J+S liechtensteinois et qui ont droit à l'allocation APG. Valables dès le <i>8 avril 1982</i> . | OCFIM 318.703.01 |
| Directives pour l'instruction des personnes astreintes au service (en particulier dans les écoles de recrues), édition de <i>novembre 1983</i> . | OCFIM 318.704 |
| Directives sur l'annonce à la Centrale de compensation des données APG au moyen de supports magnétiques, valables dès le <i>1^{er} avril 1985</i> . | OCFIM 318.705 |

4.5 Tables de l'Office fédéral des assurances sociales, dont l'usage est obligatoire

| | |
|---|------------------|
| Tables de calcul des allocations journalières APG et des indemnités journalières AI, valables dès le <i>1^{er} janvier 1984</i> . | OCFIM 318.116 |
|---|------------------|

¹ Office fédéral de la protection civile.

L'état des allocations familiales en Suisse, quarante ans après l'adoption de l'article constitutionnel sur la protection de la famille (2^e partie)¹

II. Régimes cantonaux

Aussi longtemps que la Confédération se borne à légiférer en matière d'allocations familiales dans l'agriculture, les cantons peuvent édicter des dispositions sur les allocations familiales en faveur des salariés non agricoles. Au cours des années 1943 à 1965, les cantons ont *tous* institué des allocations familiales pour les salariés n'appartenant pas à l'agriculture. Huit cantons ont aussi édicté des lois régissant le paiement d'allocations familiales aux *indépendants exerçant une activité dans les arts et métiers et le commerce*.

1. Régimes¹ pour les salariés non agricoles

Au moment de l'acceptation de l'article constitutionnel sur la protection de la famille, des lois sur les allocations familiales pour les salariés avaient été adoptées dans cinq cantons (VD, GE, FR, NE et LU). Le 27 février 1959, date de l'adoption du rapport de la commission d'experts désignée en 1957 par le Conseil fédéral, dix-sept cantons avaient légiféré en la matière; aux cinq cantons mentionnés ci-dessus, il faut ajouter les cantons suivants: VS, TI, SG, OW, NW, AI, BS, ZG, UR, SZ, ZH, GR. Entre 1959 et 1965, ont légiféré les cantons de SO, TG, GL, BE, BL, SH, AG et AR. Le 9 novembre 1978, l'Assemblée constituante du canton du Jura a édicté une loi sur les allocations pour enfants aux salariés dont le contenu correspond, pour l'essentiel, à celle du canton de Berne.

a. Champ d'application

L'assujettissement aux lois cantonales est réglé d'une manière assez uniforme et s'étend, en principe, aux employeurs qui occupent des salariés sur

¹ Voir RCC 1986, p. 35.

le territoire cantonal et y ont une entreprise, un siège ou une succursale. L'employeur est, en règle générale, soumis à la loi en raison de *tous* les salariés à son service, donc aussi pour les salariés occupés et domiciliés dans d'autres cantons. Il est tenu d'adhérer à une caisse de compensation pour allocations familiales et de verser des contributions. De la sorte, l'assujettissement est *sans lacune* et les conflits de compétence sont éliminés. De tels conflits sont uniquement possibles lorsqu'un canton (GE, LU, VS et VD) assujettit également les employeurs établis *hors du canton* en raison des salariés qui travaillent et vivent dans le canton. Cet assujettissement comporte parfois des dérogations et si des conflits subsistent, ils sont souvent réglés par voie de conventions.

Les lois cantonales prévoient de nombreuses *exceptions à l'assujettissement*. Ces exceptions n'entraînent, dans la plupart des cas, pas de perte du droit aux allocations, puisque la raison du non-assujettissement réside dans le fait que les employeurs concernés versent *déjà* des allocations familiales à leurs salariés et que ces allocations doivent être au moins égales à celles prévues par la loi cantonale. Le non-assujettissement affaiblit cependant la notion de *solidarité* et par là même la situation financière des caisses de compensation. Il est intéressant d'examiner quelques cas de non-assujettissement.

Pendant longtemps, les *employeurs de personnel féminin de maison* ont été libérés en principe de l'assujettissement « parce que ce personnel n'était en général pas marié et n'avait par conséquent pas l'occasion de recevoir des allocations familiales » (Rapport de la commission fédérale d'experts chargée d'examiner l'institution d'un régime fédéral d'allocations familiales, du 27 février 1959, p. 18). Actuellement, la situation est inverse puisque dix-neuf cantons octroient les allocations au personnel féminin de maison. On a constaté que ce personnel comprenait de nombreuses femmes divorcées ou séparées avec enfants à charge pour qui les allocations constituaient un appoint financier nécessaire. De plus, le non-assujettissement est contraire au principe de l'égalité de droit inscrit à l'article 4, 1^{er} et 2^e alinéas, de la Constitution fédérale. En 1977 déjà, l'autorité cantonale de recours de Zurich considérait comme violant le principe de l'égalité de traitement et, par voie de conséquence, l'article 4 de la Constitution fédérale, la réglementation zurichoise selon laquelle le personnel féminin de maison n'avait pas droit aux allocations pour enfants (voir « Les lois cantonales en matière d'allocations familiales, la jurisprudence des commissions cantonales de recours durant les années 1971 à 1979 », OFAS, mars 1981, pp. 16ss).

Le non-assujettissement, dans quelques cantons (AR, AG, BL, BS, JU et ZH), des *employeurs liés par des conventions collectives de travail* ou *d'entreprises importantes* (BE, JU, NW, UR et ZG) représente un problème

plus important quant à ses répercussions sur la compensation des charges. Il fut un temps où ce non-assujettissement figurait aussi dans les réglementations cantonales du Tessin et de Schaffhouse; les dispositions en cause y ont été abrogées par la loi du 24 septembre 1959, respectivement par celle du 29 novembre 1981.

L'enquête de 1984 indique que 7600 employeurs (Bâle-Ville non compris) sont exemptés de l'assujettissement pour 150 000 salariés (Bâle-Ville et Zurich non compris).

Dans le cadre de la consultation sur un régime fédéral d'allocations familiales, le problème de la libération des employeurs liés par une convention collective de travail a été largement débattu. Dans leur grande majorité, les avis exprimés sont négatifs et ces avis émanent même de cantons connaissant aujourd'hui cette exemption. On fait valoir surtout que le non-assujettissement est contraire au principe de la solidarité.

b. Prestations

aa. Genres et montants

L'évolution des prestations est intéressante à examiner à plus d'un titre. La première loi édictée, celle du canton de *Vaud* du 26 mai 1943, prévoyait le versement d'une *allocation pour enfant* minimale de *10 francs* pour chaque enfant des *familles comptant deux enfants et plus*. Les familles avec un seul enfant étaient donc exclues du droit aux allocations; des considérations d'ordre démographique avaient joué un rôle dans l'adoption de cette loi. Quant à la loi du canton de *Genève* du 12 février 1944, elle prévoyait l'octroi d'une allocation de *15 francs pour chaque enfant*. Dans le canton de *Fribourg*, l'allocation fut fixée, au début, à *8 francs par enfant et par mois* et, dans le canton de *Neuchâtel*, à *15 francs par mois et par enfant*. Le canton de *Lucerne*, le premier canton de Suisse alémanique à légiférer en la matière en 1945, fixa l'allocation à *10 francs pour le troisième et chaque enfant suivant*.

Lorsque les experts fédéraux publièrent leur rapport sur l'institution d'un régime fédéral d'allocations familiales en 1959, la situation était la suivante pour les dix-sept cantons possédant des lois: le montant de l'allocation pour enfant variait entre 10 et 35 francs; l'allocation était octroyée pour chaque enfant dans sept cantons; elle n'était versée dans les autres cantons qu'à partir du deuxième enfant (certains cantons mettant encore comme condition supplémentaire que la famille compte trois enfants au moins) ou du troisième enfant. Un échelonnement des allocations en raison de l'âge était prévu dans le canton de *Genève* et une gradation en fonction du *nom-*

bre d'enfants dans le canton de Saint-Gall. Au cours des années, les cantons qui connaissaient une réglementation fixant un nombre minimum d'enfants ont abrogé les dispositions en cause, si bien qu'actuellement, l'allocation est versée *partout à partir du premier enfant*. Genève a maintenu la gradation en fonction de l'âge, alors que l'échelonnement en fonction du nombre d'enfants existe aujourd'hui dans sept cantons.

Au cours des années, on a assisté, également, à une diversification des *genres* d'allocations. Genève a été le premier canton (1945) à introduire une *allocation de naissance de 15 francs*. Neuf cantons seulement connaissent actuellement l'institution de l'allocation de naissance. Afin de promouvoir la formation professionnelle, le canton de Genève a introduit (1958) une *allocation de formation professionnelle* pour les enfants aux études ou en apprentissage sous forme d'un supplément à l'allocation ordinaire pour enfant. Par la suite, ce genre de prestations a été instauré dans neuf autres cantons. Le canton de Genève a institué, en 1979, une *allocation d'accueil* (675 fr. actuellement) versée pour le mois au cours duquel l'enfant mineur, placé en vue d'adoption, est accueilli par sa future famille.

Les genres et montants d'allocations au *1^{er} janvier 1986* figurent dans le *tableau 1, page 21*.

Les montants des allocations familiales fixés dans les lois cantonales sont des *minimums*; il est loisible aux caisses de compensation et aux employeurs de verser des allocations d'autres genres ou des allocations plus élevées. L'enquête de 1984 fournit certaines données sur ces *allocations complémentaires*.

Caisses cantonales

Seules les caisses des cantons de *Neuchâtel* et de *Vaud* versent des allocations complémentaires.

La caisse cantonale de *Neuchâtel* octroie une allocation de naissance de 600 francs ainsi qu'une allocation d'adoption de même montant.

Quant à la caisse *vaudoise*, elle paie les allocations complémentaires suivantes:

- une allocation pour enfant de 10 francs (allocation légale de 100 fr.);
- une allocation de formation professionnelle de 10 francs (allocation légale de 140 francs);
- une allocation de naissance de 100 francs (allocation légale de 600 fr.).

Caisses privées, professionnelles ou interprofessionnelles, conventions collectives de travail

Certaines caisses versent des allocations complémentaires; leur nombre est

relativement peu élevé, ce qui s'explique par le développement des allocations familiales prévues dans les lois cantonales. Quelques caisses exerçant leur activité dans toute la Suisse ou une grande partie du pays fixent, dans leur règlement, des *montants valables pour tous les cantons concernés*; là où les minimums légaux sont inférieurs, la *différence* est alors versée.

Les *allocations de ménage* ne sont versées que par les caisses exerçant une activité dans l'industrie horlogère ainsi que dans les arts graphiques. Pour l'horlogerie, l'allocation de ménage s'élève à *60 francs* par mois; elle est versée en particulier au mari qui vit avec son épouse, aux femmes divorcées ou séparées vivant avec leurs enfants, aux veufs et aux veuves faisant ménage avec leurs enfants.

Dans les arts graphiques et dans les industries papetières, l'allocation de ménage (appelée allocation familiale de vie chère) s'élève à *35, 25 ou 20 francs par mois*.

L'allocation familiale mensuelle de vie chère de 35 francs est payée:

- aux hommes mariés;
- aux travailleurs et travailleuses, veufs ou divorcés, ayant un ménage en propre;
- aux travailleurs divorcés sans ménage en propre mais ayant l'obligation de payer une pension alimentaire à leur ex-femme;
- aux femmes mariées qui, par suite de chômage, de maladie, de gain insuffisant, d'internement du mari, subviennent essentiellement à l'entretien du ménage;
- aux travailleuses célibataires ou séparées ayant un ménage en propre et vivant en commun avec leurs enfants naturels dont elles assument l'entretien.

Une allocation familiale mensuelle de vie chère de 25 francs est payée:

- aux travailleurs célibataires et à tous les travailleurs qui n'ont pas droit à l'allocation de 35 francs;
- aux travailleuses qualifiées selon les contrats collectifs de travail.

Une allocation familiale mensuelle de vie chère de 20 francs est payée:

- aux salariées qui n'ont pas droit à l'allocation de 35 francs, ni à celle de 25 francs.

L'octroi d'*allocations de naissance* a connu une plus grande extension. Dix-huit caisses, dont quelques caisses suisses, prévoient, dans leur règlement, l'octroi de cette prestation; de plus, nombreuses sont les caisses en activité dans le canton de Neuchâtel qui, à l'instar de la caisse cantonale, paient aussi une allocation de naissance. Les prestations de naissance varient généralement entre 100 et 600 francs. Dans l'industrie horlogère, l'allocation s'élève à 500 francs, par exemple. Quant à la caisse de compensation de l'industrie du métal, elle octroie une allocation de 100 francs.

Le versement d'*allocations de formation professionnelle* n'est prévu que par un petit nombre de caisses. Dans l'industrie horlogère, cette prestation est fixée à 120 francs.

Peu nombreuses sont les caisses versant des *allocations complémentaires pour enfants*. Il s'agit avant tout de diverses caisses privées en activité dans le canton de Vaud qui, à l'instar de la caisse cantonale, complètent le minimum légal. Dans le canton du Jura, certaines caisses versent une allocation plus élevée (90 francs) pour les deux premiers enfants déjà, la prestation *légale* étant, pour les enfants en cause, de 80 francs.

L'enquête n'a pas porté sur les *conventions collectives de travail*. Ces conventions se réfèrent, la plupart du temps, aux lois cantonales pour déterminer l'octroi des allocations familiales. Il est intéressant de citer ici les «Convention et accords dans l'industrie des machines entre l'Association patronale et les syndicats» entrés en vigueur le 19 juillet 1983 et valables pour les années 1983 à 1988. La réglementation conventionnelle prévoit le versement d'une allocation mensuelle pour enfant de *90 francs par enfant*: elle est applicable dans les cantons où il n'existe pas de dispositions légales impératives plus étendues. En d'autres termes, un complément de 10 francs est payé dans les cantons où le minimum légal est de 80 francs.

Le Règlement uniforme concernant le contrat de travail et les traitements du *personnel des banques* du 1^{er} janvier 1984 prévoit l'octroi d'allocations pour tous les enfants. La limite d'âge ordinaire est fixée à 18 ans; pour les enfants qui poursuivent leur formation, cette limite est reportée à 25 ans. Le montant de l'allocation est de *90 francs* par mois et par enfant.

La convention collective de travail pour *l'industrie chimique bâloise*, valable pour les années 1984 à 1986, contient des dispositions sur les allocations familiales. L'octroi d'allocations de ménage et d'allocations pour enfants y est prévu. L'*allocation de ménage* s'élève à 100 francs par mois; elle est versée exclusivement aux salariés des deux sexes qui bénéficient des allocations pour enfants. Quant à l'*allocation* pour enfant, elle est de 130 francs par mois et par enfant. Pour le surplus, la convention déclare applicables les prescriptions de la loi du canton de Bâle-Ville sur les allocations pour enfants aux salariés.

bb. Enfants donnant droit aux allocations

Le *cercle des enfants donnant droit aux allocations* n'a guère connu de modifications depuis 1945, si l'on fait abstraction de l'adaptation des dispositions légales à la terminologie du nouveau droit de filiation entré en vigueur en 1978, qui a assimilé les enfants nés hors mariage aux enfants légitimes. Donnent droit aux allocations les enfants de parents mariés et non mariés, ainsi que les enfants du conjoint, les enfants adoptifs et les

enfants recueillis. Pour cette dernière catégorie d'enfants, il était souvent requis que l'allocataire pourvoie gratuitement et de façon durable à leur entretien. En raison du principe de la garde (prévention aux allocations appartenant à la personne qui a la garde de l'enfant, en cas de concours de droits) qui a, de plus en plus, été adopté dans les lois cantonales, celles-ci, à quelques exceptions près, ne contiennent plus le critère de l'entretien durable et gratuit pour les enfants recueillis.

Une évolution plus marquée est constatée au sujet de la *limite d'âge*. En 1961, par exemple, la limite d'âge ordinaire était fixée à 15 ou 16 ans dans dix cantons et à 18 ans dans dix cantons également. Avec le temps, des révisions sont intervenues pour faire coïncider la limite avec la fin de la scolarité obligatoire. Actuellement, seul le canton de Neuchâtel connaît encore une limite de 18 ans. Pour les enfants aux études ou en apprentissage, la limite était autrefois reportée à 20 ans. Actuellement, une limite de 25 ans, identique à celle prévue dans l'AVS pour les rentes d'orphelins et pour enfants, existe dans vingt-quatre cantons (voir tableau 1, p. 21).

cc. Concours de droits pour les enfants de parents non mariés, séparés ou divorcés

Le concours de droits a été pendant longtemps l'objet de réglementations différentes. Les cantons étaient rangés en deux catégories. Une catégorie se ralliait au principe de la garde, selon lequel le droit à l'allocation appartient, soit à celui des parents qui a la garde de l'enfant, soit à celui qui est détenteur de la puissance parentale. La seconde catégorie adoptait le critère de l'entretien, selon lequel le droit à l'allocation revient à la personne qui subvient en majeure partie à l'entretien de l'enfant. Le principe de la garde étant celui qui garantit la meilleure utilisation des allocations, et celui aussi qui entraîne le moins de complications administratives dans l'application, tous les cantons – à l'exception de la Thurgovie où une révision est en cours – l'ont adopté.

dd. Statut des salariés étrangers

Le statut des salariés étrangers, notamment de ceux qui ont laissé leur famille dans leur pays d'origine, est une question qui a été très débattue au cours de ces dernières décennies.

Au début, *trois législations cantonales* seulement reconnaissaient un droit aux allocations en faveur des salariés étrangers ayant laissé leur famille dans leur pays, à savoir celles de Lucerne, Valais et Saint-Gall. En 1961, lors de négociations avec l'Italie pour la conclusion d'une nouvelle convention de sécurité sociale, des difficultés apparurent au sujet de l'octroi des alloca-

tions cantonales pour enfants aux travailleurs italiens. Dès le début, la délégation suisse avait fait remarquer à ses interlocuteurs que cette question ne pouvait être réglée dans la convention, la Confédération ne voulant pas, pour des raisons politiques surtout, empiéter sur les compétences législatives des cantons. En revanche, elle se déclara prête à recommander aux cantons de reviser leur loi et de prévoir le versement des allocations pour enfants aux travailleurs italiens qui ont laissé leurs enfants à l'étranger.

Le 7 décembre 1961, l'OFAS adressa une lettre-circulaire aux cantons en les invitant à reviser leurs dispositions légales, à traiter les travailleurs italiens de la même manière que les salariés suisses et à renoncer à toute discrimination.

Par la suite, les cantons ont révisé leur législation. Aujourd'hui, on constate que quinze cantons assimilent entièrement les salariés étrangers aux Suisses, à savoir AI, AR, GL, LU, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, VS et ZG (voir tableau 2, p. 22). A cette liste, on peut ajouter le canton de Bâle-Ville, l'assimilation y étant quasi complète puisque seuls les enfants recueillis à l'étranger n'ouvrent pas droit aux allocations.

Certains cantons (BS, BL, FR, LU, SH, SO, VS) ont adopté des réglementations même très généreuses dans le sens de l'assimilation, puisque, contrairement aux solutions généralement adoptées dans les Communautés européennes, ils prévoient non seulement l'octroi des allocations pour enfants, mais encore celui des allocations de naissance et des allocations de formation professionnelle pour les enfants se trouvant à l'étranger (voir tableau 2, p. 22).

Dans les autres cantons, des prescriptions spéciales régissent l'octroi des allocations; elles se rapportent à la nationalité, aux genres et montants des allocations, à la limite d'âge, au cercle des enfants donnant droit aux prestations et à la fin du droit aux allocations (voir tableau 2, p. 22).

ee. Relations avec d'autres branches des assurances sociales

Pour le *maintien* du droit aux allocations en cas de décès, maladie, accident, service militaire et chômage, on peut se référer à l'exposé publié dans la RCC 1985, p. 513.

Un problème intéressant est celui des *relations entre allocations pour enfants et rentes d'orphelins et pour enfants de l'AVS*. A l'instar de la Confédération dans le régime fédéral agricole, les législateurs des cantons des GR, SO et SG avaient estimé qu'il fallait interdire le cumul des allocations pour enfants et des rentes d'orphelins ou pour enfants de l'AVS, car les deux genres de prestations avaient, en soi, le même but, c'est-à-dire contribuer aux frais d'entretien et d'éducation des enfants. Ces exemples n'ont pas été suivis, mais les cantons des GR, SG et SO ont abrogé les dispositions en cause.

La LFA ne connaît plus cette interdiction de cumul depuis le 1^{er} avril 1984. Les raisons de ce revirement sont les suivantes : d'une part, on a estimé qu'il était choquant de supprimer l'allocation dans des situations déjà pénibles. Par ailleurs, si le paiement de la rente d'orphelin ou pour enfant n'est connu qu'avec retard, il peut en résulter des restitutions importantes d'allocations.

c. Organisation

Dès le début, la compensation des charges familiales reposait sur un système de *caisses de compensation* regroupant des caisses *privées* professionnelles, interprofessionnelles ou d'entreprises ainsi que des caisses cantonales *publiques* auxquelles devaient adhérer les employeurs non membres d'une caisse privée. Les employeurs assujettis à la loi sont tenus de verser des cotisations à la caisse de compensation dont ils font partie. La notion de «caisse d'entreprise» prête à confusion puisqu'elle supposerait l'existence d'une caisse distincte de l'employeur, ce qui n'est pas le cas dans la réalité. Là où des caisses d'entreprises sont reconnues, l'employeur verse les allocations de sa propre poche, sans participer à un système de compensation entre entreprises. La caisse d'entreprise s'identifie donc à l'employeur. La reconnaissance de caisses d'entreprises équivaut à une exemption d'employeurs de l'assujettissement à la loi. C'est pourquoi il n'y a pas lieu de les comprendre dans la statistique des caisses proprement dites.

En matière d'organisation, le système suisse est resté diversifié; c'est même le plus diversifié à l'intérieur de notre régime de sécurité sociale. La statistique est révélatrice puisque l'on a dénombré en 1984 887¹ *caisses reconnues de compensation pour allocations familiales, caisses d'entreprises non incluses*. Ce chiffre considérable s'explique par le fait qu'il existe des caisses de compensation exerçant leur activité dans plusieurs cantons (caisses suisses par exemple). *La reconnaissance des caisses ne s'étendant qu'aux sections déployant une activité dans un canton, chacune de ces sections est à considérer comme une caisse en soi du point de vue du droit cantonal.*

Il est intéressant de relever, dans le système de compensation, le rôle respectif joué par les caisses publiques (caisses cantonales) et les caisses privées. En retenant le chiffre de 1,4 milliard de francs de contributions encaissées par l'ensemble des caisses selon l'enquête de 1984, on constate que *près d'un tiers* de ces contributions sont prélevées par les caisses cantonales, soit un montant de 509 millions environ. A cet encaissement correspondent des

¹ Au 1^{er} octobre 1956, onze cantons avaient légiféré en matière d'allocations familiales; on comptait déjà 401 caisses reconnues sans les caisses d'entreprises.

versements d'allocations, par les caisses cantonales, s'élevant à une somme globale de 449 millions. Le degré de compensation est intense au niveau des caisses cantonales, celles-ci regroupant 168 000 employeurs. Treize caisses cantonales ont fourni des données sur le nombre de salariés occupés par des employeurs affiliés; il s'agit de 250 000 salariés.

Pour de plus amples détails concernant les caisses d'allocations familiales, voir RCC 1985, p. 627.

d. Financement

Les caisses de compensation se fondent sur le système de la *répartition*, système suivant lequel les dépenses annuelles courantes sont couvertes par les recettes annuelles. En vertu de toutes les législations cantonales, le versement des allocations familiales est couvert en principe par les cotisations des employeurs, calculées, généralement, *en pour-cent des salaires* soumis à cotisations dans l'AVS. Trente et une caisses seulement prélevaient, au moment de l'enquête, des contributions *par tête*, mais ce nombre a encore diminué entre-temps puisque la caisse de compensation des arts graphiques (AGRAPI) a adopté le système des contributions en pour-cent des salaires depuis le 1^{er} janvier 1985.

Les *taux de contributions* varient considérablement d'une caisse à l'autre, entre un minimum de 0,2 pour cent et un maximum de 5 pour cent, comme l'a montré l'enquête. La moyenne s'élève à un peu plus de 1,6 pour cent. Pour les caisses cantonales, le taux le plus bas est de 1,2 pour cent et le plus élevé, de 3 pour cent (voir tableau 1, RCC 1986, p. 21). Aux termes des lois cantonales, la compensation des charges familiales ne s'établit qu'à l'intérieur des caisses. Il n'y a pas de compensation *entre caisses* (surcompensation) afin d'alléger les charges de celles qui ont à verser des allocations pour un nombre considérable d'enfants et doivent, à cet effet, prélever des contributions d'employeurs élevées; font exception les lois des cantons de *Fribourg*, *Genève* et *Saint-Gall* qui ont introduit un système de péréquation. Lucerne avait adopté, au début, un système de péréquation; celui-ci a été abandonné par la suite, le fonds de compensation n'ayant pu remplir le rôle qui lui avait été assigné. L'institution d'une péréquation sur le plan suisse a toujours été le postulat des partisans d'un régime fédéral d'allocations familiales. Aussi est-il intéressant de connaître les expériences cantonales en la matière.

La loi *fribourgeoise* prévoit l'institution d'une compensation équitable entre les caisses reconnues afin d'équilibrer les charges résultant du paiement des allocations familiales. L'exécution de cette tâche a été confiée à un organisme de droit privé groupant toutes les caisses fribourgeoises, soit en

l'occurrence la Fédération des caisses fribourgeoises d'allocations familiales. Les caisses «suisses» n'y participent donc pas. Les caisses fribourgeoises qui enregistrent des excédents de recettes sont appelées à en verser une part aux caisses déficitaires, pour permettre à ces dernières d'équilibrer leurs comptes. Les excédents et les déficits des caisses concernées sont calculées en fonction du taux maximal de la caisse cantonale. Il s'agit en fait non pas d'une compensation complète, mais d'une *prise en charge des déficits*.

Genève, par une loi du 17 janvier 1980, a institué une compensation partielle des charges entre caisses d'allocations familiales, pour éviter que le coût effectif des allocations ne soit par trop onéreux pour certaines d'entre elles. Dans la mesure où le total des allocations familiales payées par une caisse fait ressortir pendant deux ans consécutifs un taux supérieur à 2 pour cent des salaires payés par ses affiliés, cette caisse peut présenter une requête tendant à bénéficier de la compensation partielle de ses charges. Cette compensation s'opère par le versement aux caisses demandresses d'un montant perçu auprès de l'ensemble des caisses et calculé sur la base de l'effectif du personnel occupé par les employeurs qui leur sont affiliés. Un service du Département de la prévoyance sociale et de la santé publique est chargé d'appliquer les dispositions légales.

A *Saint-Gall*, une compensation des charges entre les caisses d'allocations familiales a été instituée le 1^{er} janvier 1983. Les caisses ont à participer par une contribution annuelle à la compensation des charges. Le Conseil d'Etat fixe le montant de la contribution. Celle-ci ne doit pas excéder 0,15 pour cent de la somme des salaires soumis à cotisations dans l'AVS. Les caisses ayant une «charge supplémentaire» reçoivent un montant compensatoire; il y a «charge supplémentaire» lorsque les versements de la caisse de compensation pour couvrir les allocations minimales légales excèdent 1,8 pour cent de la somme des salaires soumis à cotisations dans l'AVS. Les montants compensatoires sont payés aux caisses dont la fortune ne dépasse pas la somme nécessaire pour financer les allocations pour enfants pendant une année. Le montant compensatoire ne doit pas être supérieur à la charge supplémentaire. Si le produit des participations ne suffit pas à couvrir les charges supplémentaires, il est réparti entre les caisses ayant droit à un montant compensatoire, proportionnellement auxdites charges. Le Département de l'intérieur encaisse les participations et verse les montants compensatoires.

(Suite et fin dans la RCC de mars.)

Problèmes d'application

Cotisations AVS dues par des indépendants qui demandent une déduction fiscale en vertu de l'OPP 3¹

Selon l'ordonnance promulguée par le Conseil fédéral le 13 novembre 1985 au sujet des déductions admises fiscalement pour les cotisations versées à des formes reconnues de prévoyance (OPP 3), les personnes de condition indépendante peuvent déduire ces cotisations de leur revenu, dans une certaine mesure, en matière d'impôts directs (art. 7, 1^{er} al., OPP 3). Afin d'éviter des malentendus, il faut souligner d'ores et déjà que *cette déduction ne vaut pas pour la cotisation AVS*. En effet, l'article 9, 2^e alinéa, LAVS, qui définit le revenu soumis à cotisations, ne prévoit pas une telle déduction. L'OFAS vous informera à temps, avant le début de la prochaine période de taxation de l'impôt fédéral direct, au sujet des détails de la procédure de communication fiscale (compensation par les autorités fiscales ou les caisses).

Peut-on renoncer à des prestations de l'AVS ou de l'AI?¹

On ne peut, en principe, renoncer à des prestations de l'AVS ou de l'AI. Une renonciation éventuelle n'est admissible qu'à titre exceptionnel, lorsque l'existence d'un intérêt digne de protection est alléguée et que ladite renonciation ne porte pas atteinte aux intérêts de tiers. On ne peut l'exprimer valablement que sous la forme d'une décision de constatation rendue par la caisse de compensation compétente. Dans tous les cas, il faudra soumettre le dossier complet à l'OFAS *avant* de rendre une telle décision.

La deuxième révision du régime des PC: calendrier des travaux²

Le délai d'opposition à la deuxième révision du régime des PC a expiré le 13 janvier 1986 sans que le référendum ait été demandé. Le Conseil fédéral

¹ Extrait du Bulletin de l'AVS N° 139.

² Extrait du Bulletin des PC N° 74.

va probablement ordonner très prochainement la mise en vigueur de cette revision pour le 1^{er} janvier 1987.

On prépare actuellement les modifications qui devront être apportées à l'OPC et à l'OMPC. Les propositions faites à ce sujet seront soumises pour avis, à la fin de février, aux départements cantonaux qui sont compétents en matière de PC. On prévoit que le Conseil fédéral adoptera ces modifications avant les vacances d'été.

La revision des PC nécessitera une réédition des directives concernant ces prestations. Les textes en question seront examinés à la fin de juin par la commission d'étude des problèmes d'application en matière de PC. Il est prévu d'envoyer aux organes d'exécution, au plus tard au début de novembre, la nouvelle édition de ces directives.

Il a été décidé, dans le cadre de cette revision, d'élever les limites des contributions versées à Pro Infirmis et Pro Senectute; cette augmentation est déjà valable pour 1986.

Bibliographie

Karin Bernath: Die berufliche Eingliederung behinderter Menschen. Theoretische Grundlagen – Schweizerische Verhältnisse. Thèse de lettres, Zurich, 1985. 184 pages. Editions de la Centrale suisse de pédagogie curative, 6003 Lucerne, Obergrundstrasse 61.

Ewinkel, Hermes et d'autres: Geschlecht: BEHINDERT, bes. Merkmal: FRAU. Ein Buch behinderter Frauen über ihre Lebenssituation. 140 pages. Octobre 1985. Arbeitsgemeinschaft sozialpolitischer Arbeitskreis (AG SPAK), Bundesgeschäftsstelle, Kistlerstrasse 1, 8000 Munich 90.

François Gaillard, Claire Michel-Rey: Déficience intellectuelle et emploi professionnel: recherches. 56 pages. 1985. Editions de la Centrale suisse de pédagogie curative, Lucerne.

Peter Kaufmann: Zeichensysteme in der Hörgeschädigtenpädagogik. Eine Übersicht. 64 pages. 1985. Editions de la Centrale suisse de pédagogie curative, Lucerne.

Leisen/Trabert: Selbsterfahrung. Ein Weg für Nichtbehinderte zum besseren Verstehen der Behinderung. 78 pages. AG SPAK, Munich (adresse ci-dessus).

Jutta Rütter: Die Entstehung und Entwicklung selbstorganisierter ambulanter Hilfsdienste für Behinderte. Eine Reaktion auf die unzureichende politische und infrastrukturelle Absicherung des Risikos «Pflegebedürftigkeit». Materialmappe XX/86, 126 pages. AG SPAK, Munich (adresse ci-dessus).

Gabriel Sturny: Scolarisation des élèves ayant des difficultés d'apprentissage. 148 pages. 1985. Editions de la Centrale suisse de pédagogie curative, Lucerne.

Interventions parlementaires

Question ordinaire Carobbio, du 18 décembre 1985, concernant les déductions fiscales pour le 3^e pilier

M. Carobbio, conseiller national, a posé la question suivante:

«La réponse que le Conseil fédéral m'a donnée pendant l'heure des questions du 16 décembre 1985 au sujet des déductions fiscales accordées par l'ordonnance OPP 3 en rapport avec le 3^e pilier ne tient pas compte des questions posées. En effet, personne ne met en discussion l'obligation constitutionnelle de prévoir de telles déductions; ce sont plutôt les montants et les modalités prévus qui font l'objet du débat.

L'ordonnance en question fixe le taux de déduction à 20 pour cent du revenu jusqu'à un maximum de 20 736 francs pour les indépendants et de 4147 francs pour les salariés. Ces montants sont sensiblement supérieurs à ceux qui étaient prévus dans l'avant-projet d'ordonnance soumis à la consultation. Ils avaient d'ailleurs fait l'objet de bien des réserves.

Des montants aussi élevés donnent à l'ordonnance l'aspect d'un instrument de privilèges fiscaux en faveur de ceux qui bénéficient de revenus importants, d'autant plus qu'il existe la possibilité d'utiliser les montants destinés au 3^e pilier – pour lesquels sont accordées les facilités fiscales susmentionnées – comme garantie bancaire pour l'acquisition d'immeubles ou pour des hypothèques préexistantes. C'est du reste sur cet élément qu'insistent les banques dans leur campagne publicitaire en faveur de l'épargne au moyen du 3^e pilier.

Je demande par conséquent au Conseil fédéral de dire:

- comment il justifie, au-delà de l'obligation constitutionnelle qu'il a de prévoir des facilités fiscales, des montants d'une telle importance, en particulier pour les revenus élevés;
- à combien se monteront les pertes fiscales que la Confédération et les cantons devront supporter;
- comment on pourra empêcher d'éventuelles évasions fiscales dans l'utilisation des fonds destinés au 3^e pilier comme garanties bancaires.»

Interventions traitées pendant la session d'hiver

Le Conseil national a accepté, lors de la séance du 20 décembre 1985, notamment deux postulats concernant la prévoyance-vieillesse et invalidité; il les a transmis pour exécution au Conseil fédéral. Il s'agit:

- du **postulat Dirren**, du 6 juin 1985, concernant des moyens auxiliaires pour les diabétiques (RCC 1985, p. 390);
- du **postulat Lanz**, du 18 septembre 1985, concernant le fonds de garantie dans la prévoyance professionnelle (RCC 1985, p. 588).

Informations

Les PC en 1985

En 1985, les cantons ont versé 702,1 millions de francs de PC, soit 26,3 millions ou 3,9 pour cent de plus qu'en 1984.

Sur cette somme totale, il y a eu 569,7 millions de francs (+ 3,1 pour cent) de PC à l'AVS et 132,4 millions de francs (+ 7,5 pour cent) de PC à l'AI. La Confédération a versé, pour les dépenses des cantons, une contribution totale de 363,5 millions (+ 3,9 pour cent). Le tableau ci-après montre l'évolution des PC pendant les cinq dernières années.

| Année | Dépenses totales | Part de la Confédération | Part des cantons |
|-------|------------------|--------------------------|------------------|
| 1981 | 425,4 | 220,6 | 204,8 |
| 1982 | 543,7 | 278,8 | 264,9 |
| 1983 | 581,4 | 299,8 | 281,6 |
| 1984 | 675,8 | 349,9 | 325,9 |
| 1985 | 702,1 | 363,5 | 338,6 |

Réunion consacrée aux problèmes de l'assurance-chômage

L'Institut suisse des cours d'administration de l'Université de Saint-Gall organise pour le 13 mai prochain, à Lucerne, en collaboration avec l'OFIAMT, une réunion au cours de laquelle seront examinés des problèmes touchant l'AC. Des thèmes choisis, concernant l'interprétation et l'application du droit de cette assurance, seront traités dans des exposés, puis discutés. Les personnes ci-après prendront la parole et dirigeront les discussions:

— Karl Spühler, président de la commission de recours en matière d'AC du canton de Zurich. Son sujet: Relations et points de contact entre le droit des contrats de travail et le droit de l'AC;

— Ivan Thomas Locher, président du Tribunal des assurances du canton de Berne: L'obligation de réduire le dommage;

— M^e Roland Jost, chef de la division de l'AC à l'OFIAMT: Problèmes d'application en cas de prestations accordées à des personnes qui participent à des cours;

— M^e Marcel Bischof, chef du service juridique de la division de l'AC à l'OFIAMT: Perte de travail à prendre en compte en cas d'indemnité pour travaux de brève durée.

On peut s'inscrire et demander le programme auprès de l'Institut en question, Bodanstrasse 4, 9000 Saint-Gall, tél. 071/23 36 83.

Allocations familiales dans l'agriculture

Le Conseil fédéral a approuvé, avec effet au 1^{er} avril 1986 (début de la nouvelle période de taxation de deux ans pour les petits paysans), un règlement relatif à la loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture qui réajuste *la limite de revenu et les montants des allocations pour enfants* en les adaptant à l'évolution de l'économie et des allocations familiales cantonales.

Depuis le 1^{er} avril 1984, les exploitants exerçant leur activité à titre principal ou accessoire ont droit aux allocations familiales lorsque leur revenu net ne dépasse pas 23 500 francs. Cette limite de revenu s'élève de 3000 francs pour chaque enfant donnant droit aux allocations. Le nouveau montant de base de la limite de revenu s'élèvera à 25 000 francs; le supplément pour enfant se montera à 3500 francs.

Les allocations pour enfants se chiffrent, depuis le 1^{er} avril 1984, pour les deux premiers enfants, à 80 francs par mois en région de plaine et à 100 francs en région de montagne; pour le troisième enfant et les suivants, à 90 francs en région de plaine et à 110 francs en région de montagne. Ces montants seront, dès le 1^{er} avril 1986, augmentés de 5 francs.

Allocations familiales dans le canton de Soleure

Une revision partielle de la loi sur les allocations pour enfants a été acceptée lors de la votation populaire du 1^{er} décembre 1985. Les innovations suivantes sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 1986:

A. Allocations pour enfants aux salariés

1. Montant des allocations

Jusqu'ici la loi prévoyait des montants échelonnés (95 fr. pour le premier et le deuxième enfant, 120 fr. dès le troisième enfant); dorénavant, un montant uniforme de 120 francs par enfant est fixé.

2. Droit à l'allocation de naissance

L'allocation de naissance est également due pour le premier et le deuxième enfant; jusqu'à présent, ce droit n'existait qu'à partir du troisième enfant.

3. Relations avec la législation sur l'AVS et l'AI

Selon l'ancien droit, les enfants en faveur desquels est octroyée une rente pour enfant ou une rente d'orphelin au sens de la législation sur l'AVS et l'AI n'ouvraient pas droit aux allocations. Cette interdiction de cumul est désormais abrogée.

La limite d'âge est reportée de 18 à 25 ans pour les fils et filles qui sont invalides dès la naissance ou dès leur enfance.

4. Droit aux allocations en cas d'accident et de chômage

Les dispositions concernant le droit aux allocations pour enfants ont été adaptées aux prescriptions de la LAA et de la LACI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1984; à l'avenir, un cumul des prestations sera donc évité.

5. Contributions de l'employeur

Par arrêté du Conseil d'Etat, la contribution due par les employeurs affiliés à la caisse cantonale de compensation a été réduite de 2,0 à 1,9 pour cent. Cette décision est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1986.

B. Allocations pour enfants aux agriculteurs

1. Assujettissement

Désormais, tous les agriculteurs qui ne bénéficient d'aucune prestation en vertu de la loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture (LFA) sont soumis à la loi cantonale sur les allocations familiales.

2. Montant des allocations

Les agriculteurs soumis à la loi ont droit aux allocations pour enfants conformément aux dispositions de la LFA.

Les agriculteurs qui, sur la base de la nouvelle réglementation légale fédérale entrant en vigueur le 1^{er} avril 1986 («limite flexible de revenu»), ont droit à des allocations pour enfants réduites, perçoivent la différence par rapport aux allocations complètes fixées dans la législation cantonale.

3. Droit à l'allocation de naissance

Le droit à l'allocation de naissance existe dorénavant à partir du premier enfant également.

4. Obligation de cotiser

Tous les agriculteurs qui ne bénéficient pas des prestations en vertu de la LFA sont soumis à la loi cantonale et, en conséquence, à l'obligation de payer des cotisations; le taux de la cotisation due à la caisse cantonale de compensation correspond à celui de la contribution versée par les employeurs n'appartenant pas à l'agriculture (1,9 pour cent).

Nouvelles personnelles

Du changement dans la direction du service médical de l'OFAS

Le docteur **Jean-Pierre Bugnion** a pris une retraite bien méritée le 1^{er} février 1986. Après des études de chirurgien, M. Bugnion avait eu un cabinet de consultation à Morges, où il s'occupa de médecine générale; il fit des opérations dans les hôpitaux de Morges et d'Aubonne. Le 1^{er} février 1978, il entra au service médical de l'OFAS, dont il devint le chef, au début de l'année 1981, lors de la retraite du docteur P. Lerch. Grâce à son caractère, à sa foi dans le dialogue, à son désir de communiquer et de partager, il a réussi en peu de temps à forger un service médical performant.

Il a aussi compris très tôt l'importance du rôle que doit jouer un service médical dans le monde des assurances sociales et de la santé publique. De là l'intérêt qu'il a manifesté durant ces dernières années pour l'assurance-maladie et accidents, pour la protection de la famille et en général pour toutes les activités de notre office.

Pendant les cinq années qu'il a passées à la tête du service médical, le docteur Bugnion a pu mener à bonne fin la révision totale de l'OIC, et ce fut là sans doute sa tâche principale. Grâce à ses efforts et à la collaboration de la division des prestations en nature et des subventions, de nouveaux centres d'observation médicale ont pu être ouverts à Lucerne, Lausanne et Bellinzone. Il a également pris part aux discussions de plusieurs groupes d'études, notamment du groupe des accords tarifaires. Lorsque des tensions se produisaient entre médecins et assurances sociales, il a réussi souvent à mettre d'accord les intéressés grâce à des propositions judicieuses. Il a participé en outre aux travaux du Fonds national de la recherche scientifique comme représentant de la Confédération. Il éprouva une satisfaction personnelle lorsque la commission des questions de réadaptation médicale accepta la prise en charge de l'hippothérapie pour le traitement des paralysies cérébrales (N° 390 de la liste de l'OIC).

M. Bugnion peut être content de ce qu'il a fait au cours des années passées à l'OFAS. Il a contribué, par son caractère aimable, à créer une excellente atmosphère au sein du service médical. Il espère que celui-ci conservera, à l'avenir, le rôle qui lui revient et que son importance sera croissante.

Bien que retraité, M. Bugnion conservera des attributions non négligeables, puisqu'il sera médecin d'une grande caisse-maladie. Il nous quitte avec la certitude d'avoir pu maintenir l'élan que ses prédécesseurs ont imprimé au service médical. Nous lui présentons tous nos remerciements pour le grand travail qu'il a accompli à l'OFAS.

Le Conseil fédéral a nommé un successeur au docteur Bugnion en la personne du docteur **Pedro Walter Koch**, qui dirigera désormais le service médical. Né en 1945, de parents suisses, au Chili, M. Koch a passé son enfance et sa jeunesse dans ce pays. Il y a fréquenté l'école allemande, puis étudié la médecine jusqu'au doctorat qu'il a fait en 1971. De 1971 à 1981, il s'est perfectionné en Suisse dans diverses spécialités (chirurgie générale, chirurgie infantile, orthopédie, urologie, anesthésie, pédiatrie). Il a été, en dernier lieu, médecin-chef et a pratiqué en outre la médecine dans un service de transports. En 1977, il obtenait le diplôme fédéral de médecine.

Depuis le 1^{er} avril 1981, le docteur Koch est adjoint scientifique au service médical de l'OFAS. Jusqu'à présent, il s'est occupé principalement de questions médicales relevant du domaine de l'assurance-maladie et accidents, ainsi que de travaux pour la Commission fédérale des prestations générales de l'assurance-maladie. Il a également assisté aux séances de la Commission des médicaments et a pris part à l'élaboration de diverses

ordonnances concernant l'assurance-maladie et accidents. Dans le domaine de l'AI, ses connaissances en matière de pédiatrie lui ont été très utiles, notamment dans les questions de réadaptation médicale, de produits diététiques, ainsi que lors de la revision de l'OIC et d'instructions de l'OFAS. M. Koch, qui s'intéresse beaucoup à la politique de la santé, a représenté l'OFAS au sein du groupe de travail 3 «Prévention et prophylaxie» de la Conférence nationale des économies en matière d'hygiène publique; il l'a représenté en outre dans des discussions tarifaires avec la Fédération des médecins suisses.

Pour le service médical:
Docteur E. Schneeberger

Séminaire «Prévoyance-vieillesse: Surabondance ou pénurie de capitaux?»

La Direction du programme national de recherche 9 «Economie suisse» organise pour le jeudi 20 mars 1986, au siège du Fonds national à Berne, Wildhainweg 20, un séminaire consacré au thème «Prévoyance-vieillesse: Surabondance ou pénurie de capitaux?» Les résultats d'un projet d'études au sujet des conséquences de la prévoyance-vieillesse collective sur les économies seront exposés lors de cette réunion. Après des commentaires donnés par le directeur du projet, M. U. Oberhänsli, Université de Zurich, des représentants de la science (M. P. Zweifel, Université de Zurich), de la politique (M. M. Kündig, conseiller aux Etats) et de la pratique (M. W. Strebel, Prevista Zurich) prendront également la parole. Une discussion présidée par le professeur H. Würzler (EPF, Zurich) terminera cette réunion.

Renseignements et inscription:

Direction du programme national de recherche 9, séminaire d'économie sociale de l'Université de Zurich, Rämistrasse 71, 8006 Zurich.

Jurisprudence

AVS / Qualification du revenu en matière de cotisations

Arrêt du TFA, du 15 octobre 1985, en la cause F. S. A.
(traduction de l'allemand).

Articles 5, 2^e alinéa, et 9, 1^{er} alinéa, LAVS. Agent s'occupant de l'acquisition d'annonces, considéré comme un salarié. Le fait qu'il dépend du succès de son travail personnel ne peut pas être considéré comme un risque tel qu'il est couru par une personne de condition indépendante.

Un tel risque ne pourrait être reconnu que si l'intéressé devait opérer des investissements d'une certaine importance ou rétribuer lui-même du personnel.

Articoli 5, capoverso 2, e 9, capoverso 1, LAVS. Agente che si occupa dell'acquisizione di annunci, considerato come un salariato. Il fatto che egli dipenda dal successo personale del suo lavoro non può essere considerato un rischio simile a quello corso da un lavoratore indipendente. Un rischio di tale genere potrebbe essere riconosciuto unicamente se l'interessato dovesse effettuare dei considerevoli investimenti o retribuire egli stesso del personale.

A. W. a travaillé du 1^{er} novembre 1982 au 31 décembre 1983 comme agent d'acquisition d'annonces pour l'entreprise F. S. A. Par décisions du 10 février 1984, la caisse de compensation a réclamé les cotisations AVS/AI/APG/AC sur les commissions versées à A. W. pendant cette période. F. recourut en contestant son obligation de payer de telles cotisations, parce que A. W. avait travaillé pour elle en qualité d'indépendant. L'autorité cantonale ayant rejeté ce recours, F. a interjeté recours de droit administratif. Voici un extrait des considérants du TFA:

1. ... (Pouvoir d'examen du Tribunal.)

2. a. Chez une personne qui exerce une activité lucrative, l'obligation de payer des cotisations dépend, notamment, de la qualification du revenu touché dans un certain laps de temps; il faut se demander si cette rétribution est due pour

une activité indépendante ou pour une activité salariée (art. 5 et 9 LAVS, art. 6ss RAVS). Selon l'article 5, 2^e alinéa, LAVS, on considère comme salaire déterminant toute rétribution pour un travail dépendant effectué dans un temps déterminé ou indéterminé; quant au revenu provenant d'une activité indépendante, il comprend «tout revenu du travail autre que la rémunération pour un travail accompli dans une situation dépendante» (art. 9, 1^{er} al., LAVS).

Selon la jurisprudence, on ne se fonde pas, pour savoir si l'on a affaire, dans un cas donné, à une activité indépendante ou salariée, sur les règles du droit civil, ni sur l'existence d'un contrat de travail, mais l'on considérera les circonstances économiques. Les circonstances de droit civil peuvent certes fournir éventuellement quelques indices pour la qualification dans l'AVS, mais elles ne sont pas déterminantes. Est réputé salarié, d'une manière générale, celui qui dépend d'un employeur quant à l'organisation du travail et ne supporte pas le risque économique couru par l'entrepreneur.

On ne peut, cependant, en se fondant sur ces seuls principes, parvenir à des solutions uniformes, applicables d'une manière schématique. La multiplicité des aspects de la vie économique oblige de juger le statut d'une personne active, en ce qui concerne les cotisations, en considérant toutes les circonstances du cas. Étant donné que l'on voit souvent apparaître alors les caractéristiques de ces deux genres d'activité (salariée et indépendante), il faut, souvent aussi, fonder sa décision sur les caractéristiques qui prédominent dans le cas concret (ATF 110 V 78, RCC 1984, p. 585, consid. 4a, avec références).

b. Le TFA a constamment statué que pour juger si un représentant de commerce est salarié ou indépendant, il n'importe pas de savoir si ses rapports de service sont régis par un contrat de voyageur de commerce ou par un contrat d'agence au sens du droit des obligations. Il a reconnu qu'en général, les représentants de commerce jouissent d'une grande liberté quant à l'emploi de leur temps et à l'organisation de leur travail; cependant, il est rare qu'ils doivent supporter un risque économique égal à celui de l'entrepreneur. Le risque économique encouru par eux se limite la plupart du temps au fait que le gain dépend du succès personnel des affaires réalisées. Ce risque ne peut être considéré comme étant celui d'une personne exerçant une activité indépendante que si l'agent a dû opérer des investissements d'une certaine importance ou rétribuer lui-même du personnel (arrêt H. B., RCC 1980, p. 112). Dans l'arrêt G. M. (RCC 1982, p. 209), l'agent d'assurance en cause ne travaillait pas exclusivement pour une société d'assurance. Il conseillait sa clientèle sans dépendre d'instructions données, organisait son activité librement et n'était tenu, envers aucune société d'assurance, d'obtenir la conclusion de contrats ou de travailler exclusivement pour elle. En outre, il disposait de ses propres locaux avec téléphone. Il entretenait un réseau étendu d'intermédiaires. De plus, il avait inscrit sa raison individuelle au registre du commerce.

A ce propos, le TFA a fait remarquer que toutes ces circonstances, considérées séparément, n'apportent pas encore la preuve entière que l'activité du recourant soit indépendante. En effet, elles peuvent se présenter aussi dans le cas d'une personne dont l'activité est certainement salariée. Ceci vaut notamment pour

l'utilisation de propres locaux, utilisation qui ne revêt une certaine importance qu'en corrélation avec d'autres circonstances, par exemple le risque économique. De même, l'inscription au registre du commerce n'est pas, en soi, une preuve de l'existence d'une activité indépendante, puisqu'elle révèle seulement que l'intéressé est indépendant en droit civil; or, cette indépendance ne peut être considérée, dans le domaine des cotisations, que comme un indice.

3. Dans sa lettre du 6 octobre 1982, la recourante a confirmé qu'elle engagerait A. W. en qualité de «collaborateur libre» avec une commission de 16 pour cent, la tâche de celui-ci consistant à faire des acquisitions d'annonces. Elle paierait ces commissions aux agences de publicité. Dans le recours de droit administratif, le terme de «collaborateur libre» est considéré comme inexact, bien qu'il ait été utilisé plusieurs fois dans le recours de première instance; en fait, A. W. est un agent. Toutefois, la recourante ne peut en faire découler quoi que ce soit en sa faveur, puisque les agents doivent en général être considérés comme des salariés en matière de cotisations. Dans l'arrêt H.B., précisément, le titulaire d'une agence de publicité, qui avait acheté à une autre entreprise les droits d'acquisition d'annonces pour une revue éditée par une maison d'édition, moyennant une indemnité de 45 000 francs, et qui était rétribué par cette maison, pour son activité, sur la base de commissions, a été considéré, en matière de cotisations, comme salarié. A. W. a été également rétribué sur cette base, la maison F. S.A. lui versant des acomptes mensuels; le décompte définitif était effectué à la fin de l'année. Selon le compte d'exploitation du 31 octobre 1983, les commissions de F. S.A. étaient en tout cas, jusqu'à cette date, pratiquement le seul revenu d'A. W., mise à part une somme de 1530 francs touchée pour des conseils donnés en matière de publicité. A cela s'ajoute le fait que le décompte établi par la recourante au 31 décembre 1983, concernant les paiements effectués en faveur d'A. W., figure sous le titre de «Décompte de salaire annuel»; A. W. y est mentionné sous un «numéro de personnel»; enfin, la plus grande partie des indemnités qui lui ont été versées est désignée comme «salaire de base». Ces faits ne peuvent être démentis par la déclaration faite dans le recours de droit administratif, selon laquelle les termes utilisés seraient dus à une erreur humaine ou à une imperfection dans le programme de l'ordinateur. Les premiers juges ont constaté en outre qu'A. W. a, certes, loué un bureau et un atelier pour s'adonner à son activité, mais qu'il n'a pas, pour cette dernière, investi un capital important. Cela n'est pas contesté, en principe, dans le recours de droit administratif. Néanmoins, la recourante conclut qu'il y a ici «un risque d'entrepreneur quasi fatal», parce que l'existence d'A. W. serait compromise sans la conclusion d'affaires suffisamment rentables. Le fait de dépendre ainsi du succès de son travail personnel ne peut cependant être assimilé au risque couru par une personne indépendante que si des investissements importants doivent être effectués ou si des salaires doivent être payés à du personnel, ce qui n'est pas le cas ici (cf. RCC 1980, p.112). On notera, en particulier, qu'A. W. ne devait pas payer d'indemnités pour obtenir des droits d'acquisition d'annonces, mais qu'il avait, au contraire, avant de se charger de l'acquisition, reçu de la recourante une indemnité forfaitaire de 2000 francs. En outre, il n'avait pas de salaires à payer.

Tout bien considéré, ces circonstances attestent, d'une manière prédominante, l'existence d'une activité salariée. Le fait qu'A. W. doit supporter les frais et qu'il n'est pas soumis, dans une mesure importante, aux instructions de F. S.A. dans son activité pour celle-ci ne saurait infirmer cette conclusion. De même, l'inscription au registre du commerce ne constitue pas une preuve d'une activité lucrative indépendante; elle a, elle aussi, une certaine importance pour la qualification en matière de cotisations, mais seulement en corrélation avec d'autres éléments, tels que par exemple le risque de l'entrepreneur, dont l'existence toutefois doit être niée chez A. W. Enfin, le fait qu'A. W. a, apparemment, opéré déjà le décompte avec la caisse cantonale de compensation ne saurait constituer un préjudice pour son statut en matière de cotisations.

AVS / Perception des cotisations et inscription au CI

Arrêt du TFA, du 4 octobre 1985, en la cause W. S.
(traduction de l'allemand)

Articles 3, 1^{er} alinéa, 14, 1^{er} alinéa, et 30ter LAVS; article 140, 1^{er} alinéa, lettre d, RAVS. Le principe selon lequel un revenu de salarié soumis à cotisation doit être inscrit au CI pour l'année pendant laquelle l'assuré a exercé l'activité correspondante (principe de l'année d'activité) découle de la loi. En cas de paiement de salaires arriérés, l'inscription au CI pour l'année de ce paiement est admissible seulement si elle ne peut avoir de conséquences défavorables pour l'assuré lors du calcul ultérieur de la rente ou si elle n'a pas pour résultat d'éluider l'obligation de cotiser des personnes non actives. (Considérents 3 et 4.)

Conditions et effets d'une modification de la pratique administrative. On ne peut invoquer la confiance placée dans le maintien d'une pratique administrative longuement suivie, mais contraire à la loi. (Considérent 5b.)

Articoli 3, capoverso 1, 14, capoverso 1 e 30ter LAVS; articolo 140, capoverso 1, lettera d, OAVS. Il principio secondo il quale un reddito di salariato sottoposto ai contributi dev'essere iscritto nel CI per l'anno durante il quale l'assicurato ha svolto l'attività corrispondente (principio dell'anno d'attività) deriva dalla legge. Nel caso di pagamento di salari arretrati, l'iscrizione nel CI per l'anno relativo a questo pagamento è ammissibile unicamente se essa non può avere conseguenze sfavorevoli per l'assicurato al momento del calcolo ulteriore della rendita o se essa non ha come risultato di eludere l'obbligo di versare i contributi delle persone senza attività lucrative. (Considerandi 3 e 4.)

Condizioni ed effetti di una modifica della prassi amministrativa. Non si

può invocare la fiducia posta nel mantenimento di una prassi amministrativa pluriennale, ma contraria alla legge. (Considerando 5b.)

W. S., né le 25 février 1918, a pris sa retraite prématurément le 1^{er} mai 1981. Le 21 avril 1982, son ancien employeur lui versa, avec effet rétroactif pour 1981, une gratification de 21 000 francs; l'assuré paya les cotisations AVS/AI/APG/AC sur cette somme. La caisse de compensation professionnelle à laquelle l'employeur est affilié inscrivit ce revenu au CI de W. S. sous l'année 1982. La caisse cantonale de compensation, quant à elle, estima que cette gratification devait être comptabilisée pour la dernière année d'activité (1981) et que l'assuré devait payer, dès le 1^{er} janvier 1982, des cotisations de non-actif. Elle le considéra donc comme tel pour la période du 1^{er} janvier 1982 au 28 février 1983 et fixa sa cotisation annuelle d'après sa fortune et son revenu sous forme de rentes par décision du 11 janvier 1983. Un recours fut rejeté par jugement du 10 août 1983; W. S. interjeta alors recours de droit administratif. Il alléguait que son obligation de payer des cotisations avait été remplie, pour 1982, par le versement de cotisations paritaires sur la gratification. Il se fondait, ce faisant, sur une pratique administrative vieille de plusieurs années – et d'ailleurs connue de son employeur – selon laquelle les gratifications étaient inscrites au CI de l'année de la réalisation du revenu. Certes, l'OFAS avait mis en vigueur au 1^{er} janvier 1982, d'une manière assez surprenante, des instructions prévoyant que les paiements arriérés de salaires devaient être comptabilisés en principe pour l'année à laquelle ces paiements étaient destinés; cependant, ces instructions étaient contraires au droit, et leur mise en vigueur sans avertissement préalable violait le principe de la bonne foi. Informé à temps, l'assuré aurait en effet pris d'autres dispositions.

Le TFA a rejeté ce recours. Voici un extrait de ses considérants:

1. ... (Pouvoir d'examen du Tribunal.)
2. Le recourant a pris sa retraite prématurément le 1^{er} mai 1981. Depuis lors, il n'a certainement plus exercé d'activité lucrative. Le 21 avril 1982, son ancien employeur lui a versé après coup une somme de 21 000 francs sur laquelle des cotisations étaient dues – ce qui n'est pas contesté – puisqu'il s'agissait d'une gratification; d'ailleurs l'employeur a payé à sa caisse de compensation, sur cette somme, des cotisations paritaires s'élevant à 2163 francs. Ce qui est litigieux, c'est de savoir si ce revenu soumis à cotisations doit être inscrit au CI de 1982, ce qui signifierait que le recourant aurait rempli son obligation pour 1982 en ce qui concerne ce revenu, touché en qualité d'assuré actif, ou bien si le revenu en question doit être comptabilisé sous la dernière année d'activité (1981), d'où il résulterait que le recourant devrait être considéré comme non-actif en 1982.
3. a. Selon l'article 3, 1^{er} alinéa, LAVS, les assurés sont tenus de payer des cotisations tant qu'ils exercent une activité lucrative. Les cotisations des assurés qui exercent une telle activité sont calculées en pour-cent du revenu provenant de l'exercice de l'activité dépendante et indépendante (art. 4, 1^{er} al., LAVS).

Sous réserve de l'article 3, 2^e alinéa, lettres b et c, LAVS, les assurés sans activité lucrative sont également tenus de payer des cotisations, et cela dès le 1^{er} janvier de l'année suivant celle où ils ont accompli leur 20^e année jusqu'à la fin du mois durant lequel les femmes ont accompli leur 62^e année, les hommes leur 65^e année (art. 3, 1^{er} al., 2^e phrase, LAVS). On considère comme non-actifs (tenus de payer, selon l'art. 10, 1^{er} al., LAVS, une cotisation suivant leurs conditions sociales) les assurés qui n'exercent aucune activité lucrative, mais on englobe aussi dans cette catégorie les assurés qui, exerçant une activité lucrative, paient, pendant une année civile, moins de 250 francs de cotisations sur le revenu de ce travail (c'est le montant valable dès 1982; art. 10, 1^{er} al., 2^e phrase, LAVS et ordonnance 84 sur les adaptations à l'évolution des salaires et des prix dans l'AVS/AI, du 29 juin 1983). En outre, les personnes n'exerçant pas durablement une activité lucrative à plein temps acquittent leurs cotisations comme si elles étaient sans activité lucrative lorsque, durant une année civile, elles paient sur le revenu d'un travail des cotisations n'atteignant pas un montant limite fixé d'après leurs conditions sociales (art. 10, 1^{er} al., 3^e phrase, LAVS; art. 28 bis RAVS).

Chez les assurés qui exercent une activité salariée, les cotisations sont perçues sur le revenu provenant de cette activité; c'est le salaire déterminant (art. 5, 1^{er} al., LAVS). Ce salaire déterminant comprend toute rémunération pour un travail dépendant, fourni pour un temps déterminé ou indéterminé (art. 5, 2^e al., LAVS). Les cotisations perçues sur ce revenu sont retenues lors de chaque paie. Elles doivent être versées périodiquement par l'employeur, en même temps que la cotisation d'employeur, à la caisse de compensation. Cela se fait, en règle générale, chaque mois, éventuellement chaque trimestre (art. 14, 1^{er} al., LAVS et 34, 1^{er} al., lettre a, RAVS). Selon les articles 30ter et 63, 1^{er} alinéa, lettre f, LAVS, les caisses de compensation doivent établir, pour chaque assuré tenu de payer des cotisations, des comptes individuels où sont portées les indications nécessaires au calcul des rentes ordinaires. Les inscriptions se font, en règle générale, une fois par an (art. 139 RAVS) et comprennent, entre autres, l'année de cotisations et le revenu annuel (art. 140, 1^{er} al., lettres d et e, RAVS).

b. En considérant seulement la teneur de ces dispositions, on ne voit pas ce qu'il faut entendre par «année de cotisations» à l'article 140, 1^{er} alinéa, lettre d, RAVS, c'est-à-dire sous quelle année civile il faut inscrire un revenu tiré d'une activité salariée. Trois possibilités entrent en ligne de compte:

1. Inscription dans l'année civile pendant laquelle l'assuré *exerce l'activité soumise à cotisations*;
2. Inscription dans l'année civile pendant laquelle le *salaire soumis à cotisations est versé*;
3. Inscription dans l'année civile pendant laquelle les *cotisations sont payées sur ce salaire*.

D'après le texte du RAVS, chacun de ces moments pourrait entrer en ligne de compte. Dans l'arrêt non publié en la cause V. du 19 juin 1964, rendu en vertu de l'ancien article 140, 1^{er} alinéa, lettre c, RAVS (dans la teneur valable de 1957 à 1968 compris: «L'inscription comprend ... l'année pour laquelle les cotisations

ont été versées»), le TFA avait considéré comme déterminant le moment de la réalisation du salaire et non pas celui de l'exercice de l'activité. Il avait relevé de ce propos que cet article 140, 1^{er} alinéa, lettre c n'avait de l'importance que dans le champ d'application des articles 16, 1^{er} alinéa, et 14, 1^{er} alinéa, LAVS, articles dont on peut tirer la conclusion qu'il faut se fonder en principe, pour fixer la date à laquelle prend naissance la dette de cotisations, sur la date du paiement du salaire. Le TFA n'a jamais dû – sauf dans cet arrêt – examiner sous quelle année les cotisations doivent être inscrites ou, depuis 1969, sous quelle année les revenus doivent être inscrits; il n'a pas dû le faire, notamment, dans l'arrêt de principe «Société anonyme X» du 28 février 1969 (ATFA 1969, p. 89, RCC 1969, p. 460) consacré à la question du rapport entre l'obligation de payer des cotisations et la perception de celles-ci. Dans ces conditions, il faut se demander quelle solution s'impose, compte tenu du sens et du but des dispositions de la loi sur les cotisations.

4. a. Dans les années 50 et 60, le TFA admit, à plusieurs reprises, que pour déterminer le moment où prend naissance une dette de cotisations, il faut considérer en principe la date à laquelle le revenu a été réalisé (ATFA 1966, p. 205, RCC 1967, p. 298; ATFA 1961, p. 25, RCC 1961, p. 287; ATFA 1960, p. 43, RCC 1960, p. 319; ATFA 1960, p. 307, RCC 1961, p. 110, consid. 2; ATFA 1957, p. 36, RCC 1957, p. 178, consid. 2; ATFA 1957, p. 199, RCC 1958, p. 310, consid. 4). Le TFA a constaté et précisé à ce propos, dans l'arrêt déjà cité du 28 février 1969, que ce principe est valable uniquement pour la perception des cotisations, c'est-à-dire pour la question de savoir à quelle date les cotisations doivent être payées sur le salaire déterminant; il ne l'est pas pour l'obligation de payer ces cotisations, considérée comme telle (ATFA 1969, pp. 91 ss, RCC 1969, p. 460). Cette règle, le TFA l'a confirmée, par la suite, plusieurs fois (ATF 110 V 227, RCC 1985, p. 42, consid. 3a; arrêt non publié en la cause Sch., du 29 octobre 1974).

b. Selon la jurisprudence, l'obligation de payer des cotisations repose sur la loi elle-même et prend naissance dès que les faits qui créent ladite obligation selon la loi (qualité d'assuré et activité lucrative, ou absence d'une telle activité) se sont produits (RCC 1984, p. 404, consid. 3a; voir aussi ATF 110 V 255, RCC 1984, p. 574, consid. 3b; ATF 109 V 5, RCC 1983, p. 231, consid. 3b). La question de savoir si un assuré est soumis au statut de cotisations d'une personne active ou d'une personne non active dépend du fait qu'il exerce ou non une activité lucrative à l'époque à laquelle se rapporte la perception de cotisations. Chez les salariés, l'obligation de payer des cotisations est liée, objectivement, au «travail fourni»; dans le temps, elle est liée à la période pendant laquelle un assuré – soumis au statut des cotisations en qualité de personne active – effectue ce travail (ATFA 1969, haut de la p. 91, RCC 1969, p. 462; voir aussi ATF 110 V 228, RCC 1985, p. 42). Sont donc déterminants pour l'obligation de payer des cotisations, dans le cas des personnes actives, les circonstances telles qu'elles étaient réellement à l'époque où l'activité a été exercée. Ce sont là aussi les éléments déterminants lorsque les conditions juridiques de ladite obligation sont litigieuses comme telles. Ainsi, le TFA a nié à plusieurs reprises cette obli-

gation lorsqu'il s'agissait d'assurés âgés de plus de 65 ans, ayant exercé une activité lucrative avant 1979 et touchant le salaire de celle-ci en 1979 seulement; il a allégué que l'obligation de payer des cotisations, imposée aux bénéficiaires de rentes de vieillesse exerçant une activité lucrative, n'avait pas encore été réintroduite à l'époque où cette activité était exercée (avant 1979; cf. ATF 110 V 228, RCC 1985, p. 42; arrêt non publié E. du 5 novembre 1980). D'autre part, le tribunal a admis cette obligation dans le cas d'une activité lucrative exercée pendant la durée de l'assujettissement à l'AVS; en effet, le salaire de cette activité avait été payé seulement après la fin de l'obligation de payer des cotisations (par suite de l'abandon de l'activité lucrative et du domicile en Suisse, ou parce que l'intéressé avait atteint l'âge qui limitait alors ladite obligation; ATFA 1969, p. 89, RCC 1969, p. 460; arrêt Sch. déjà cité).

c. Ainsi, puisque ce sont – d'après ce qui vient d'être dit – les circonstances régnant à l'époque où fut exercée l'activité lucrative qui sont déterminantes pour l'obligation de payer des cotisations, il est conforme à l'esprit et au but des dispositions légales concernant celles-ci de comptabiliser le revenu des salariés au CI de la même période, c'est-à-dire de l'année civile au cours de laquelle l'assuré a fourni le travail correspondant (principe de l'année de travail); en effet, le CI sert à attester qu'un assuré a rempli, dans un laps de temps déterminé, son obligation de payer des cotisations dans une qualité déterminée. Il faut donc considérer comme année de cotisations au sens de l'article 140, 1^{er} alinéa, lettre d, RAVS, l'année civile au cours de laquelle le salarié a exercé l'activité dont il a tiré le revenu en cause. Ne sont pas déterminants, en revanche, pour le choix de l'année de cotisations à inscrire le moment de la réalisation du salaire (c'est-à-dire de la naissance de la dette de cotisations, cf. consid. 4a) ou même le moment du paiement des cotisations, donc les moments qui se rapportent uniquement à la perception des cotisations et qui peuvent, pour des motifs liés au contrat de travail (par exemple échéance plus tardive de commissions selon les art. 323, 2^e al., et 339, 2^e al., CO), pour des raisons de fait (insolvabilité provisoire de l'employeur) ou à cause d'une manœuvre dolosive visant à éluder l'obligation de cotiser, se situer hors de l'année pendant laquelle le travail a été effectué (cf. ATFA 1969, p. 91, RCC 1969, p. 460; arrêt déjà cité en la cause Sch.).

d. Conformément à une pratique administrative vieille de plusieurs années, il était permis aux caisses de compensation, jusqu'à fin 1978, d'inscrire au CI le revenu soumis à cotisations, dans certains cas, sous l'année du paiement des cotisations (N^o 146 des directives concernant le certificat d'assurance et le CI, ancienne teneur; voir aussi RCC 1957, p. 242). En général, toutefois, on a appliqué pendant des années – et l'on applique encore aujourd'hui – le principe selon lequel l'inscription doit être effectuée sous l'année pour laquelle la cotisation est due (même si elle est versée après coup), c'est-à-dire l'année pendant laquelle le salaire est versé, s'il s'agit d'un salarié (N^o 144 desdites directives; N^o 241 des directives sur la perception des cotisations). A propos des paiements arriérés de salaires (pour un travail effectué au cours d'une année précédente), l'OFAS a publié, pour le 1^{er} janvier 1982, des instructions spéciales.

Selon celles-ci, de tels revenus sont inscrits en principe sous l'année à laquelle ils se réfèrent; c'est donc ici le principe de l'année de travail qui est appliqué (N° 145 des directives sur le certificat d'assurance et le CI, dans la teneur valable dès le 1^{er} janvier 1982). A certaines conditions, toutefois, il est possible, là aussi, d'effectuer l'inscription sous l'année de la réalisation du salaire (N° 146 desdites directives). On doit se demander si et dans quelle mesure cette pratique, qui repose d'une manière générale – et à titre exceptionnel en cas de paiement de salaires arriérés – sur le principe de la réalisation du salaire, est compatible avec celle qui s'inspire des dispositions légales concernant les cotisations (voir consid. 4c).

En règle générale, les cotisations paritaires sont perçues de la manière suivante: le salarié reçoit son salaire au fur et à mesure, et l'employeur verse les cotisations, également au fur et à mesure, à la caisse de compensation (art. 14, 1^{er} al., LAVS; art. 34, 1^{er} al., lettre a, et 4^e al., RAVS). En d'autres termes, l'année de travail coïncide avec celle de la réalisation du gain et de la perception des cotisations. En considérant cette règle générale ou ce cas normal, il n'est pas faux, ni contraire aux prescriptions sur les cotisations, d'appliquer, dans la pratique administrative, pour déterminer l'année de cotisations à inscrire au CI, le principe de la réalisation du salaire, en admettant que le paiement de celui-ci et l'exercice de l'activité ont lieu dans la même année civile. Même si l'année de travail et l'année de la réalisation du salaire ne sont pas les mêmes, pour les raisons indiquées, l'inscription d'un paiement arriéré sous l'année de réalisation ne doit pas nécessairement constituer une violation des prescriptions légales sur les cotisations. En effet, si un assuré est soumis quoi qu'il en soit – c'est-à-dire indépendamment du paiement arriéré du salaire – au statut d'une personne active, aussi bien pendant l'année de travail que pendant celle de la réalisation du salaire, et paie des cotisations sur son revenu, le fait que le paiement arriéré est comptabilisé dans l'année de la réalisation ou – correctement, en soi – dans l'année de travail ne joue finalement aucun rôle dans le calcul de la rente ordinaire à effectuer plus tard. L'inscription dans l'année de la réalisation ne touche pas au statut des cotisations, ni ne peut provoquer une lacune de cotisations, ni n'influence le revenu annuel déterminant en cas de rente, puisque les revenus inscrits sont revalorisés non pas par année, mais globalement (art. 30, 4^e al., LAVS et 51 bis, 1^{er} al., RAVS). Si l'intéressé est soumis d'une manière durable au statut d'une personne active, en matière de cotisations, pendant les années en question, l'inscription d'un paiement de salaire arriéré dans l'année de réalisation ne peut donc, en droit de l'AVS, entraîner un désavantage pour lui. Il n'en irait pas de même, cependant, si l'application du principe de la réalisation avait pour résultat qu'aucun revenu ne serait noté pour l'année du travail effectivement accompli, et si, par conséquent, une lacune de cotisations se produisait. Dans ce cas, ce principe ne serait pas compatible avec les règles légales concernant les cotisations. Il en irait de même si le droit à une rente prenait naissance déjà pendant l'année du paiement arriéré et si, par conséquent, le revenu inscrit selon le principe de la réalisation n'était plus formateur de rente (cf. art. 30, 2^e al., LAVS). En outre, un paiement de salaire

arriéré ne peut être comptabilisé dans l'année de réalisation si l'assuré n'est plus actif cette année-là. L'application de ce principe serait alors contraire à celui selon lequel les salariés sont tenus de payer des cotisations, en cette qualité, aussi longtemps qu'ils effectuent un travail contre rétribution (art. 3, 1^{er} al., et 5, 1^{er} et 2^e al., LAVS), tandis qu'après l'abandon de l'activité lucrative, c'est l'obligation de cotiser des non-actifs qui leur est imposée (art. 10, 1^{er} al., LAVS). Autrement dit, le fait de comptabiliser un paiement de salaire dans une année où il n'y a pas eu de travail effectif reviendrait à éluder l'obligation de payer des cotisations prévue par la loi pour les non-actifs.

En résumé, on peut donc dégager de la loi le principe suivant: le revenu soumis à cotisations des salariés doit être inscrit au CI de l'année pendant laquelle ceux-ci ont exercé l'activité correspondante. L'inscription de paiements de salaires arriérés dans l'année de la réalisation peut être admise seulement lorsqu'elle ne peut avoir de conséquences défavorables sur le calcul ultérieur des rentes ou lorsqu'elle n'a pas pour effet d'éluder l'obligation de payer les cotisations de non-actif.

5. a. Le recourant a exercé une activité lucrative jusqu'à sa mise à la retraite prématurée le 1^{er} mai 1981. Il s'est fait verser en avril 1982 seulement, par son employeur, la gratification qui lui revenait encore. Etant donné qu'il s'agit ici d'une rémunération pour un travail effectué l'année précédente, ce revenu doit être, en vertu du principe de l'année de travail, inscrit au CI de 1981. Une inscription en 1982 ne peut entrer en ligne de compte, le recourant n'exerçant alors plus aucune activité lucrative et étant, par conséquent, en vertu de la loi, soumis au statut de cotisations d'un non-actif. C'est donc à bon droit que la caisse l'a considéré, dès le 1^{er} janvier 1982, comme une personne sans activité lucrative, et cela – conformément à l'article 3, 1^{er} alinéa, LAVS – jusqu'à fin février 1983. Il n'est pas prétendu que la caisse ait fixé d'une manière incorrecte la cotisation annuelle due en cette qualité. La décision de caisse du 11 janvier 1983 se révèle par conséquent correcte.

b. Le recourant allègue que l'OFAS a modifié à partir de 1982, par de nouvelles instructions, au détriment des assurés qui prennent leur retraite prématurément, une pratique administrative vieille de plusieurs années et conforme à la loi. Compte tenu de la confiance qui est placée dans le maintien de la pratique suivie jusqu'ici, cela n'aurait pas dû se faire sans avertissement préalable.

Le TFA ne peut partager cette opinion. D'après ce qui a été exposé sous considérant 4, le principe selon lequel le revenu des salariés doit être comptabilisé sous l'année au cours de laquelle le travail a été effectué découle de la loi. La pratique suivie jusqu'à fin 1981, en matière d'inscription des salaires, ne pouvait donc être considérée comme conforme à la loi. Dans ces conditions, il n'était pas interdit à l'OFAS de publier de nouvelles directives. Selon la jurisprudence, une pratique doit être modifiée lorsque l'administration a reconnu qu'elle était incorrecte ou lorsqu'elle estime qu'il est indiqué d'adopter des règles plus sévères, les circonstances ayant changé ou des abus toujours plus nombreux s'étant produits (ATF 101 Ib 370, consid. 6; 91 I 218, haut de la page; cf. aussi ATF 108 Ia 124, consid. 1; 102 Ib 46ss; ATFA 1969, p. 92, RCC 1969, p. 460). La nouvelle

pratique doit alors, en principe, être appliquée immédiatement et partout (ATF 108 Ia 124, consid. 1; 108 V 3, consid. 2a; 102 Ib 47, haut de la page; ATFA 1969, p. 92, RCC 1969, p. 460; ATFA 1958, pp. 101 ss, RCC 1958, p. 350). Un avertissement préalable concernant le changement de pratique est nécessaire seulement lorsque celui-ci touche à la recevabilité d'un recours ou d'une action ou provoque la péremption d'un droit (ATF 106 Ia 92, consid. 2; 104 Ia 3, consid. 4; 101 Ia 371 ss). Cela n'est pas le cas en l'espèce. Contrairement aux cas mentionnés dans le recours de droit administratif (ATF 101 V 75, 99 V 148), il ne s'agit pas ici de la suppression de prestations accordées jusqu'à présent ou de quelque autre péremption d'un droit, étant donné qu'il était exclu déjà avant 1982, en vertu des règles posées par la loi, de se soustraire à l'obligation de payer des cotisations de non-actif en transférant le paiement arriéré du salaire et le versement des cotisations dans une année sans activité lucrative. En outre, le recourant se réfère à un mémento AVS reçu de la caisse de compensation. Ce mémento, qui concerne les personnes sans activité lucrative, confirme – selon lui – que l'accord conclu avec l'entreprise était correct. Cependant, il n'allègue pas que ce mémento lui ait été remis par la caisse en guise de réponse à une question précise le concernant (cf. ATF 109 V 55, consid. 3b); indépendamment de cela, on notera qu'il ne peut tirer un argument en sa faveur de la définition du non-actif que donne ce mémento (N^{os} 4 et 5), puisqu'il est dit clairement dans ce même document que les assurés doivent remplir leur obligation de cotiser comme non-actifs pour les années pendant lesquelles ils n'exercent plus d'activité lucrative, ce qui vaut en particulier pour les personnes qui prennent leur retraite prématurément (N^o 3 du mémento). Le fait d'invoquer la confiance que l'on a placée dans le maintien d'une pratique administrative vieille de plusieurs années (voir à ce propos ATF 103 Ia 459, consid. 6b) n'est donc pas un argument pertinent.

c. Enfin, le recourant confirme expressément que l'accord avec l'entreprise concernant les modalités de sa mise à la retraite n'était pas fondé sur un renseignement concret fourni par la caisse. La pratique suivie par celle-ci, en matière d'inscription des revenus, lui avait bien plutôt été révélée par l'entreprise lors des négociations sur sa mise à la retraite anticipée. Contrairement à ce qui a été fait dans l'arrêt C. M. du 4 avril 1985 (RCC 1985, p. 399, consid. 4c), on ne peut cependant dire ici que l'entreprise l'ait informé au sujet de ladite pratique à la demande et sous la responsabilité de la caisse. On ne peut donc tirer aucune conclusion en faveur du recourant en invoquant les principes de la protection de la confiance inspirée par les renseignements de l'autorité (ATF 110 V 155, RCC 1984, p. 521, consid. 4b).

6. ... (Frais de la procédure.)

AVS/AI. Contentieux, dépens

Arrêt du TFA, du 21 octobre 1985, en la cause A. F.
(traduction de l'allemand).

Article 85, 2^e alinéa, lettre f, LAVS; article 69 LAI; article 105, 2^e alinéa, OJ. L'assuré ou son représentant doit fournir spontanément au Tribunal cantonal les données nécessaires à la fixation de dépens appropriés. Si l'assuré ou son représentant omet de le faire et si les conditions exceptionnelles prévues pour tenir compte de faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve dans le cadre de l'article 105, 2^e alinéa, OJ ne sont pas remplies, le TFA juge, en examinant la question de l'arbitraire à propos du montant des dépens, en l'état du dossier tel qu'il se présentait au Tribunal cantonal. (Considérants 1d et 2c).

Articolo 85, capoverso 2, lettera f, LAVS; articolo 69 LAI; articolo 105, capoverso 2, OG. L'assicurato o il suo rappresentante deve fornire spontaneamente al Tribunale cantonale le indicazioni necessarie per fissare le appropriate spese ripetibili. Se l'assicurato o il suo rappresentante trascura di farlo e se le condizioni eccezionali previste per tener conto di nuovi fatti o di nuovi mezzi di prova nel contesto dell'articolo 105, capoverso 2, OG, non sono soddisfatte, il TFA, esaminando la questione dell'arbitrio riguardo all'importo delle spese ripetibili, giudica in base allo stato degli atti presentati al Tribunale cantonale. (Considerandi 1d e 2c).

Par décision du 14 septembre 1984, la caisse de compensation a annulé, par voie de revision, la demi-rente AI touchée par A. F. depuis novembre 1980.

Le recours formé contre cette décision a été admis par la commission de recours; celle-ci a annulé la décision et a renvoyé l'affaire à la caisse pour complément d'information. Selon le N° 3 du dispositif, l'assuré, représenté par M^e T., avocat, obtenait des dépens s'élevant à 300 francs.

A. F. a interjeté recours de droit administratif en demandant que le TFA lui accorde une indemnité «extra-juridique» appropriée, le N° 3 du dispositif du jugement cantonal étant annulé.

Le TFA a rejeté le recours pour les motifs suivants:

1. a. ...

b. ...

c. Le droit fédéral ne comprend, en ce qui concerne l'AVS et les branches d'assurances proches de celle-ci, mis à part le principe du droit à l'indemnisation selon l'article 85, 2^e alinéa, lettre f, LAVS, aucune disposition sur le calcul des dépens, et notamment aucun tarif précisant leur montant. La réglementation de cette question incombe aux cantons. Or, le TFA ne doit pas, en principe,

s'occuper du droit cantonal. Il doit cependant examiner, selon une jurisprudence constante, la question du montant des dépens accordés dans une procédure cantonale de recours en matière d'AVS/AI en se demandant si l'application des dispositions cantonales a entraîné une violation du droit fédéral (art. 104, lettre a, OJ); dans ce domaine-là, on ne peut prendre en considération, pratiquement, comme motif de recours, que l'interdiction de l'arbitraire prévue à l'article 4, 1^{er} alinéa, Cst. (ATF 110 V 58 et 136, RCC 1984, pp. 192 et 279, consid. 3b et 6; ATF 110 V 362, RCC 1985, p. 175, fin du consid. 1b).

d. Etant donné que la décision attaquée ne concerne pas l'octroi ou le refus de prestations d'assurance, le TFA doit se borner à examiner si les premiers juges ont violé le droit fédéral, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation, ou si les faits pertinents ont été constatés d'une manière manifestement inexacte ou incomplète, ou au mépris de règles essentielles de procédure (art. 132 en corrélation avec l'art. 104, lettres a et b, et avec l'art. 105, 2^e al., OJ). Dans le cadre de l'article 105, 2^e alinéa, OJ, la possibilité de faire de nouvelles déclarations ou de produire de nouveaux moyens de preuve devant le Tribunal fédéral est fortement limitée. Selon la jurisprudence, seule est admissible l'allégation de faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve que l'autorité de première instance aurait dû prendre en considération ou exiger d'office, et dont l'omission constitue une violation de règles essentielles de la procédure (ATF 107 Ib 169, consid. 1b avec références; RCC 1983, p. 519, consid. 1a).

2. a. Ce qui est litigieux, ici, c'est uniquement le mode de calcul des dépens. A ce propos, la commission de recours a déclaré ce qui suit:

«Il faut accorder au recourant, pour la présente procédure, des dépens «extrajuridiques» (art. 18 du règlement de la commission cantonale de recours AVS). La commission estime qu'un montant de 300 francs est adéquat.»

Etant donné que les prescriptions fédérales ne prévoient pas un droit au remboursement total des frais occasionnés effectivement (cf. consid. 1c), et que l'article 18, 1^{er} alinéa, du règlement cantonal ne contient pas de règles plus précises que l'article 85, 2^e alinéa, lettre f, LAVS sur le calcul des dépens, la commission de recours devait, à défaut de prescriptions, fixer ces dépens selon son pouvoir d'appréciation.

b. Il y a abus du pouvoir d'appréciation au sens de l'article 104, lettre a, OJ lorsque l'autorité – tout en restant dans les limites du pouvoir qui lui est confié – se laisse guider par des considérations non objectives, étrangères au but des prescriptions applicables ou lorsqu'elle enfreint des principes généraux du droit, tels que l'interdiction de l'arbitraire et du traitement inéquitable, le principe de la bonne foi et celui de la relativité (ATF 110 V 365, RCC 1985, p. 177, fin du consid. 3b, avec références). Une décision est arbitraire, notamment, si elle ne peut être motivée objectivement ou si elle est contraire, d'une manière choquante, à l'idée de justice (ATF 110 V 364, RCC 1985, p. 176, début du considérant 3b, avec référence).

c. La déclaration suivante a été faite, dans le mémoire de recours de droit administratif, à propos du travail effectué et des frais:

«L'avocat soussigné a également assisté le recourant dans une procédure concernant une affaire d'assurance militaire. La liste ci-après se rapporte uniquement à la procédure en matière d'AI. Les travaux consacrés à celle-ci ont duré: 60 minutes le 13 avril 1984 (entrevue avec le client); 30 minutes le 3 septembre 1984 (lettre à la commission AI); 120 minutes le 2 octobre 1984 (étude du dossier); 180 minutes le 4 octobre 1984 (recours à la commission cantonale); 30 minutes le 3 janvier 1985 (préavis adressé à ladite commission); 60 minutes pour la correspondance et des téléphones avec le client. Temps consacré, au total, 480 minutes.

Avec un taux horaire de 100 francs, cela donne une somme de 800 francs à laquelle il faut ajouter les frais (50 fr.)»

La décision de caisse attaquée a été rendue le 14 septembre 1984. Dans ces conditions, et compte tenu du fait que les prescriptions fédérales ne prévoient pas de droit aux dépens pour la procédure administrative qui précède la décision (ATF 111 V 49, RCC 1985, p. 493, consid. 4a, avec références), on peut se demander si la preuve concernant la durée des travaux de l'avocat a réellement été apportée. Toutefois, cette question peut rester indécise. En effet, à cause de la force obligatoire qui lie en principe le TFA aux faits constatés par les premiers juges (cf. consid. 1 d.), les allégations faites ici ne peuvent être prises en considération dans ce procès, parce que le recourant a omis de préciser, à l'intention de la commission de recours, quelle avait été la durée de ses travaux, même lorsque ladite commission lui eut annoncé, par lettre du 21 décembre 1984, que l'échange d'écritures était terminé et qu'elle se prononcerait sur le recours «lors de la prochaine séance». La présentation d'une note de frais ne peut être exigée de la commission de recours, même au nom du principe de l'enquête (art. 69 LAI, en corrélation avec l'art. 85, 2^e al, lettre c, LAVS). C'est bien plutôt le recourant ou son représentant qui devait fournir à la commission les données nécessaires pour fixer des dépens appropriés. C'est d'ailleurs ainsi qu'a procédé le recourant en dernière instance, où son représentant a joint une note de frais au mémoire de recours.

Les travaux effectués par le représentant, tels qu'ils étaient révélés à la commission de recours par le dossier, sont mentionnés, d'après ce qui vient d'être dit, uniquement dans le recours du 4 octobre 1984 et dans une brève requête présentée le 3 janvier 1985, spontanément, après la fin de l'échange d'écritures. Si la commission a accordé pour ces travaux, à défaut de données plus précises, une indemnité de 300 francs, son estimation se situe certes à la limite inférieure de la marge d'appréciation; cependant, il n'y a pas ici exercice irrégulier du pouvoir d'appréciation, parce que le représentant a négligé de *prouver*, à l'intention de la commission de recours, l'accomplissement de travaux pour lesquels des honoraires de 300 francs auraient été inadmissibles.

3. Etant donné qu'il ne s'agit pas, dans ce procès, de l'octroi ou du refus de prestations d'assurance, le recourant doit payer les frais de justice (art. 134 OJ e contrario; art. 156, en corrélation avec l'art. 135, OJ).

Arrêt du TFA, du 7 novembre 1985, en la cause M. R.
(traduction de l'allemand).

Article 85, 2^e alinéa, lettre f, LAVS; articles 104, lettres a et b, et 105, 2^e alinéa, OJ. Fixation des dépens. Il n'y a pas de fixation arbitraire des dépens lorsque le recourant a négligé, en violation de son obligation de coopérer, de fournir les données nécessaires à cet effet (note d'honoraires, travail effectué, dépenses), et que ces données ne peuvent plus être prises en considération en deuxième instance. (Considérant 2c.)

Lorsque des dépens ont été fixés à 500 francs pour un mémoire de trois pages à peine, sans considérations juridiques, on peut dire que cette estimation se situe certes à la limite inférieure, mais l'on ne peut prétendre qu'elle soit arbitraire. (Considérant 2d.)

Articolo 85, capoverso 2, lettera f, LAVS; articoli 104, lettere a e b, e 105, capoverso 2, OG. Fissazione delle spese ripetibili. Non c'è una determinazione arbitraria quando il ricorrente, violando il suo obbligo di cooperare, ha trascurato di fornire le indicazioni necessarie a questo scopo (nota d'onorario, lavoro effettuato, spese), e tali indicazioni non possono più essere prese in considerazione in seconda istanza. (Considerando 2 c.) Se si stabiliscono in 500 franchi le spese ripetibili per una memoria di tre pagine appena, senza considerazioni giuridiche, si può affermare che questa valutazione si situa certo al limite inferiore, ma non si può sostenere che sia arbitraria. (Considerando 2d.)

Par jugement du 11 juillet 1985, l'autorité cantonale de recours a ordonné à la caisse de compensation de verser à la recourante M. R., qui avait obtenu gain de cause dans un cas de rente, des dépens de 500 francs pour la procédure de première instance.

Le recours de droit administratif interjeté a été admis par le TFA dans ce sens que le jugement cantonal et la décision de la caisse étaient annulés; l'affaire était renvoyée à la caisse pour complément d'enquête et nouvelle décision. Selon le chiffre IV du dispositif, le TFA remettait le dossier au Tribunal cantonal pour que celui-ci se prononce au sujet des dépens en instance cantonale conformément à l'issue du procès en dernière instance (arrêt du 25 juillet 1985). Le 11 juillet 1985, le Tribunal cantonal ordonna à la caisse de payer à la recourante, pour la procédure de première instance, des dépens s'élevant à 500 francs.

L'assurée a interjeté recours de droit administratif en demandant que la décision cantonale sur les dépens soit annulée et qu'une somme plus élevée que 500 francs lui soit accordée à titre de dépens. Elle se réfère à un arrêt S. du 8 mai 1985 dans lequel le TFA avait annulé l'octroi – jugé arbitraire – de

dépens s'élevant à 500 francs; ce cas avait nécessité 9 heures et demie de travail et la rédaction d'un mémoire de recours de onze pages. Dans le cas présent, également, l'octroi de dépens pour une somme de 500 francs serait arbitraire, parce que l'avocat qui plaide dans un procès d'assurances sociales porte, pour plusieurs raisons, une responsabilité accrue.

L'assurée a produit en outre l'expertise d'un économiste élaborée pour l'assemblée générale des avocats suisses de 1985, selon laquelle les frais et dépenses de l'avocat (sans le salaire propre) seraient en moyenne de 76 francs par heure. Selon le tarif du canton de B., des honoraires de 200 francs par heure au maximum sont admissibles; on peut les augmenter de 100 francs au plus si des connaissances spéciales sont nécessaires, et une augmentation supplémentaire est possible si la connaissance d'autres langues est exigée. Or, toutes ces conditions sont remplies ici. L'assurée ajoute qu'en fait, dix heures ont été consacrées au traitement du cas (instruction de l'affaire, examen du dossier, lecture de publications, étude du jugement, etc.).

La caisse et l'OFAS ont renoncé à donner un avis.

Le TFA a rejeté le recours de droit administratif pour les motifs suivants:

1. ... (Pouvoir d'examen du TFA; voir le considérant correspondant dans l'arrêt A. F. ci-dessus.)

d. La décision attaquée ne porte pas sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurance. Le TFA doit donc se borner à examiner si le juge de première instance a violé le droit fédéral, outrepassé son pouvoir d'appréciation ou abusé de celui-ci, si les faits ont été établis d'une manière manifestement inexacte ou incomplète, ou encore s'il y a eu violation des règles essentielles de la procédure (art. 132 en corrélation avec les art. 104, lettres a et b, et 105, 2^e al., OJ). Dans le cadre de l'article 105, 2^e alinéa, OJ, la possibilité de faire de nouvelles déclarations ou de produire de nouveaux moyens de preuve devant le TFA est fortement limitée. Selon la jurisprudence, seuls sont admissibles les nouveaux moyens de preuve que l'autorité de première instance aurait dû exiger d'office, et dont l'omission constitue une violation de règles essentielles de la procédure (ATF 107 Ib 169, consid. 1 b, avec références; RCC 1983, p. 519, consid. 1 a).

2. a. Le seul point litigieux ici, c'est le mode de calcul à adopter pour déterminer l'indemnité. A cet égard, le jugement attaqué manque de motivation. Toutefois, la recourante n'a pas dénoncé une violation de l'obligation d'indiquer les motifs, et elle a eu raison, puisque le juge ne doit motiver sa décision sur l'indemnité due à un avocat que s'il ne s'en tient pas à des tarifs ou à des dispositions légales, ou lorsque l'une des parties allègue des circonstances extraordinaires (arrêt du TF du 29 janvier 1985, «Praxis des Bundesgerichts» 1985, N° 144, p. 423). Avec raison également, la recourante n'allègue pas que l'octroi des 500 francs résulte d'une application arbitraire de dispositions cantonales, puisque le tarif des avocats du canton de B. notamment, auquel se réfère le recours de droit administratif, n'est pas applicable devant le Tribunal des assurances du canton de S. La recourante relève uniquement (en substance) qu'il y a ici exercice arbitraire du pouvoir d'appréciation.

b. ... (Définition de l'abus du pouvoir d'appréciation; voir arrêt A. F., p. 137.)

c. La recourante motive ses griefs en alléguant de nouveaux faits et moyens de preuve, qu'elle n'a produits qu'en dernière instance. Ces arguments ne peuvent, d'après ce qui a été exposé sous considérant 1d, être pris en considération. En effet, la recourante – ou son représentant – a omis de fournir au Tribunal cantonal des assurances les données nécessaires pour fixer des dépens d'un montant approprié, violant ainsi son obligation de coopérer dans un procès. Le représentant légal n'a pas présenté de note d'honoraires; il n'a pas davantage indiqué, de quelque manière que ce soit, combien de travail il avait dû consacrer à l'affaire et quels avaient été ses frais. Or, ces éléments sont essentiels pour calculer les dépens en droit des assurances sociales (ATF 111 V 49, RCC 1985, p. 494, consid. 4a). Il y a là une différence importante par rapport à la cause S. évoquée par la recourante; dans ce cas-là, en effet, le représentant s'était adressé, après avoir reçu l'arrêt du TFA, à la commission cantonale de recours et avait donné des détails, en joignant une note d'honoraires, sur le travail effectué et les frais occasionnés. C'est pour cette raison que le TFA avait pu, dans son arrêt du 8 mai 1985, tenir compte de ces précisions.

d. La question de savoir si le grief ici considéré – calcul arbitraire du montant des dépens – est fondé, doit être tranchée, d'après ce qui vient d'être dit, en considérant la situation telle qu'elle se présentait aux yeux du Tribunal cantonal. D'après ce que ce dernier a pu voir dans le dossier, les démarches du représentant s'étaient bornées à faire un recours déposé le 22 février 1984. Le mémoire de recours compte à peine trois pages, moins l'intitulé et les conclusions. On y trouve seulement un bref exposé des faits (état de santé, capacité de travail, essais de réadaptation); on n'y trouve pas de commentaires juridiques, qui d'ailleurs n'étaient pas nécessaires. A cet égard, le cas présent se distingue aussi de l'affaire S. où il était question de défense d'intérêts et où les circonstances étaient assez compliquées. Si l'on tient compte en outre du fait que le représentant de la recourante secondait celle-ci déjà pendant la procédure administrative (dans ce cas-là, pas de droit aux dépens, cf. ATF 111 V 49, RCC 1985, p. 494, consid. 4a, avec références) et que, par conséquent, il connaissait déjà l'affaire, le montant de 500 francs accordé à titre de dépens pour son activité en procédure judiciaire semble encore bien bas. A cet égard, la décision des premiers juges est à la limite inférieure de la marge d'appréciation possible. Pourtant, il n'y a pas ici exercice arbitraire et fautif du pouvoir d'appréciation, car le représentant a omis de prouver ou de rendre vraisemblable, à l'égard des premiers juges, qu'il ait dû effectuer un travail pour lequel des honoraires de 500 francs auraient été insuffisants.

3. Comme il ne s'agit pas ici de l'octroi ou du refus de prestations d'assurance, la recourante doit payer les frais de justice (art. 134 OJ e contrario; art. 156 et 135 OJ).

Prestations complémentaires

Arrêt du TFA, du 18 novembre 1985, en la cause N. S.
(traduction de l'allemand).

Articles 3, 6^e alinéa, LPC et 1^{er}, 1^{er} alinéa, OPC. Si un couple séparé judiciairement continue de vivre en communauté, la PC doit être calculée d'après les règles valables pour les époux vivant ensemble.

Articoli 3, capoverso 6, LPC e 1, capoverso 1, OPC. Se una coppia, legalmente separata, continua a convivere, la PC dev'essere calcolata secondo le regole valide per i coniugi che vivono assieme.

N. S., né en 1914, vit avec son épouse M. (née en 1916) malgré la séparation prononcée par un tribunal le 19 avril 1968; ils vivent ensemble dans un appartement de quatre pièces.

En mars 1984, l'assuré a demandé des PC. Par décision du 23 mai suivant, la caisse de compensation a nié un droit à des PC, étant donné que le revenu à prendre en compte dépassait la limite de revenu pour couples (17 100 fr.).

Le recours formé contre cette décision a été rejeté par l'autorité cantonale, puis par le TFA. Voici un extrait des considérants du TFA:

1. La LPC ne contient pas de dispositions sur le calcul des PC en cas de séparation des conjoints. Cependant, l'article 3, 6^e alinéa, autorise le Conseil fédéral à édicter des prescriptions sur l'addition des limites de revenu et des revenus déterminants de membres de la même famille. Se fondant sur cette disposition, le Gouvernement a prévu ce qui suit à l'article 1^{er}, 1^{er} alinéa, OPC: «Lorsque deux époux pouvant prétendre une rente vivent séparés, chacun d'eux a un droit propre à une PC. Leur revenu déterminant est calculé individuellement et la limite de revenu pour personnes seules leur est appliquée.» Selon le 4^e alinéa, les époux sont considérés comme vivant séparés:

- a. Si la séparation de corps a été prononcée par décision judiciaire, ou
- b. Si une instance en divorce ou en séparation de corps est en cours, ou
- c. Si la séparation de fait dure sans interruption depuis un an au moins, ou
- d. S'il est rendu vraisemblable que la séparation de fait durera relativement longtemps.

Les PC visent à garantir un revenu minimum aux personnes indigentes qui touchent une rente de l'AVS ou une rente ou allocation pour impotent de l'AI. C'est pourquoi le droit des PC est fondé sur des considérations d'ordre économique dont il faut tenir compte aussi dans le cadre de l'article 1^{er} OPC. Pour le calcul séparé des PC, on considère donc comme déterminant non pas le fait même de la séparation des conjoints, mais le changement de la situation économique

qui en résulte. Sans une telle modification, le calcul séparé des PC ne saurait – en dépit de la séparation effective du couple – se justifier (ATF 103 V 25; RCC 1977, p. 410).

2. Le dossier et les déclarations faites par le recourant dans le recours de droit administratif révèlent que les deux intéressés étaient, certes, formellement et judiciairement séparés au moment déterminant, c'est-à-dire lorsque la caisse rendit sa décision le 23 mai 1984; cependant, ils continuaient à vivre ensemble dans le même appartement. Dans ces conditions, c'est à bon droit que l'administration et les premiers juges se sont fondés sur des circonstances effectives et non pas sur des circonstances juridiques. Ainsi, la situation économique n'a pas changé, malgré la séparation judiciaire, puisque les deux époux font encore ménage commun. Le fait qu'une grande partie des deux rentes de vieillesse est versée directement à l'épouse ne saurait conduire à une autre conclusion. Donc, puisque ce sont des considérations économiques qui sont déterminantes, d'après ce qui a été dit sous considérant 1, les PC doivent être calculées d'après les règles valables pour des époux vivant ensemble.

Chronique mensuelle

Le contrôle des employeurs, en ce qui concerne leur affiliation à une institution enregistrée de la prévoyance professionnelle, a posé quelques problèmes et créé des incertitudes dans la pratique. Il y a donc eu une discussion à ce sujet, en date du 19 février, entre les caisses de compensation chargées du *contrôle des affiliations*, les autorités cantonales de surveillance de la prévoyance professionnelle, l'institution supplétive et l'OFAS. Cette réunion était présidée par M. Crevoisier, directeur suppléant dudit office fédéral. Celui-ci publiera prochainement des instructions où il sera tenu compte des *expériences faites jusqu'à présent* dans ce domaine.

La *commission du Conseil national* chargée d'examiner le projet de la *deuxième révision de l'AI* a siégé le 20 février sous la présidence de M. Zehnder, conseiller national (PS/AG), et en présence du conseiller fédéral Egli, président de la Confédération. Contrairement à son intention première, la commission n'a pas terminé ses délibérations, étant donné qu'elle n'a pu parvenir à une décision concernant l'élément crucial du projet, à savoir un échelonnement plus fin des rentes. Elle demande à l'administration un rapport complémentaire concernant les effets de la création de nouvelles catégories de bénéficiaires sur les prestations complémentaires. Si elle a approuvé la plupart des propositions qui lui étaient présentées, elle a cependant rejeté, comme le Conseil des Etats, la proposition d'étendre aux personnes souffrant d'un degré moyen d'impotence, dans le cadre de la présente révision, le droit aux allocations pour impotents ayant atteint l'âge de la retraite. La commission reprendra et terminera ses travaux le 22 avril 1986.

Le *conseil d'administration du fonds de compensation de l'AVS* a siégé le 26 février sous la présidence de M. E. Meyer. Il a pris connaissance des résultats des comptes de l'AVS, de l'AI et des APG pour 1985. On trouvera les principales données concernant ces comptes dans l'information publiée aux pages 166-167.

A propos de l'adaptation des rentes dès le 1^{er} janvier 1986. Un coup d'œil dans les coulisses des travaux préparatoires

La RCC a tenté d'expliquer, naguère, sous le titre « Indice des prix et rentes AVS/AI » (RCC 1984, p. 392), pourquoi le Conseil fédéral doit prendre ses décisions concernant l'adaptation des rentes, qui relèvent de sa compétence selon l'article 33ter LAVS, déjà avant les vacances d'été de l'année précédente.

Compte tenu de l'évolution des prix au cours de ces derniers mois, on se demande une fois de plus si ces décisions ne pourraient pas être prises plus tard, de manière à abrégier le laps de temps entre les pronostics et la réalisation des faits et à se rapprocher ainsi de l'indice effectif constaté à la fin de l'année. Souvent, l'on se demande à ce propos ce qui se passe au cours des quelque six mois qui s'écoulent entre la décision gouvernementale et l'entrée en vigueur de l'augmentation des rentes. Les services qui sont chargés de l'exécution ont-ils vraiment besoin d'un tel délai pour faire appliquer une mesure, lorsque celle-ci est devenue – comme on le croit, du moins – une affaire de routine?

La rédaction de la RCC aimerait donc, pour une fois, préciser *quels* travaux doivent être effectués, *par qui* et *dans quels délais*. L'agenda ci-après, valable pour l'augmentation des rentes le 1^{er} janvier 1986, permet de jeter un coup d'œil dans les coulisses et montre les opérations de détail qui sont nécessaires pour que les rentiers reçoivent effectivement, dans les premiers jours de l'année nouvelle, les rentes plus élevées qu'on leur a promises depuis longtemps. On admet tacitement que l'adaptation d'environ 1,3 million de rentes se fasse sans aucune panne de quelque importance. Cela va de soi, semble-t-il; mais cette évidence, elle aussi, fait partie de la routine!

Comment se fait une augmentation générale des rentes: Un calendrier des travaux¹

Jusqu'au 17 avril: OFAS

Elaboration des documents pouvant servir à une augmentation des rentes pour la sous-commission des questions mathématiques et financières de la CAVS.

24 avril: sous-commission des questions mathématiques et financières

Séance organisée pour évaluer les composantes d'une adaptation des rentes et pour formuler une proposition à la CAVS.

Jusqu'à fin avril: OFAS

Préparation d'un jeu de tests avec environ 250 rentes; choix des cas de manière que tous les genres de rentes, échelles de rentes et cas spéciaux soient représentés dans des combinaisons aussi nombreuses que possible.

14 mai: CAVS

Décision à prendre sur une proposition au Conseil fédéral en faveur d'une révision des rentes.

Dès le milieu de mai: Centrale

Préparatifs d'analyse et de programmation liés à l'augmentation des rentes.

Jusqu'au 24 mai: OFAS

Elaboration de projets d'ordonnances concernant l'adaptation à l'évolution des salaires et des prix dans l'AVS/AI et dans le régime des PC.

17 juin: Conseil fédéral

Décision sur l'augmentation des rentes et des PC (ordonnance 86).

Jusqu'à fin juin: Centrale/OFAS/GT

Formule «Augmentation des rentes»: Décisions sur son contenu et sa présentation. Epreuves, bon à tirer.

Circulaire aux caisses concernant les mesures préparatoires (informations sur le mode de conversion et sur les méthodes possibles de transmission des données entre Centrale et caisses).

Jusqu'au 10 juillet: Centrale

Le jeu de tests est mis en mémoire sur ordinateur.

¹ Abréviations:

| | |
|----------|--|
| Caisse | Caisse de compensation AVS |
| CAVS | Commission fédérale de l'AVS/AI |
| Centrale | Centrale de compensation |
| GT | Groupe de travail pour l'exécution de la prochaine augmentation des rentes |

Jusqu'au 12 juillet: Caisses

Communication à la Centrale au sujet du mode de conversion choisi (enregistrement des résultats de la conversion calculés par la Centrale ou conversion par les caisses elles-mêmes, ou par des services chargés de ce travail); communication aussi au sujet de la forme que l'on voudrait donner à l'échange des informations (papier et/ou bande magnétique, disquette, cassette). Commande du jeu de tests.

Dès la mi-juillet: Centrale

Analyse détaillée des programmes de conversion et des programmes pour les examens de plausibilité des rentes prenant naissance après l'augmentation.

Jusqu'au 19 juillet: OFAS

Dernières mises au point du jeu de tests.

Jusqu'au 23 juillet: OFAS/GT

Confection de la feuille de conversion (pour la conversion manuelle des rentes).

23 juillet: Centrale

Commande définitive des formules «Augmentation des rentes».

24 juillet: OFAS

Circulaire aux caisses concernant la feuille de conversion.

Jusqu'au 29 juillet: OFAS

Achèvement des manuscrits des nouvelles tables des rentes, volumes 1-2, ainsi que des tables des cotisations «Indépendants et non-actifs» qui doivent être adaptées par suite de l'augmentation des rentes.

Jusqu'au 31 juillet: OFAS

Mise sous presse des mémentos sur les modifications dans le domaine des prestations et des cotisations, ainsi que des mémentos, valables dès le 1^{er} janvier 1986, concernant les prestations, le calcul des rentes, les cotisations, etc.

Dès le mois d'août: Centrale

Programmation de la conversion mécanique des rentes et des examens de plausibilité pour les rentes prenant naissance après l'augmentation.

Jusqu'au 6 août: Caisses

Commande des feuilles de conversion.

Jusqu'au 19 août: OFAS

Confection des formules de calcul des valeurs officielles dans les tables de rentes (rentes complètes ou partielles), ainsi que des rentes ordinaires et extraordinaires pour enfants et orphelins, compte tenu de la réduction pour cause de surassurance et des garanties minimales dans les cas d'invalidité congénitale ou précoce.

30 août: Centrale

Livraison à l'OFAS de la liste des cas-tests mis en mémoire.

31 août: OFAS

Mise sous presse des nouvelles feuilles de calcul pour rentes ordinaires et extraordinaires.

Jusqu'au 2 septembre: OFAS/Centrale/GT

Circulaire aux caisses au sujet de la procédure de conversion (exposé des règles de conversion, prescriptions concernant le contrôle des communications de la Centrale aux caisses sur les augmentations, concernant les informations à donner à la Centrale par les caisses au sujet des corrections et compléments, concernant la comptabilité des rentes, etc.).

Circulaire aux organes d'exécution des PC sur la procédure de communication concernant l'augmentation des rentes.

2 septembre: OFAS

Expédition des tables des rentes provisoires.

Jusqu'au 27 septembre: OFAS

Conversion manuelle des cas-tests.

Dès le 1^{er} octobre: OFAS et Centre d'information des caisses

Expédition des mémentos concernant les modifications dans le domaine des prestations et des cotisations.

Jusqu'au 17 octobre: Centrale

Conversion mécanique du jeu de tests et envoi des résultats à l'OFAS.

Jusqu'au 29 octobre: OFAS/Centrale

Comparaison des résultats de la conversion manuelle et de la conversion mécanique du jeu de tests; interprétation et correction des différences.

Jusqu'au 31 octobre: OFAS/GT

Circulaire aux caisses avec règles de calcul concernant les rentes qui subissent une mutation ou qui prennent naissance après l'augmentation.

31 octobre: OFAS

Expédition des tables des rentes définitives (vol. 1-2) et des nouvelles tables des cotisations.

Jusqu'au 4 novembre: Caisses

Communication à la Centrale des mutations de rentes d'octobre.

Jusqu'au 11 novembre: Organes d'exécution des PC

Communication, à la Centrale, des noms des bénéficiaires de PC pour lesquels on doit connaître les résultats de la conversion des rentes.

Jusqu'au 15 novembre: Centrale/Caisses

Correction des différences dans le registre central des rentes.

15 novembre: OFAS/Centrale

Feu vert pour l'action de conversion proprement dite.

Mi-novembre: Centrale

Livraison du jeu de tests, avec les résultats de la conversion, aux caisses.

Jusqu'au 18 novembre: Assurance militaire

Communication des noms des rentiers de cette assurance, qui sont en même temps rentiers de l'AVS ou de l'AI, à la Centrale.

Jusqu'au 19 novembre: Centrale

Traitement des mutations d'octobre communiquées par les caisses.

20-30 novembre: Centrale

Livraison principale des résultats de la conversion aux caisses qui n'ont pas fait elles-mêmes cette conversion (état du registre au 31 oct.).

25 novembre: Centrale

Communication, à l'assurance militaire, des montants de rentes plus élevés pour les bénéficiaires de rentes de ladite assurance.

Jusqu'au 30 novembre: Centrale

Communication aux organes d'exécution des PC des montants de rentes plus élevés pour les bénéficiaires de PC.

Dès le 1^{er} décembre: Caisses

Enregistrement des résultats de la conversion calculés par la Centrale. Mise au point de cas spéciaux. Conversion manuelle des rentes qui ne peuvent être converties mécaniquement, ainsi que des rentes accordées en décembre. Préparation des pièces comptables pour janvier.

Dès le 1^{er} décembre: Organes d'exécution des PC

Conversion des PC en tenant compte des nouveaux montants de rentes, des nouvelles limites de revenu et des nouvelles déductions.

Dès le 1^{er} décembre: Centre d'information des caisses

Expédition des feuilles de calcul valables dès le 1^{er} janvier 1986 pour les rentes ordinaires et extraordinaires.

Jusqu'au 5 décembre: Caisses

Communication à la Centrale des mutations de rentes de novembre.

Jusqu'au 11 décembre: Centrale

Traitement des mutations de novembre communiquées par les caisses.

12 à 16 décembre: Centrale

Première livraison complémentaire des résultats de la conversion aux caisses qui n'ont pas fait elles-mêmes la conversion (supplément de novembre).

Début janvier: Caisses

Versement, par la poste ou par l'intermédiaire d'une banque, des rentes augmentées.

Jusqu'au 10 janvier: Caisses

Communication à la Centrale des mutations de rentes de décembre.

Jusqu'au 14 janvier: Centrale

Traitement des mutations de décembre communiquées par les caisses.

Dès le 15 janvier: Centrale

Seconde livraison complémentaire des résultats de la conversion aux caisses qui n'ont pas fait elles-mêmes la conversion (supplément de décembre).
Livraison unique des résultats aux caisses qui ont fait elles-mêmes la conversion (état du registre le 31 déc.).

Jusqu'au 31 janvier: Caisses

Réponses des caisses qui n'ont pas fait elles-mêmes la conversion: modifications et compléments concernant la livraison principale et la première livraison complémentaire.

Jusqu'au 14 février: Caisses

Même remarque à propos de la seconde livraison complémentaire.

Jusqu'au 28 février: Caisses

Réponses des caisses qui ont fait elles-mêmes la conversion: modifications et compléments concernant l'ensemble des rentes.

Traitement de ces réponses et mise à jour du registre central des rentes.

Post-scriptum

Lorsque l'on examine plus attentivement les différentes phases de l'opération qui se succèdent, s'enchaînent et se superposent, dans lesquelles sont impliqués les services spécialisés de l'OFAS, la Centrale de compensation, les caisses AVS et d'autres institutions qui paient des prestations dépendant des rentes AVS/AI aux personnes âgées ou aux handicapés, on peut légitimement se demander s'il ne serait pas possible de resserrer tout le dispositif afin de permettre au Conseil fédéral, par exemple, de différer sa décision et de fixer l'ampleur de l'adaptation sur des éléments plus récents.

Aussi souhaitable que cela paraisse, ce vœu n'est guère réalisable. En effet, les adaptations de rentes sont accompagnées souvent de modifications des dispositions légales ou réglementaires, voire de changements consécutifs à une jurisprudence récente, qui compliquent toute l'opération. Les modifications ne portent donc pas uniquement sur un montant, mais parfois sur des questions fondamentales qui se répercutent sur l'ensemble des services intéressés et peuvent conduire à des refontes de tout ou partie des programmes d'ordinateur existants. L'expérience enseigne qu'en telle occurrence, la mise au point prend un temps considérable. Il ne faut pas oublier non plus que les rentes AVS/AI interviennent dans le calcul d'autres prestations telles que les rentes de l'assurance militaire et surtout dans la fixation des prestations complémentaires dont bénéficient plus de 120000 personnes. Pour des raisons avant tout psychologiques, tout doit être prêt pour le 1^{er} janvier. On n'ose pas songer à l'avalanche de réclamations qui déferleraient sur les caisses AVS si les paiements n'arrivaient pas aux dates habituelles! Actuellement, on a tendance à penser que l'ordinateur vient à bout de toutes les difficultés. Malgré ses performances remarquables – la conversion de 1,3 million de cas se fait en quelque vingt heures – l'ordinateur ne traite pas tous les cas; certains dossiers compliqués doivent être travaillés «à la main» par les spécialistes les plus avisés; ils doivent aussi être prêts pour le 1^{er} janvier. L'analyse et la programmation doivent être particulièrement soignées si l'on veut absolument garantir un parcours sans faute. Les nombreux tests qu'il faut prévoir pour éliminer les dernières inexactitudes prennent du temps, d'où la nécessité de pouvoir disposer de réserves suffisantes. Enfin, une administration informatisée comme la nôtre n'est pas à l'abri d'erreurs humaines dans la programmation, de pannes dans les équipements électroniques, de retards d'un fournisseur, d'un acheminement erroné et de bien

d'autres anicroches. Il faut relever aussi que notre système décentralisé dont nous sommes fiers a ses exigences. Une coordination sans faille entre tous les acteurs est la condition première du succès d'un tel programme de conversion. Pour nous mettre à l'abri de toute surprise désagréable, il est indispensable que nous disposions de réserves en temps, ce qui allonge quelque peu aussi bien les phases de réflexion que les phases d'exécution. Le maintien de la réputation de l'AVS/AI est à ce prix.

Fonds de garantie et institution supplétive LPP

Fonds de garantie et institution supplétive sont des pièces maîtresses sur l'échiquier du 2^e pilier. Il est donc important d'en connaître les grands traits et le fonctionnement.

1. Le Fonds de garantie LPP

L'article 54 de la loi sur la prévoyance professionnelle confiait aux organisations faïtières des employeurs et des salariés le soin de mettre sur pied une fondation chargée de créer et de gérer un fonds de garantie. Comme ces deux organisations ne sont pas parvenues à une entente, c'est le Conseil fédéral qui a créé lui-même, par ordonnance du 17 décembre 1984, une fondation de droit public ayant son siège à Berne.

Le conseil de fondation du Fonds de garantie comprend neuf membres, dont le président, M. le professeur Hans Schmid, de Saint-Gall; trois représentants du patronat et autant des salariés en font partie, à côté d'un représentant de la Confédération et d'un représentant des cantons. Le secrétariat est tenu par le service juridique de l'Administration fédérale des finances à Berne.

Le conseil de fondation a chargé la Société fiduciaire suisse à Zurich d'assumer la fonction d'organe de contrôle du Fonds, tâche qui n'est pas à confondre avec la surveillance qui, elle, est exercée par l'OFAS au nom de la Confédération. Par contrat du 16 décembre 1985, il a confié l'administration et la représentation du Fonds à une société simple, la «Société chargée du fonctionnement du Fonds de garantie LPP». Seule cette société est responsable, envers le conseil de fondation, de l'exécution correcte des tâches

du Fonds de garantie. Par un «contrat de gestion», elle a confié certains travaux à la Banque Cantonale de Berne et d'autres à la Société fiduciaire générale S. A.

Le Fonds de garantie LPP assume les tâches suivantes:

- Verser des subsides aux institutions de prévoyance enregistrées présentant une structure d'âge défavorable;
- Assurer les prestations légales minimales des institutions de prévoyance qui sont devenues insolvables. L'insolvabilité d'une institution de prévoyance est définie dans une ordonnance particulière;
- Enfin, couvrir les dépenses qui peuvent incomber à l'institution supplétive, en vertu de la loi, et que ladite institution ne peut mettre à la charge de l'employeur ou de tiers.

Cette énumération des tâches du Fonds est exhaustive.

Deux des tâches confiées au Fonds remontent à l'entrée en vigueur de la LPP: celle qui consiste à assurer des prestations minimales, et la prise en charge des dépenses de l'institution supplétive. Toutefois, aucune demande ne lui étant parvenue jusqu'à fin 1985, la troisième tâche (subsides en cas de structure d'âge défavorable) n'est pas encore actuelle. Ce sera le cas, au plus tôt, après deux ans de prévoyance professionnelle obligatoire, donc dès le 1^{er} janvier 1987. Pendant ces deux années, en effet, les bonifications de vieillesse sont réduites (art. 95 LPP); elles n'atteignent pas 14 pour cent de la somme des salaires coordonnés ouvrant le droit aux subsides.

2. L'institution supplétive LPP

A la fin de l'année 1983, les associations faïtières des salariés et des employeurs ont créé la fondation «Institution supplétive LPP». Il s'agit d'une institution de prévoyance au sens de la LPP, dont les fonctions sont définies par la loi. Le Conseil fédéral lui a confié les tâches suivantes:

- Elle doit affilier de force les employeurs qui ne sont pas rattachés à une institution de prévoyance; il importe en effet que les salariés puissent bénéficier de la prévoyance obligatoire, quelle que soit l'attitude de leur patron. Les caisses de compensation AVS et les autorités cantonales de surveillance collaborent aux travaux de contrôle des affiliés;
- Elle doit accueillir les employeurs qui en font la demande et qui désirent appliquer la prévoyance obligatoire pour leur personnel par le biais de l'institution supplétive;
- Elle doit admettre des particuliers en qualité d'assurés facultatifs. Il peut s'agir de personnes de condition indépendante ou de salariés dont l'employeur n'est pas tenu de s'affilier à l'AVS (ce sont, avant tout, des Suis-

ses à l'étranger qui sont affiliés à l'AVS facultative et qui exercent une activité lucrative); il peut s'agir aussi de salariés au service de plusieurs employeurs, ainsi que de personnes qui, n'étant plus assujetties à l'assurance obligatoire, désirent rester assurées à titre facultatif;

– Elle doit, en outre, verser les prestations dans les cas d'assurance qui se produisent avant qu'un employeur ne se soit affilié à une institution de prévoyance. Les prestations minimales sont ainsi garanties pour les salariés. Ces employeurs-là, eux aussi, sont affiliés de force à l'institution supplétive. Ils sont tenus de payer les cotisations arriérées pour tous les salariés qui doivent être assurés obligatoirement et, en cas de décès ou d'invalidité, de payer en sus des dommages-intérêts. Les dépenses de l'institution qui n'ont pas été remboursées ainsi sont prises en charge par le fonds de garantie. Conformément à la loi, et compte tenu du caractère d'une telle fondation qui regroupe les partenaires sociaux, le conseil de fondation se compose de représentants des organisations de salariés et des organisations d'employeurs. Il est présidé alternativement par l'une ou par l'autre de ces organisations. Depuis le début de 1986, le conseil est présidé par M. Fritz Leuthy, représentant des salariés.

La fondation dispose d'un bureau central à Zurich et de six agences: Bâle, Berne, Lausanne, Lugano, Winterthour et Zurich. Le bureau central s'occupe de questions de principe et de coordination; les relations avec les employeurs et assurés affiliés sont uniquement du ressort des agences.

Pour l'application de l'assurance, obligatoire ou facultative, l'institution supplétive a promulgué des règlements approuvés par le Conseil fédéral. Les plans de prévoyance sont adaptés à la LPP. Dans l'assurance obligatoire et dans l'assurance facultative pour indépendants, il est possible d'inclure, au-delà des prestations minimales, des parts de salaire jusqu'au maximum prévu par la LAA et d'assurer un capital-décès pour le cas où aucune rente de veuve n'est prévue. Pour la couverture des risques décès et invalidité, on a fait appel à un «pool d'assurance» auquel participent presque toutes les sociétés d'assurance-vie suisses.

Les six agences régionales existent depuis le 1^{er} juin 1984; cependant, c'est surtout à partir du premier semestre de 1985 seulement qu'elles ont eu des cas d'affiliation à traiter. Au début de l'année 1986, on comptait environ 850 personnes affiliées à l'institution supplétive; 810 d'entre elles l'étaient obligatoirement, sur la base de 360 demandes d'affiliation présentées par des employeurs, et 40 à titre facultatif. Ces chiffres sont inférieurs aux prévisions.

Toutefois, il est permis de penser que nombre d'employeurs ne sont pas encore affiliés. Songeons aux ménages avec une seule employée de maison, aux petites entreprises qui n'ont peut-être pas pris conscience des obliga-

tions que leur impose le nouveau régime de la prévoyance professionnelle obligatoire. Que la prévoyance professionnelle ne soit pas encore entrée dans les mœurs est compréhensible. On doit donc faire preuve de patience. L'important est que, grâce à des dispositions spéciales, prévues par la loi, les droits des assurés aient été sauvegardés.

L'état des allocations familiales en Suisse, quarante ans après l'adoption de l'article constitutionnel sur la protection de la famille (3^e et dernière partie)¹

2. Régimes pour les indépendants n'appartenant pas à l'agriculture

Entre 1955 et 1984, 8 cantons ont institué des allocations familiales pour les indépendants n'appartenant pas à l'agriculture, à savoir ceux d'AI, AR, LU, SG, SH, SZ, UR et ZG. Dans d'autres cantons (par exemple GE, NE, FR, GR, AG), des tentatives d'introduire de telles allocations ont échoué à la suite d'enquêtes. L'échec de ces tentatives est dû avant tout au fait que les indépendants sont opposés à l'institution d'allocations au financement desquelles ils devraient contribuer.

a. Bénéficiaires

Les personnes exerçant à titre principal une activité indépendante et ayant leur domicile et le siège de l'entreprise dans le canton peuvent prétendre les allocations. C'est exclusivement à Lucerne et à Saint-Gall que les indépendants doivent avoir leur domicile et leur siège depuis un an au moins dans le canton pour pouvoir bénéficier des prestations.

¹ Voir RCC 1986, pp. 35 et 107.

Dans tous les cantons, à l'exception de celui d'AR, le droit aux prestations est soumis à la condition que le revenu net ou imposable des intéressés n'excède pas une certaine limite (voir tableau 3, p. 23, RCC de janvier).

b. Allocations familiales

Les indépendants ont, en règle générale, droit à des allocations identiques à celles versées aux salariés, à savoir aux allocations pour enfants et, dans certains cantons, aux allocations de naissance et de formation professionnelle (voir tableau 3, p. 23).

c. Application

Les personnes de condition indépendante doivent, en règle générale, s'affilier à la caisse cantonale de compensation pour allocations familiales. Cette dernière est chargée de fixer et de payer les allocations ainsi que de prélever les contributions. Dans le canton de Lucerne, une caisse spéciale a été créée, à savoir la «Caisse lucernoise d'allocations familiales pour les indépendants», dont la gestion est confiée à la caisse cantonale de compensation de l'AVS. A Saint-Gall, les caisses de compensation pour allocations familiales aux salariés doivent fixer les allocations et prélever les contributions. Elles règlent compte avec la caisse d'allocations familiales des indépendants qui est gérée par l'Office de l'assurance-maladie et des caisses d'allocations familiales du Département cantonal de l'intérieur.

d. Financement

Les allocations sont financées, dans les cantons d'AR, AI, SZ, UR et ZG, par des contributions des indépendants fixées en pour-cent du revenu de l'activité lucrative au sens de l'AVS (1,5 à 2 pour cent); à Lucerne et à Saint-Gall, par une contribution annuelle des allocataires qui ne doit pas excéder par mois la moitié du montant de l'allocation versée pour le premier enfant. Dans le canton de Schaffhouse, la contribution s'élève à la moitié d'une allocation pour enfant par mois. A l'exception des cantons d'AR et ZG, il est prévu que les contributions ne sont versées que pour la durée pendant laquelle un droit aux allocations existe. De plus, les caisses reconnues doivent, dans les cantons de LU, SG, SH et ZG, prélever une contribution sur les salaires payés dans le canton par leurs membres. Cette contribution s'élève à 0,06 pour cent à LU et à ZG; elle est de 0,08 pour cent à Saint-Gall.

3. Allocations familiales cantonales aux travailleurs agricoles et aux agriculteurs indépendants

a. Relations de la législation cantonale avec la LFA

Avant que la LFA n'entre en vigueur, quelques cantons avaient déjà édicté des prescriptions sur les allocations familiales aux travailleurs agricoles et aux agriculteurs indépendants. Ces réglementations cantonales ont dû être prises en considération dans le régime fédéral. Les cantons ont donc été autorisés à fixer, pour les travailleurs agricoles et les agriculteurs indépendants, des *allocations plus élevées*, ainsi que des *allocations familiales d'autres genres*, et à percevoir des contributions spéciales en vue de leur financement. Les cantons de BE, FR, JU, NE, SG, SH, SO, TI, VD et VS ont fait usage de cette faculté.

Avant la promulgation de la LFA déjà, le canton de *Genève* avait édicté une réglementation complète sur les allocations familiales. Eu égard à la situation existant dans ce canton, une disposition fut insérée dans la LFA, permettant au Conseil fédéral, sur la proposition du Gouvernement d'un canton, de déclarer la LFA non applicable dans ce canton si les travailleurs agricoles et les petits paysans recevaient, en vertu des prescriptions cantonales, des allocations familiales au moins aussi élevées que celles fixées par la loi fédérale. Ces conditions étant remplies par le canton de Genève, le Conseil fédéral a déclaré la LFA non applicable dans ce canton. C'est par conséquent une réglementation spéciale qui est en vigueur dans le canton de Genève. Le fait qu'une loi fédérale n'est pas applicable dans un canton est unique dans notre ordre juridique.

b. Genres et montants des allocations

Les genres de prestations versées correspondent en principe à ceux prévus dans le régime fédéral agricole ainsi que dans les régimes cantonaux pour les salariés. Les allocations complémentaires consistent donc en allocations pour enfants, de ménage, de formation professionnelle et de naissance. Pour les montants, il y a lieu de se référer au tableau 4, p 24, RCC de janvier.

c. Financement

Dans les cantons de NE, VS et VD, les allocations familiales sont couvertes par des contributions des agriculteurs et du canton; les personnes morales qui exploitent, dans le canton, des biens-fonds agricoles doivent verser des contributions de solidarité dans les cantons de Vaud et du Valais.

Pour financer en partie les allocations familiales, les employeurs de l'agriculture doivent, dans les cantons de Berne et du Jura, verser une contribution égale à 0,5 pour cent des salaires en nature et en espèces de leur personnel agricole, dans la mesure où une cotisation est due sur ces salaires conformément à la législation fédérale. La part des dépenses qui n'est pas couverte par cette contribution est mise pour quatre cinquièmes à la charge du canton et pour un cinquième à celle des communes.

A Saint-Gall, les bénéficiaires d'allocations pour enfants ont à verser une contribution mensuelle qui équivaut à une demi-allocation. Par ailleurs, chaque agriculteur doit payer une contribution en fonction du revenu de son activité lucrative au sens de la LAVS. Le taux de cette contribution est fixé par le Conseil d'Etat. Les dépenses non couvertes par ces contributions sont à la charge du canton et des communes.

Dans le canton de Soleure, les agriculteurs indépendants assujettis à la loi ont à verser une contribution de 1,9 pour cent de leur revenu soumis à contributions dans l'AVS.

d. La réglementation spéciale du canton de Genève

En vertu de la loi du 2 juillet 1955 relative aux allocations familiales pour agriculteurs indépendants, les personnes de condition indépendante qui vouent leur activité principale ou accessoire à l'agriculture et sont établies dans le canton de Genève ont droit aux allocations familiales. Le genre et le taux des allocations sont ceux des allocations servies aux salariés. Le versement des allocations incombe à la caisse de compensation admise à opérer la compensation pour les agriculteurs. Les dépenses entraînées par le paiement des allocations familiales sont couvertes par les cotisations des agriculteurs indépendants et celles des personnes morales, par les versements d'un fonds spécial et par des subventions éventuelles de l'Etat.

4. Allocations familiales aux fonctionnaires cantonaux

Les régimes d'allocations familiales aux fonctionnaires sont l'objet de réglementations fort différentes les unes des autres. Dans quelques cantons,

l'administration cantonale est soumise à la loi cantonale sur les allocations familiales aux salariés alors que, dans les autres, elle est exemptée de l'assujettissement à la loi. Dans les cantons où l'Etat est soumis à la loi cantonale, les allocations versées correspondent donc en principe à celles payées aux autres catégories de salariés, mais plusieurs cantons complètent les prestations en octroyant *des allocations de ménage*. Quant aux cantons libérant l'administration de l'assujettissement à la loi cantonale, ils possèdent une réglementation spéciale prévoyant toujours le versement d'allocations pour enfants et quelquefois celui d'autres allocations, telles qu'allocations de naissance, de formation professionnelle et de ménage.

22 cantons connaissent l'institution de *l'allocation de ménage*, prestation dont le montant varie entre 600 et 3240 francs par an. L'allocation est payée, en règle générale, aux fonctionnaires mariés ainsi qu'aux parents seuls vivant avec des enfants.

III. Conventions internationales

1. Conventions bilatérales générales de sécurité sociale

A l'exception de celles passées avec Israël, la Norvège, la Suède, la Tchécoslovaquie et les Etats-Unis, les diverses conventions de sécurité sociale conclues par la Suisse s'appliquent également à la législation *fédérale* concernant les allocations familiales dans l'agriculture. Les régimes *cantonaux* d'allocations familiales sont exclus du champ d'application de ces conventions; toutefois, un protocole final et un arrangement administratif ayant trait à deux conventions contiennent des dispositions sur l'entraide administrative touchant ces régimes.

Les réglementations bilatérales ne créent pas de nouvelles obligations pour la Suisse; elles confirment simplement le principe de l'égalité de traitement et l'octroi des prestations pour les enfants que les salariés agricoles ont laissés dans leur pays d'origine. Quelques accords contiennent des dispositions tendant à éviter un cumul de prestations lorsque les parents exercent tous deux une activité lucrative ouvrant droit aux allocations ou lorsqu'une prétention aux allocations familiales existe dans un Etat contractant du seul fait de la résidence des enfants. Les règles sur le cumul varient d'une convention à l'autre. Par exemple, la convention passée avec la France dispose que le droit aux allocations est suspendu en France si des prestations sont également dues en raison d'une activité professionnelle en Suisse. Les conventions conclues avec l'Italie et la Yougoslavie se fondent sur le droit prioritaire du père pour déterminer le droit aux allocations; si un enfant donne

droit à des allocations pour enfants aussi bien en vertu de la législation suisse que de la législation italienne ou yougoslave, les seules allocations dues sont celles de la législation du lieu de travail du père.

L'insertion, dans les conventions de sécurité sociale, de dispositions sur la législation fédérale, comme la reconnaissance, par les régimes cantonaux, d'un droit aux allocations pour les enfants vivant à l'étranger, ont eu une conséquence positive pour les ressortissants suisses à l'étranger. En effet, les Etats contractants ont pu, de la sorte, accorder un *droit de réciprocité*. Le protocole final du 25 février 1964 relatif à la convention passée avec la RFA (§ 12.a) prévoit que l'organisme centralisateur suisse (Office fédéral des assurances sociales) accorde également l'entraide administrative aux offices du travail allemands, en ce qui concerne les *allocations familiales qui ne sont pas allouées selon les dispositions légales fédérales suisses*. L'arrangement administratif conclu avec l'Autriche, le 1^{er} octobre 1968, contient une disposition similaire (art. 13, 2^e al.).

2. Conventions bilatérales particulières relatives aux allocations familiales

Des instruments bilatéraux particuliers ayant trait aux allocations familiales existent avec la France et la Principauté du Liechtenstein.

a. Convention conclue entre la Suisse et la France en vue de régler le régime des allocations familiales pour certains exploitants suisses de terres françaises (pacagers vaudois), du 24 septembre 1958

Le régime français des allocations agricoles fait obligation aux personnes occupant de la main-d'œuvre agricole de verser des cotisations à ce titre. Les amodiataires suisses de pacages français sont aussi astreints au paiement de ces cotisations, sans que leurs bergers puissent toucher les allocations, du fait que leur famille réside en Suisse. La cotisation, assise sur le revenu cadastral des terres, constitue une charge imposée à titre réel et il n'existe, au sens de la législation française, aucun lien entre la cotisation et le droit éventuel aux prestations familiales. Des difficultés s'étant élevées au sujet du recouvrement de ces cotisations, il a été nécessaire de conclure une convention pour régler le droit aux allocations et la perception des cotisations.

Les salariés des exploitations agricoles situées dans le canton de Vaud et comportant des annexes dans les départements français du Haut-Rhin, du Doubs, du Jura, de l'Ain et de la Haute-Savoie, ainsi que dans le territoire

de Belfort, continuent, pendant les périodes où ils sont employés dans ces départements, à bénéficier des allocations familiales, des allocations de ménage et des allocations de naissance auxquelles ils ont droit dans le canton de Vaud en vertu du droit fédéral et cantonal.

La Caisse mutuelle d'allocations familiales agricoles française du lieu de travail supporte la charge de ces prestations, dont le montant est remboursé à la caisse vaudoise.

Durant les périodes d'activité en France, il n'est pas perçu de cotisations en Suisse sur les salaires des bergers au titre des allocations familiales.

Les autorités vaudoises se sont engagées dans la convention à mettre tout en œuvre pour que les chefs d'exploitation s'acquittent dans les délais des cotisations françaises. Pour le cas où les cotisations resteraient impayées, la caisse cantonale vaudoise de compensation aurait à se substituer au débiteur défaillant.

b. Convention entre la Suisse et la France réglant la situation, au regard des législations d'allocations familiales, des travailleurs salariés frontaliers, à la frontière franco-genevoise, du 16 avril 1959

Cette convention a pour objet de régler la situation des travailleurs salariés frontaliers et ne touche, du côté suisse, que la législation genevoise sur les allocations familiales.

Les salariés frontaliers français domiciliés en France sont mis au bénéfice des *allocations pour enfants* prévues par la législation genevoise sur les allocations familiales aux salariés. Ils n'ont pas droit aux allocations de naissance. En ce qui concerne les enfants en formation, la situation est actuellement la suivante¹: si l'enfant accomplit sa formation en Suisse, il donne droit à l'allocation de formation professionnelle; lorsque la formation est donnée à l'enfant en France, le salarié a droit à l'allocation pour enfant ordinaire et cela jusqu'à ce que l'enfant ait accompli sa 20^e année.

Les salariés frontaliers suisses et français domiciliés dans le canton de Genève sont mis au bénéfice de la législation française relative aux prestations familiales; ils reçoivent les allocations familiales françaises proprement dites, c'est-à-dire les allocations pour enfants. La convention prévoyait aussi l'octroi de l'allocation de salaire unique, mais celle-ci a été supprimée entre-temps. Pour le cumul des prestations, la convention fixe le principe du droit prioritaire du père.

¹ Selon l'article 4, 1^{er} alinéa, de la convention, les frontaliers français n'ont pas droit à «l'allocation complémentaire de formation professionnelle».

c. Convention relative aux allocations familiales conclue entre la Suisse et la Principauté du Liechtenstein, du 26 février 1969

Cette convention qui, du côté suisse, concerne la LFA ainsi que la législation sur les allocations familiales des *cantons de Saint-Gall et des Grisons*, a pour but d'instituer *l'égalité de traitement* en matière d'allocations familiales. Cette égalité est réalisée selon les règles suivantes.

Les ressortissants liechtensteinois, qui sont occupés en Suisse en qualité de *travailleurs agricoles*, sont traités sur le même pied que les travailleurs agricoles suisses. Les ressortissants liechtensteinois qui résident ou exercent une activité lucrative dans les *cantons de Saint-Gall et des Grisons* ont droit aux allocations familiales que peuvent prétendre les ressortissants suisses résidant dans ces cantons. Les dispositions restrictives pour les salariés étrangers dont les enfants vivent à l'étranger ne sont donc pas applicables aux ressortissants du Liechtenstein; actuellement, il ne s'agit que de la loi des Grisons prévoyant une limite d'âge de 16 ans pour les enfants à l'étranger. Les ressortissants des deux parties contractantes, qui résident dans les cantons de Saint-Gall et des Grisons et *exercent une activité lucrative au Liechtenstein*, peuvent prétendre les allocations familiales qui sont octroyées aux ressortissants liechtensteinois résidant au Liechtenstein.

Les ressortissants des cantons de Saint-Gall et des Grisons *résidant au Liechtenstein* sont traités comme les ressortissants liechtensteinois. S'il y a possibilité de cumul d'allocations, c'est la législation du lieu de travail du père qui est prioritaire.

Problèmes d'application

Instituteurs et APG¹

(Art. 1^{er}, 1^{er} al., RAPG; N° 32 des directives concernant le régime des APG, imprimé 318.701.)

Lorsqu'un instituteur n'a accompli qu'une partie des quatre semaines d'activité lucrative prévues par l'article 1^{er}, 1^{er} alinéa, RAPG, peut-il être considéré, dans le régime des APG, comme actif?

¹ Extrait du Bulletin de l'AVS N° 140.

Aux termes dudit article, «ont droit à une allocation en tant que personnes exerçant une activité lucrative les personnes qui, au cours des douze derniers mois précédant l'entrée en service, ont exercé une activité lucrative pendant au moins quatre semaines.» Se fondant sur cette disposition, l'OFAS a prévu, sous le N° 32 des directives concernant le régime des APG, que la condition des quatre semaines d'activité est également remplie si, au cours des douze mois en question, l'intéressé a travaillé à la journée ou à l'heure, le minimum étant de vingt jours ou de cent soixante heures de travail.

Si un instituteur a exercé à plein temps, pendant les douze mois qui ont précédé son entrée au service, un emploi dans l'enseignement pendant quatre semaines de suite au moins, accomplissant ainsi le «pensum» ordinaire des instituteurs de son rang, il doit, d'après la disposition du RAPG qui vient d'être citée, toucher les allocations en tant que personne active. Par conséquent, il doit aussi être considéré comme tel s'il a atteint, en travaillant à la journée ou à l'heure, *le nombre d'heures d'enseignement correspondant à ce minimum de quatre semaines*. C'est de cette manière seulement que l'on garantit un traitement équitable des deux catégories d'instituteurs effectuant du travail temporaire, et que l'on peut tenir compte, en outre, du temps consacré à préparer les leçons.

Bibliographie

Alexandre Berenstein: L'assurance-vieillesse suisse. Son élaboration et son évolution. 88 pages. 1986. 22 francs. Editions Réalités sociales, case postale 797, 1001 Lausanne.

Dix ans de politique sociale en Suisse (1975-1985). 208 pages. 1986. 29 francs. Articles de Pierre-Yves Greber, Jean-Pierre Fragnière, Roger Girod, Antonin Wagner, Beat Kappeler, Michel Bassand, Pierre Gilliland, Hermann-Michel Hagmann, Patrick de Laubier. Editions Réalités sociales, Lausanne.

Droits sociaux et politique sociale en Suisse et en Europe. 156 pages. 1986. 27 francs. Articles de Pierre-Yves Greber, Bernard Matthey, Michel Barde, Pierre Gilliland, Jean-Noël Rey, Guy Perrin; préambule et conclusion de Charles Ricq. Editions Réalités sociales, Lausanne.

Antonin Wagner: **Wohlfahrtsstaat Schweiz**. Eine problemorientierte Einführung in die Sozialpolitik. 248 pages. 1985. Editions Paul Haupt, Berne.

Interventions parlementaires

Postulat Fankhauser, du 18 décembre 1985, concernant les effets de péréquation de l'AVS

M^{me} Fankhauser, conseillère nationale, a déposé le postulat suivant:

«Le Conseil fédéral est invité à élaborer, en se fondant sur la documentation dont il dispose, un rapport sur les effets de la péréquation et sur l'application du principe de la solidarité dans le domaine de l'AVS, par exemple sur la relation entre la longévité et le montant des rentes.»

(24 cosignataires)

Postulat Etique, du 19 décembre 1985, concernant les difficultés créées par la LPP pour les chômeurs âgés

M. Etique, conseiller national, a présenté le postulat suivant:

«On sait que l'introduction de la prévoyance professionnelle (LPP) a rendu plus difficile encore la situation des chômeurs âgés (55 ans et plus) à la recherche d'un emploi. Aux difficultés dues à l'âge s'ajoutent celles que représente la charge importante que les travailleurs âgés entraînent pour les entreprises au titre de la LPP.

Afin d'encourager les entreprises à engager des chômeurs âgés de 55 ans et plus, on pourrait envisager une coordination entre LPP et loi sur l'assurance-chômage. Il faudrait prévoir que les caisses-chômage prennent en charge une partie encore à déterminer de la contribution patronale à la prévoyance professionnelle et cela pour une durée à fixer en relation avec les autres prestations servies en vertu de la loi sur l'assurance-chômage et compte tenu des économies qui pourraient être réalisées au titre des indemnités de chômage.

Aussi le Conseil fédéral est-il prié d'étudier une modification de la loi sur l'assurance-chômage qui permettrait d'atteindre cet objectif.»

(36 cosignataires)

Informations

Les résultats des comptes de l'AVS, de l'AI et des APG en 1985

Le Conseil d'administration du fonds de compensation AVS communique les résultats suivants (provisaires) des comptes de l'AVS, de l'AI et du régime des APG pour 1985:

Au cours de l'année 1985, les recettes de l'AVS se sont élevées à 14 746 millions de francs (487 millions de plus que l'année précédente). Les dépenses ont atteint 14 464 (+287) millions. Le compte de cette assurance s'est ainsi soldé par un excédent de recettes de 282 (+200) millions. 77,3 pour cent des recettes proviennent des cotisations des assurés et des employeurs, 19,6 pour cent des contributions de la Confédération et des cantons et 3,1 pour cent des intérêts de la fortune. Les rentes ont absorbé 14 254 (+282) millions ou 98,5 pour cent des dépenses de l'AVS. L'AI accuse un déficit de 108 (-.-) millions de francs, les recettes et les dépenses ayant atteint respectivement 2878 (+114) et 2986 (+114) millions. Les rentes de l'AI se sont chiffrées à 1935 (+47) millions ou 64,8 pour cent des dépenses, auxquelles s'ajoutent les frais des mesures médicales et de la réinsertion professionnelle, ainsi que les subventions (31,4 pour cent des dépenses). Le régime des APG a enregistré un excédent de 171 (-18) millions de francs.

En 1985, le total des recettes de l'AVS, de l'AI et des APG s'est monté à 18 506 millions (+3,6 pour cent). Les dépenses ont atteint 18 161 millions (+2,6 pour cent) et l'excédent de recettes 345 (+182) millions de francs. Les résultats annuels de chaque institution sociale se présentent de la manière suivante (en millions de francs):

| | 1985 | 1984 | Variations |
|-------------------------------|--------|--------|------------|
| AVS | | | |
| Recettes | 14 746 | 14 259 | + 3,4% |
| Dépenses | 14 464 | 14 177 | + 2,0% |
| Excédent de recettes | 282 | 82 | |
| Fortune en fin d'année | 12 254 | 11 972 | |
| AI | | | |
| Recettes | 2 878 | 2 764 | + 4,1 % |
| Dépenses | 2 986 | 2 872 | + 4,0 % |
| Excédent de dépenses | 108 | 108 | |
| Excédents de dépenses cumulés | 576 | 468 | |
| APG | | | |
| Recettes | 882 | 846 | + 4,2% |
| Dépenses | 711 | 657 | + 8,2% |
| Excédent de recettes | 171 | 189 | |
| Fortune en fin d'année | 1 802 | 1 631 | |

La *fortune totale* des trois institutions sociales s'est accrue en 1985 de 345 millions pour atteindre 13 480 millions de francs. De cette somme, 9 049 millions étaient investis en fin

d'année à moyen et à long terme, 2159 millions étaient placés en dépôts à court terme, pour assurer le paiement des prochaines échéances de rentes, et 2135 millions figuraient dans les comptes courants et comptes de régularisation. En cours d'exercice, le rendement moyen du portefeuille a diminué de 5,07 à 5,00 pour cent. Au 31 décembre 1985, les capitaux placés sous forme de prêts à taux fixes et en obligations se répartissaient de la manière suivante dans les diverses catégories de débiteurs:

| | Millions de francs | Quote-part |
|------------------------------------|--------------------|---------------|
| Confédération | 675 | 7,5% |
| Cantons | 1286 | 14,2% |
| Communes de 5000 habitants et plus | 1072 | 11,8% |
| Instituts de lettres de gage | 1943 | 21,5% |
| Banques cantonales | 1914 | 21,1% |
| Institutions de droit public | 246 | 2,7% |
| Entreprises semi-publiques | 719 | 8,0% |
| Autres banques | 1194 | 13,2% |
| Total | 9049 | 100,0% |

Allocations familiales dans le canton de Berne

Allocations pour enfants aux petits paysans

Le 1^{er} avril 1986 entreront en vigueur les dispositions de la LFA relatives au droit aux allocations réduites en cas de dépassement de la limite de revenu (voir RCC 1985, p. 215). Par décret du 18 septembre 1985, le Grand Conseil a adopté la même réglementation en matière d'allocations *cantonales* pour enfants aux agriculteurs indépendants; les petits paysans qui, conformément à la législation fédérale, ont droit à des allocations pour enfants réduites reçoivent aussi du canton des allocations pour enfants réduites. Ces prestations s'élèvent

- aux deux tiers des allocations lorsque le revenu déterminant au sens de la LFA (dès le 1^{er} avril 25 000 fr. + 3500 fr. par enfant) excède la limite de 3000 francs au plus;
- au tiers des allocations lorsque le revenu déterminant excède la limite de plus de 3000 francs, mais de 6000 francs au maximum.

Les allocations réduites sont arrondies au franc supérieur (les allocations entières s'élèvent à 20 francs par mois et par enfant en régions de plaine et de montagne).

Les nouvelles dispositions entreront également en vigueur le 1^{er} avril 1986.

Une caisse de compensation de plus à son propre service de recours

Dès le 1^{er} février 1986, la Caisse cantonale valaisanne de compensation dispose de son propre service de recours contre le tiers responsable. Ce service traite les cas de recours qui lui ont été signalés par la caisse de compensation cantonale ou le secrétariat de la commission AI.

Répertoire d'adresses AVS/AI/APG

Page 40, Tribunal des assurances du canton de Berne.

Nouvelle adresse: Speichergasse 12. Les autres données ne changent pas.

Errata à propos de l'ordonnance sur les déductions admises fiscalement pour les cotisations versées à des formes reconnues de prévoyance (OPP 3)

Cette ordonnance, publiée dans le Recueil officiel des lois fédérales (RO 1985, p. 1778), contient une erreur à son article 1^{er}, 2^e alinéa.

Au lieu de:

² ..., y compris d'éventuelles assurances complémentaires en cas de décès ou d'invalidité par accident, qui ...

Il faut lire:

² ..., y compris d'éventuelles assurances complémentaires en cas de décès par accident ou d'invalidité, qui ...

Dans le texte français, une faute s'est glissée en outre à l'article 4.

Au lieu de:

Les articles 39 et 40 – 2^e alinéa excepté – LPP s'appliquent à la cession, la mise en gage et la compensation des droits aux prestations,

Il faut lire:

Les articles 39 et 40 – 2^e alinéa excepté – LPP s'appliquent *par analogie* à la cession, la mise en gage et la compensation des droits aux prestations.

Nouvelles personnelles

Office régional AI de Neuchâtel



Samuel Rossel

C'est avec tristesse que nous avons appris le décès de M. Samuel Rossel survenu le 11 janvier 1986 des suites d'un accident. M. Rossel était le chef de l'office régional AI de Neuchâtel depuis sa création en 1969. Auparavant, il avait travaillé pour le compte de l'office régional AI du canton de Berne (bureau de Bienne). M. Rossel disposait d'une expérience administrative acquise auprès de l'administration cantonale bernoise, ainsi que de solides connaissances en matière d'AI acquises en qualité de collaborateur de la caisse de compensation du canton et du secrétariat de la commission AI. M. Rossel s'est beaucoup dépensé dans son travail, spécialement ces dernières années, dans une situation économique difficile où le placement des handicapés est loin d'être une sinécure. Nous conserverons de lui le meilleur souvenir.

Jurisprudence

AVS / Calcul des cotisations des indépendants

Arrêt du TFA, du 5 décembre 1985, en la cause F.
(traduction de l'allemand).

Article 9, 2^e alinéa, LAVS; articles 23 et 27 RAVS. Les autorités fiscales doivent évaluer le revenu et le capital propre engagé dans l'entreprise d'après les principes du droit fiscal et communiquer le résultat aux caisses de compensation; il incombe à celles-ci de poursuivre le traitement de ces données selon la jurisprudence fondée sur l'article 23, 4^e alinéa, RAVS et d'effectuer, notamment, la prise en compte des cotisations et la déduction des intérêts de ce capital.

Article 9, 2^e alinéa, lettre d, LAVS. La prise en compte a pour but d'annuler la déduction – fiscalement admise, mais non admise par le droit de l'AVS – des cotisations personnelles des assurés de condition indépendante. Les caisses de compensation doivent prendre en compte les cotisations dont le montant a été fixé pendant les années de calcul, c'est-à-dire qui ont fait l'objet de décisions ou ont été facturées; elles peuvent prendre en compte, si elles le veulent, uniquement les cotisations effectivement payées au cours de ces années-là. La conversion du revenu communiqué (90,6 pour cent) à 100 pour cent n'est pas compatible avec le sens et le but de la prise en compte.

Articolo 9, capoverso 2, LAVS; articoli 23 e 27 OAVS. Le autorità fiscali devono valutare il reddito e il capitale proprio impegnato nell'azienda secondo i principi del diritto fiscale e comunicare il risultato alle casse di compensazione; è compito di quest'ultime di continuare il trattamento di tali dati secondo la giurisprudenza basata sull'articolo 23, capoverso 4, OAVS e, in particolare, di effettuare l'addebito dei contributi e la deduzione degli interessi del capitale proprio.

Articolo 9, capoverso 2, lettera d, LAVS. L'addebito ha come scopo di annullare la deduzione – fiscalmente ammessa, ma non ammessa dal diritto dell'AVS – dei contributi personali degli assicurati indipendenti. Le casse di compensazione devono addebitare i contributi il cui importo è

stato fissato durante gli anni di calcolo, vale a dire quelli che sono stati oggetto di decisioni o sono stati fatturati; esse possono conteggiare, se lo vogliono, unicamente i contributi effettivamente pagati nel corso di quegli anni. La conversione del reddito comunicato (90,6%) al 100% non è compatibile con il senso e con lo scopo dell'addebito.

F. exerce une activité indépendante depuis le 1^{er} janvier 1978 et est affilié, en cette qualité, à la caisse cantonale de compensation. Dans le questionnaire pour indépendants qu'il a rempli le 13 avril 1978, il a estimé son revenu annuel à 45000 francs, et le capital propre engagé dans l'entreprise à 12500 francs. Se fondant sur ces données, la caisse a perçu des cotisations personnelles – calculées d'abord provisoirement – qui s'élevaient à 4250 francs pour 1979 et à 4268 francs pour 1980 (les frais d'administration étant compris dans ces montants); l'assuré les paya par trimestres au cours de ces années-là. Le 25 septembre 1982, l'Office cantonal des impôts communiqua des revenus, tirés d'une activité indépendante, qui s'élevaient à 114901 francs pour 1979 et à 228429 francs pour 1980; il y avait en outre un capital propre de 91000 francs engagé le 1^{er} janvier 1981. Par la suite, la caisse calcula les cotisations pour 1979/1980 d'une manière définitive et fixa également celles de 1981 (année précédant la première période ordinaire de cotisations), ainsi que celles de 1982/1983 (première période ordinaire). Ce faisant, elle ajouta aux revenus communiqués les cotisations personnelles qui leur correspondaient; d'autre part, elle déduisit l'intérêt du capital propre d'après le taux valable au cours des années de cotisations correspondantes. Pour 1979, il en résulta un revenu arrondi, soumis à cotisations, de 120200 francs (114901 francs + cotisations de 11299 francs, moins 5915 francs d'intérêt du capital); pour 1980, un revenu de 247000 francs (228429 francs + cotisations de 23218 francs, moins 4550 francs d'intérêt du capital). Pour l'année 1981, le revenu soumis à cotisations s'éleva à 184300 francs (moyenne des revenus 1979/1980 auxquels on a ajouté les cotisations prises en compte, moins 4550 francs d'intérêt); pour 1982/1983, ce revenu fut de 183900 francs (base de calcul comme pour 1981, mais en déduisant 5005 francs d'intérêt). Par décisions du 18 janvier 1983, la caisse fixa les cotisations pour 1979 à 11299 francs, pour 1980 à 23218 francs et pour 1981 à 17324 francs, les frais d'administration s'ajoutant à ces montants.

Dans une autre décision, datée du 16 mars 1983, elle perçut les cotisations pour 1982/1983 (17287 francs par an, plus les frais d'administration).

L'assuré recourut contre les décisions des 18 janvier et 16 mars 1983. Il alléguait, dans l'essentiel, qu'on ne pouvait additionner aux revenus communiqués par le fisc que les cotisations effectivement payées en 1979 et 1980, c'est-à-dire calculées provisoirement (4249 et 4268 francs), étant donné qu'il avait déclaré seulement des cotisations de ce montant dans ses déclarations d'impôts. Si l'on voulait, comme l'a fait la caisse de compensation, prendre en compte les cotisations qui correspondent aux revenus communiqués, il en résulterait des revenus annuels qu'il n'a, en fait, pas touchés pour de tels montants. La prise en considération des cotisations payées en 1979/1980 mène – en se fondant sur

les revenus communiqués et après déduction de l'intérêt du capital propre – aux revenus soumis à cotisations suivants:

113235 francs (1979)

228147 francs (1980)

171373 francs (1981)

170918 francs (1982/1983).

C'est sur cette base qu'il convient, selon le recourant, de fixer les cotisations. L'autorité cantonale de recours a rejeté les recours.

F. a demandé, par la voie du recours de droit administratif, que les cotisations pour les années 1979 à 1983 soient perçues sur les revenus soumis à cotisations indiqués dans le premier recours. Il allègue, dans l'essentiel, que le revenu soumis à cotisations selon l'article 23, 1^{er} alinéa, RAVS doit être déterminé non pas par la caisse de compensation, mais par le fisc. Par conséquent, il incombe aussi à celui-ci d'annuler la déduction d'assurances sociales admise pour les impôts, mais non pas dans l'AVS, donc d'effectuer la prise en compte. Ce faisant, il ne faudrait cependant ajouter que les cotisations déclarées pour la déduction dans la déclaration d'impôts. Sinon, il y aurait infraction à l'article 9, 2^e alinéa, LAVS. La pratique selon laquelle les cotisations dues sur les revenus communiqués doivent être prises en compte serait contraire à la loi.

Le TFA a admis le recours pour les motifs suivants:

1. Etant donné que des prestations d'assurance ne sont pas litigieuses ici, le TFA doit se borner à examiner si l'autorité qui a rendu le jugement de première instance a commis une violation du droit fédéral, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation, ou si les faits pertinents ont été constatés d'une manière manifestement inexacte ou incomplète, ou établis au mépris de règles essentielles de procédure (art. 132 en corrélation avec l'art. 104, lettres a et b, et l'art. 105, 2^e al., OJ).

En outre, il faut observer l'article 114, 1^{er} alinéa, OJ, selon lequel le TFA n'est pas lié par les motifs que les parties invoquent, dans les litiges concernant des contributions publiques, lorsqu'il s'agit de violations du droit fédéral ou de la constatation inexacte ou incomplète des faits.

2. Selon l'article 8, 1^{er} alinéa, 1^{re} phrase, LAVS (en corrélation avec l'art. 3, 1^{er} al., LAI, l'art. 27, 2^e al., LAPG et l'art. 23a RAPG), une cotisation de 9,4 pour cent est perçue sur le revenu provenant d'une activité indépendante. Ce revenu est calculé, selon l'article 9, 2^e alinéa, LAVS, en déduisant du revenu brut:

- «a. Les frais généraux nécessaires à l'acquisition du revenu brut;
- b. Les amortissements et les réserves d'amortissement autorisés par l'usage commercial et correspondant à la perte de valeur subie;
- c. Les pertes commerciales effectives qui ont été comptabilisées;
- d. Les sommes que l'exploitant verse, durant la période de calcul, pour des buts de bienfaisance en faveur de son personnel, si cette affectation est assurée de telle sorte que tout emploi ultérieur contraire à leur destination soit impossible, ou pour des buts de pure utilité publique, à l'exception des cotisations dues en vertu de l'article 8 et de celles qui sont prévues par la LAI et par la LAPG;

e. Un intérêt du capital propre engagé dans l'exploitation, fixé par le Conseil fédéral sur préavis de la Commission fédérale de l'AVS/AI.»

En outre, il y a lieu, le cas échéant, de déduire, selon l'article 6, 2^e alinéa, RAVS, les prestations qui ne sont pas comprises dans le revenu provenant d'une activité lucrative au sens donné à ce mot dans l'AVS (cf. art. 9, fin du 2^e al., LAVS; art. 18, 3^e al., RAVS).

Les déductions prévues par l'article 9, 2^e alinéa, lettres a à c, et lettre d, 1^{re} phrase, LAVS, concordent en bonne partie avec celles de l'impôt fédéral direct (appelé «impôt pour la défense nationale» avant 1983; cf. art. 22, 1^{er} al., lettres a, b, c et f, de l'ACF sur la perception d'un impôt fédéral direct). Toutefois, contrairement à ce qui se passe en matière d'impôts fédéraux directs, les cotisations personnelles des indépendants ne peuvent être déduites dans l'AVS (cf. art. 9, 2^e al., lettre d, 2^e phrase, LAVS; art. 22, 1^{er} al., lettre g, de l'ACF cité ci-dessus). La loi tient ainsi compte du fait que même lorsqu'il s'agit du revenu des salariés, aucune déduction n'est admise, étant donné que les cotisations paritaires sont perçues, dans ce cas, sur le salaire brut (salaire déterminant, art. 5, 1^{er} et 2^e al., LAVS; cf. RCC 1950, p. 10). Une autre différence par rapport à l'impôt direct consiste dans l'octroi d'une déduction de l'intérêt du capital propre qui est engagé par la personne indépendante dans l'entreprise, ce capital étant évalué selon les dispositions en matière d'impôt fédéral direct (art. 9, 2^e al., lettre e, LAVS; art. 18, 2^e al., RAVS). Grâce à cette prescription, l'AVS ne peut soumettre à cotisation, s'agissant du revenu des indépendants, que les gains tirés d'un travail et non pas ceux que pourrait produire l'engagement de capitaux (message du 24 mai 1946, FF 1946 II 381; Bratschi, *Der Einkommensbegriff in der AHV*, thèse Berne 1952, pp. 156ss). En comparaison avec les déductions admises en matière d'impôt fédéral direct, l'impossibilité de déduire les cotisations des indépendants et la déduction de l'intérêt du capital propre constituent ainsi des particularités du droit de l'AVS.

3. Le recourant allègue, pour commencer, que le revenu soumis à cotisations des personnes indépendantes doit être calculé non pas par les caisses de compensation, mais par les autorités fiscales. Par conséquent, il incomberait également à celles-ci d'annuler la déduction de cotisations admise en matière d'impôts fédéraux directs et d'effectuer la prise en compte des cotisations au sens de l'article 9, 2^e alinéa, lettre d, 2^e phrase, LAVS. Le recourant soulève ainsi la question de la répartition des tâches entre les caisses de compensation et le fisc dans le calcul du revenu et des cotisations.

a. Selon l'article 63, 1^{er} alinéa, lettre a, LAVS, il incombe aux caisses de compensation de fixer les cotisations. Ces caisses sont désignées expressément, à l'article 49 LAVS, comme organes chargés d'appliquer l'AVS. La base sur laquelle sont fixées les cotisations des indépendants, c'est le «revenu net», terme par lequel l'article 22 RAVS (cf. aussi les art. 24ss RAVS) définit le revenu provenant d'une activité indépendante mentionné par l'article 8, 1^{er} alinéa, LAVS. Ce revenu net est calculé en partant du revenu brut selon l'article 9, 2^e alinéa, LAVS et en effectuant d'une part les déductions admises en matière d'impôts fédéraux et d'AVS, d'autre part les déductions admises seulement

selon le droit de l'AVS. En partant de ce revenu brut, on effectue donc aussi bien des opérations de droit fiscal que des opérations de droit AVS.

Lors de la création de l'AVS, on avait l'intention, dès les origines, de renoncer à créer, rien que pour cette assurance, un appareil administratif trop lourd qui serait utilisé pour calculer les revenus. Cette tâche devait être confiée aux autorités fiscales (Rapport des experts du 16 mars 1945, p. 36; FF 1946 II 381 et 512; Binswanger, Kommentar zum AHVG, pp. 73ss; ATFA 1951, p. 113, RCC 1951, p. 239, consid. 1 a); cependant, il ne fallait pas que lesdites autorités deviennent des organes de l'AVS (cf. FF 1946 II 436). Le législateur donna donc au Conseil fédéral, à l'article 9, 4^e alinéa, LAVS, la compétence de confier aux autorités cantonales le calcul du revenu tiré d'une activité indépendante. Notre Gouvernement a usé de cette compétence en promulguant l'article 23 RAVS, dont le 1^{er} alinéa dispose:

«Pour établir le revenu déterminant le calcul des cotisations, les autorités fiscales cantonales se fondent sur la taxation passée en force de l'impôt fédéral direct. Elles tirent le capital propre engagé dans l'entreprise de la taxation passée en force de l'impôt cantonal adaptée aux normes de l'impôt fédéral direct.» Ces données doivent être communiquées aux caisses de compensation, au fur et à mesure, par les autorités fiscales (art. 27, 2^e al., RAVS). Celles-ci doivent donc indiquer, dans tous les cas, le revenu. S'il y a – comme dans la plupart des cas – un capital propre engagé dans l'entreprise de l'assuré, elles doivent en outre en communiquer le montant. Le seul fait que lesdites autorités doivent communiquer régulièrement deux facteurs montre que leur tâche ne peut consister à donner un résultat final, c'est-à-dire à indiquer le revenu (net) soumis à cotisations. En effet, cela supposerait que ces autorités – abstraction faite de la question de la prise en compte des cotisations et de la qualification du revenu en matière de cotisations, cf., sur ce dernier point, le considérant 3c ci-après – devraient effectuer au moins une opération appartenant spécifiquement au domaine de l'AVS, puisqu'elles auraient à calculer le revenu tiré de l'engagement de ce capital et à le déduire sous la forme d'un intérêt du revenu total (mixte) tiré du travail et du capital. Or, cela ne serait pas compatible avec la fonction qui leur est attribuée, celle d'organes auxiliaires de l'AVS (Binswanger, ouvrage cité, p. 76).

b. Certes, il faut admettre que la teneur de l'article 23, 1^{er} alinéa, RAVS, considérée dans le contexte de la présente affaire, est équivoque. Alors que l'article 27, 2^e alinéa, ne prévoit que l'obligation des autorités fiscales de «transmettre» («übermitteln») les indications nécessaires au calcul des cotisations, donc de les communiquer, ces mêmes autorités doivent, selon l'article 23, 1^{re} partie du 1^{er} alinéa, «établir» («ermitteln») le revenu déterminant le calcul des cotisations. Cette rédaction pourrait, selon l'idée du recourant, faire conclure que lesdites autorités doivent établir le revenu du travail qui est déterminant et en séparer la part de revenu tirée de l'engagement du capital; la caisse de compensation n'aurait alors plus qu'à calculer les cotisations correspondant au taux de 9,4 pour cent ou au barème dégressif. Toutefois, une telle interprétation est exclue si l'on considère la 2^e partie de ce 1^{er} alinéa, selon laquelle les autorités

fiscales doivent calculer – outre le revenu selon la 1^{re} partie de l'alinéa – aussi le capital propre engagé dans l'entreprise et le communiquer aux caisses conformément à l'article 27, 2^e alinéa. Cette 2^e partie de l'alinéa n'aurait pas sa raison d'être si l'on adoptait la conception du recourant. L'article 23, 1^{er} alinéa, ne peut donc être compris que dans ce sens: les autorités fiscales doivent déterminer le revenu total (mixte) des personnes indépendantes (revenu tiré du travail et du capital engagé) et le capital propre sur la base du dossier fiscal, donc d'après une opération de droit fiscal; ensuite, elles communiqueront ces données aux caisses. En revanche, il incombe à celles-ci d'écartier le revenu du capital (Binswanger, ouvrage cité, p. 78). Vu le rôle auxiliaire des autorités fiscales, qui se limite à une évaluation purement fiscale, il doit donc incomber aux caisses de prendre en considération les différences entre le droit de l'AVS et l'impôt fédéral direct et de tenir compte, en particulier, du fait que les cotisations des indépendants ne peuvent être déduites dans l'AVS, contrairement aux impôts fédéraux directs.

c. On peut avancer encore un autre argument pour contester l'opinion du recourant, selon laquelle le revenu soumis à cotisations devrait être calculé par les autorités fiscales. L'article 23, 4^e alinéa, RAVS déclare que les données à fournir par celles-ci (en vertu du 1^{er} al.) lient les caisses de compensation. Selon la jurisprudence, le juge des assurances sociales ne peut s'en écarter que si la taxation fiscale sur laquelle elles sont fondées contient des erreurs manifestes et dûment prouvées qui peuvent être corrigées d'emblée, ou lorsqu'il s'agit d'apprécier des faits sans importance du point de vue fiscal, mais décisifs en matière de droit des assurances sociales. La force obligatoire absolue des données que fournissent les autorités fiscales sont limitées cependant au calcul du revenu déterminant et du capital propre engagé dans l'entreprise. Elles ne concernent donc pas la qualification, en matière de cotisations AVS, du revenu ou de la personne qui touche ce revenu; par conséquent, elles sont sans influence sur la question de savoir si le revenu en cause provient d'un travail, s'il est tiré d'une activité indépendante ou d'une activité salariée et si l'intéressé est tenu de cotiser. Ainsi, les caisses de compensation peuvent, sans être liées par des communications fiscales, décider, d'après les normes du droit de l'AVS, qui est tenu de payer des cotisations pour un revenu communiqué par l'autorité fiscale. De même, lorsqu'elles doivent établir si elles ont affaire à une activité indépendante ou salariée, les caisses de compensation ne sont pas liées par les communications des autorités fiscales cantonales. Il est vrai qu'elles doivent en règle générale se fier à ces communications pour la qualification du revenu et procéder à leurs propres investigations seulement lorsqu'il y a des doutes sérieux quant à leur exactitude. Cette compétence des caisses vaut d'autant plus lorsqu'il y a lieu de déterminer si un assuré exerce ou non une activité lucrative. C'est pourquoi il se justifie que les caisses puissent décider librement si le revenu d'un capital communiqué par l'autorité fiscale doit être qualifié de revenu du travail (ATF 110 V 370, consid. 2a, avec références; RCC 1985, p. 121). Ces commentaires montrent, eux aussi, que les données des autorités fiscales ne peuvent constituer que des résultats intermédiaires. Elles sont déterminan-

tes, pour le calcul des cotisations, dans la mesure où – en admettant qu'un assuré est tenu de payer des cotisations sur un certain revenu, et sous réserve de la rectification par le juge d'erreurs manifestes qui peuvent d'emblée être corrigées – le revenu communiqué et le capital propre ne peuvent, quantitativement, être évalués autrement que par lesdites autorités (Binswanger, ouvrage cité, pp. 76ss; arrêt non publié en la cause K. du 9 août 1985). A cet égard, elles sont une base de calcul pour la détermination du revenu soumis à cotisations, détermination qui doit être effectuée par la caisse de compensation, d'une manière autonome, d'après les normes du droit de l'AVS (Oswald, Aktuelle Rechtsfragen aus dem Gebiete der AHV, Revue de droit suisse 74/1955, p. 54a, note 137). A cela se rattachent aussi, outre la qualification du revenu ou de la personne qui touche celui-ci, comme déjà dit, la prise en compte des cotisations des indépendants et la déduction de l'intérêt du capital propre.

4. Le recourant allègue en outre que l'on ne peut additionner au revenu communiqué par l'autorité fiscale que les cotisations d'indépendant qui ont été déclarées comme déduction dans la déclaration d'impôts. La prise en compte de cotisations plus élevées, telle qu'elle a été effectuée dans le cas présent, donne un revenu qui n'a en fait pas été touché pour un montant aussi considérable, et elle enfreint l'article 9, 2^e alinéa, lettre d, LAVS. La pratique administrative confirmée par le TFA, selon laquelle il faudrait prendre en compte les cotisations correspondant au revenu communiqué, n'est pas compatible avec la loi.

a. Il faut noter tout d'abord que les cotisations personnelles des indépendants peuvent être déduites du revenu brut selon l'article 22, 1^{er} alinéa, lettre g, de l'ACF concernant la perception d'un impôt fédéral direct, alors que l'article 9, 2^e alinéa, lettre d, 2^e phrase, LAVS prévoit le contraire. Les communications à faire par le fisc selon les articles 23 et 27 RAVS ne tiennent pas compte de cette particularité du droit de l'AVS, étant donné qu'elles englobent le revenu réduit des déductions faites selon l'article 9, 2^e alinéa, lettres a à d, LAVS (Binswanger, ouvrage cité, p. 75), c'est-à-dire le revenu après déduction des cotisations personnelles déclarées dans la déclaration d'impôts (cf. ATFA 1959, p. 37, RCC 1960, p. 39; RCC 1955, p. 158, consid. 2; voir aussi RCC 1950, p. 10). La pratique administrative a d'ailleurs adopté la règle selon laquelle l'autorité fiscale communique le revenu après déduction (N° 21 des directives aux administrations fiscales concernant la procédure de communication du revenu aux caisses de compensation, annexe 3 des directives de l'OFAS sur les cotisations des travailleurs indépendants et des non-actifs, dont le titre est abrégé ici DIN; ces dernières directives sont valables depuis le 1^{er} janvier 1980). C'est le cas également lorsqu'elle a évalué le revenu par taxation d'office (N° 206 DIN; arrêt non publié F. du 16 novembre 1979; on avait encore adopté une solution différente dans les arrêts X, ATFA 1959, pp. 37ss, RCC 1960, p. 39, R.K., RCC 1957, p. 225, et P.M., RCC 1955, p. 158, consid. 2). Les caisses de compensation doivent donc, en ce qui concerne l'article 9, 2^e alinéa, lettre d, 2^e phrase, LAVS, effectuer en conséquence une correction dans ce sens: la déduction de cotisations admise fiscalement doit être annulée par la prise en compte de ces mêmes cotisations, c'est-à-dire que le revenu communiqué par les autorités fiscales doit

être augmenté de ces cotisations (ATFA 1959, p. 37, RCC 1960, p. 39; RCC 1957, p. 225, et 1955, p. 158, consid. 2; voir aussi RCC 1950, p. 10). Le but de la prise en compte est donc *d'annuler une opération fiscalement admise*. Par conséquent, il ne faut rien y ajouter si les cotisations sont déjà contenues dans le revenu communiqué, soit que l'autorité fiscale inscrive une remarque dans ce sens sur la formule de communication (N° 207 DIN; N° 21 a des directives pour les autorités fiscales; RCC 1955, p. 158, consid. 2), soit que l'assuré indépendant prouve qu'il n'a pas déclaré les cotisations dans sa déclaration d'impôts (N° 208 DIN). De même, il n'y a pas de prise en compte lorsque la caisse de compensation calcule elle-même le revenu conformément aux articles 24 et 25 RAVS; dans ces cas-là, en effet, elle doit déterminer directement, selon ses possibilités, le total du revenu soumis à cotisations (cf. art. 26, 1^{er} al., RAVS), si bien qu'aucune déduction de cotisations ne doit être annulée (arrêt non publié A. et R. du 30 mars 1983; N° 211 DIN). En outre, la prise en compte doit englober seulement les cotisations proprement dites selon l'article 8 LAVS et non pas les frais d'administration prévus par l'article 69, 1^{er} alinéa, de cette loi, ceux-ci étant ajoutés aux cotisations selon un certain pourcentage (Bratschi, ouvrage cité, p. 156, avec un renvoi à RCC 1950, p. 448; cf. aussi N° 205 DIN).

b. Le TFA a dit, dans plusieurs arrêts non publiés datant des premières années de l'AVS, que les cotisations personnelles déclarées dans la déclaration d'impôts et déduites dans la taxation fiscale doivent être prises en compte. Etant donné que l'on peut, en droit fiscal, déduire les cotisations que le contribuable a dû payer pendant la période de calcul (cf. Känzig, Kommentar zur direkten Bundessteuer, 2^e éd., 1982, p. 673, note 189 à propos de l'art. 22, 1^{er} al., lettre g, de l'ACF concernant la perception d'un impôt fédéral direct), on pouvait conclure avec Oswald (ouvrage cité, p. 54a) que les cotisations personnelles payées pendant ladite période doivent être prises en compte (ainsi dans la RCC 1955, p. 158, consid. 2). Si le TFA a parlé, dans l'arrêt X du 3 février 1959 (ATFA 1959, p. 36), des «auf die Bemessungsjahre entfallenden Beiträge» (on a traduit, dans la RCC 1960, p. 39: «cotisations payées pendant l'année de calcul»), on ne pouvait comprendre cela autrement que dans le sens indiqué ci-dessus.

c. Se fondant sur cette jurisprudence, l'OFAS a admis tout d'abord, lui aussi, la possibilité de prendre en compte les cotisations payées pendant les années de calcul (cf. RCC 1950, p. 10). Toutefois, une question se posait apparemment: Que fallait-il prendre en compte lorsque des cotisations ayant fait l'objet d'une décision pendant la période de calcul étaient encore, à l'écoulement de celle-ci, entièrement ou partiellement impayées? C'est pourquoi les instructions administratives précisèrent que les cotisations personnelles dues pendant les années de calcul en question devaient être prises en compte; il fallait entendre ici uniquement les cotisations ayant déjà fait l'objet de décisions, puisque la prise en compte devait correspondre au montant de la cotisation AVS que l'assuré était en droit de déduire dans sa déclaration d'impôts (cf. la récapitulation de l'OFAS concernant la pratique d'alors, RCC 1956, p. 306).

Les instructions valables dès 1956 ont apporté une innovation: Désormais, les caisses de compensation pouvaient prendre en compte, au lieu des cotisations

dues, celles qui avaient été effectivement payées pendant la période de calcul. Par «cotisations dues», il fallait entendre, aussi à l'avenir, les cotisations déjà fixées par décision pendant ladite période, mais également, désormais, les cotisations arriérées dont le paiement était demandé par décision pendant cette période (cf. RCC 1956, pp. 306ss, et p. 127). Ces deux méthodes de prise en compte furent admises plus tard dans les DIN (cf. N° 206 dans la teneur valable jusqu'à fin 1982, et N° 209), mais sans définition précise de la notion de «cotisations dues».

d. Vers la fin des années 70, plusieurs litiges de cotisations ont fourni l'occasion de se demander comment il faut effectuer la prise en compte lorsque l'assuré – qui vient d'entreprendre une activité lucrative indépendante – paie des cotisations calculées d'abord d'une manière provisoire et que la caisse de compensation, après avoir reçu la première communication fiscale, doit fixer ces cotisations à titre définitif.

Dans l'arrêt non publié J. du 25 juillet 1979, dans lequel le problème de la prise en compte ne jouait qu'un rôle accessoire, le TFA a déclaré que les cotisations correspondant au revenu communiqué par le fisc doivent être prises en compte. Sans examiner de plus près la notion de «cotisations dues à prendre en compte», le tribunal entendait par là non pas les cotisations ayant déjà fait l'objet d'une décision d'après le revenu calculé provisoirement, mais celles qui sont dues sur le revenu communiqué définitivement. La même conception a été adoptée dans l'arrêt P. du 17 mars 1980, également non publié, qui se référait à l'arrêt J. et constatait expressément que par «cotisations dues», on n'entendait pas les cotisations ayant fait l'objet de décisions sur la base du revenu calculé provisoirement.

L'OFAS a saisi l'occasion de cet arrêt P. en publiant, dans ses instructions, de nouvelles règles sur la prise en compte pour les cas où les cotisations perçues selon la procédure extraordinaire sur le revenu actuel doivent être fixées définitivement après réception de la communication fiscale. En admettant que celle-ci indique le revenu après déduction des cotisations prévues par la loi depuis 1979 (elles sont de 9,4 pour cent), l'OFAS a ordonné, dans le supplément 2 des DIN valable dès le 1^{er} janvier 1983, que la prise en compte soit effectuée de manière à convertir le revenu communiqué de 90,6 à 100 pour cent (cf. N° 206.3 de ce supplément). Pour les revenus à l'intérieur du barème dégressif (art. 8, 1^{er} al., dernière phrase, LAVS, et art. 21 RAVS), les nouvelles instructions prévoyaient la prise en compte en francs des cotisations correspondant au revenu communiqué (cf. N° 206.2 du supplément cité). Parallèlement à ces nouvelles règles concernant la prise en compte des cotisations dues, l'OFAS laissait aux caisses la possibilité de prendre en compte seulement les cotisations payées (N° 209 DIN). En revanche, il n'y eut pas d'adaptation des directives aux autorités fiscales au sujet de la procédure de communication (DIN, annexe 3), directives dont le N° 21 continue à poser la condition que les communications fiscales indiquent le revenu après déduction des cotisations personnelles d'indépendants payées au cours de la période de calcul.

e. Cette nouvelle jurisprudence et la modification des instructions administrati-

ves qui s'en inspire ne sont pas compatibles avec l'article 9, 2^e alinéa, lettre d, LAVS. Le but de la prise en compte est de compenser la différence de traitement des cotisations personnelles selon le droit de l'AVS et le droit de l'impôt fédéral en procédant à une opération spéciale, qui consiste à additionner au revenu (après déduction) communiqué par l'autorité fiscale la déduction de cotisations admise par le fisc, c'est-à-dire à annuler une opération autorisée en matière d'impôts. C'est pourquoi l'on ne peut prendre en compte que ce qui a pu, précédemment, être déduit. S'il y a lieu de faire la déduction fiscale seulement lorsque les cotisations ont déjà été fixées par décision (ou ont éventuellement été facturées sans décision formelle), seules ces cotisations (mais sans les frais d'administration, cf. fin du consid. 4a) peuvent être prises en compte. Si, par exemple, un assuré, après avoir entrepris une activité indépendante (art. 25, 1^{er} al., RAVS), doit payer d'abord des cotisations calculées provisoirement, seules ces cotisations provisoires peuvent – lors de la fixation définitive du revenu soumis à cotisations, après réception de la communication fiscale – être l'objet de la prise en compte; en effet, c'est seulement dans les limites des cotisations ayant déjà fait l'objet d'une décision ou d'une facturation que l'assuré pouvait effectuer une déduction fiscale, qui diminuait le revenu fixé par communication fiscale et qu'il s'agit d'annuler, cette déduction n'étant pas admise en droit de l'AVS.

Pour pouvoir effectuer, dans ce sens, la prise en compte, la caisse de compensation n'a généralement pas besoin de données spécialement fournies par le fisc au sujet du montant de la déduction signalée dans la déclaration d'impôts. Certes, il serait très indiqué – pour assurer une exécution correcte de la prise en compte – que la caisse sache, dans chaque cas, si et pour quel montant des cotisations personnelles ont été déduites dans la déclaration d'impôts; l'autorité fiscale pourrait, il est vrai, communiquer seulement la somme totale de la déduction, y compris les frais d'administration que l'on ne peut prendre en compte. Toutefois, la caisse peut déterminer, d'après les dossiers en sa possession (ou bien, en cas de changement de caisse survenu entre-temps, d'après les dossiers de l'ancienne caisse, cf. RCC 1950, p. 10), dans quelle mesure des décisions ont été rendues, ou des factures présentées, pendant la période de calcul en cause, au sujet de cotisations provisoirement calculées, et si ces cotisations étaient déjà payées ou encore en suspens à la fin de la période de calcul. Si les instructions prévoient que les caisses sont libres de prendre en compte soit les cotisations payées, soit les cotisations dues, on ne peut entendre, par «cotisations dues», que celles dont le montant a été fixé déjà pendant la période de calcul (comme on l'a dit justement dans RCC 1956, pp. 306ss); les cotisations payées sont celles qui ont effectivement déjà été payées, alors que le terme de «cotisations dues» englobe le montant total des cotisations qui ont fait l'objet de décisions ou ont été facturées, c'est-à-dire aussi bien celles qui sont encore «en suspens» que celles qui ont été payées.

Dans la mesure où la nouvelle jurisprudence (cf. consid. 4d) entend, par «cotisations dues», celles qui doivent être payées sur le revenu définitivement calculé, lorsqu'il s'agit de prise en compte, l'on ne peut la maintenir. De même, les

instructions mises en vigueur en 1983 ne sont pas en accord avec l'article 9, 2^e alinéa, lettre d, LAVS dans la mesure où elles prévoient la prise en compte sous la forme d'une conversion du revenu communiqué à 100 pour cent ou – dans les limites du barème dégressif – la prise en compte des cotisations (en francs) qui correspondent au revenu communiqué. En effet, cela mènerait à un résultat contraire au but de la prise en compte chaque fois que le revenu définitif selon la communication fiscale et celui, provisoire, admis par la caisse ne diffèrent pas l'un de l'autre seulement en ce qui concerne l'exclusion ou l'inclusion des cotisations AVS. Dans de tels cas, et ils semblent être nombreux, ce n'est pas seulement, en effet – ainsi que le montre celui qui est considéré ici –, l'opération admise fiscalement qui est annulée lorsque l'on procède de cette manière.

f. Ainsi que le recourant l'expose avec raison, on obtient des revenus trop élevés lorsque le revenu définitif selon communication fiscale est supérieur au revenu provisoirement admis et que les cotisations à prendre en compte sont calculées d'après le taux légal sur ce revenu définitif. En effet, dans ce cas-là, on additionne non pas les cotisations (déjà fixées) qui donnaient droit à une déduction fiscale, mais bien plutôt des cotisations plus élevées que l'assuré ne pouvait déclarer dans sa déclaration d'impôts, puisque leur montant n'était pas encore fixé au cours de l'année de calcul.

D'après le dossier du cas présent, la caisse s'est fondée, en calculant provisoirement les cotisations pour 1979 et 1980, sur un revenu annuel estimé à 45000 francs et sur un capital propre de 12500 francs; elle a fixé les cotisations, y compris les frais d'administration, à 4250 francs (1979) et 4268 francs (1980). Le recourant a payé ces cotisations par trimestres et les a déclarées ensuite dans ses déclarations d'impôts. Le revenu obtenu effectivement au cours de ces années était cependant sensiblement plus élevé que l'estimation. Selon la communication fiscale du 25 septembre 1982, il était – après déduction des cotisations déclarées, y compris les frais d'administration – de 114901 (1979) et 228429 francs (1980). Se fondant sur ces chiffres (et sur le capital propre, définitivement communiqué, de 91000 francs), la caisse a fixé les cotisations personnelles – sans les frais d'administration – à 11299 (1979) et 23218 francs (1980), et les a additionnées au revenu communiqué, ce qui a donné des revenus (avant déduction) de 126200 (1979) et 251647 francs (1980). Elle a donc pris en compte des cotisations différentes, sensiblement plus élevées que celles que le recourant pouvait déduire dans sa déclaration d'impôts et a effectivement déduites. Cela influence considérablement le montant des cotisations que le recourant doit payer définitivement pour 1979 et 1980. De même, le revenu (avant déduction) de ces années, trop élevé selon le calcul de la caisse, influence aussi les cotisations de la période suivante, étant donné que pour 1981 (année précédente) et 1982/1983 (première période ordinaire de cotisations), c'est le revenu moyen de 1979/1980, y compris les cotisations (trop élevées) prises en compte ces années-là, qui est déterminant (cf. art. 22, 2^e al., et 25, 3^e al., RAVS). C'est donc avec raison que le recourant conteste l'argument des premiers juges, selon lequel «la compensation pour les cotisations prises en compte, non encore payées, ... (aura lieu) pendant une période de cotisa-

tions ultérieure, si bien qu'une charge supplémentaire imposée au recourant sera évitée».

Une compensation d'une prise en compte initialement trop élevée par une prise en compte plus basse, et inversement, n'est possible que si la caisse tient compte d'emblée (et à juste titre) uniquement des cotisations qui ont déjà été l'objet d'une décision; si elle prend en compte dès le début – sans considérer la date et le montant des acomptes – les cotisations ayant fait l'objet de décisions globales pendant les années de calcul (cotisations payées et, éventuellement, encore en suspens), cette méthode conduit, à longue échéance, à une compensation et au même résultat que si l'on additionnait seulement les cotisations effectivement payées pendant les années de calcul. C'est seulement dans ce sens qu'il faut comprendre la remarque à propos de la compensation que l'on trouve dans l'arrêt non publié K. du 28 septembre 1979; dans ce cas-là, la caisse de compensation avait d'ailleurs procédé correctement en prenant en compte – comme le dit le jugement cantonal qui est à la base de cet arrêt – les cotisations provisoirement fixées pendant ces années de calcul.

g. En résumé, on peut dire que la prise en compte (nécessaire selon l'article 9, 2^e al., lettre d, LAVS) des cotisations personnelles a pour but d'annuler une opération admise par le droit fiscal. Sont déductibles, d'après celui-ci, les cotisations ayant fait l'objet de décisions ou facturées pendant les années de calcul (plus les frais d'administration) et non pas celles qui doivent être payées sur un revenu calculé plus tard d'une manière précise. Si le revenu indiqué par la communication fiscale n'a pu être réduit que des cotisations fiscalement déductibles, seules celles-ci peuvent être prises en compte, mais sans les frais d'administration. En partant du «cas normal» (déclaration, par l'assuré, d'une déduction dans sa déclaration d'impôts), la caisse doit prendre en compte les cotisations ayant déjà fait l'objet de décisions ou déjà facturées, en considérant globalement celles qui ont été l'objet de décisions dans l'année de calcul, ou bien seulement les cotisations effectivement payées. Si l'autorité fiscale note, dans sa communication, qu'aucune cotisation n'a été déduite dans la déclaration d'impôts, ou si l'assuré en fournit la preuve, il faut renoncer à la prise en compte.

5. D'après ce qui a été dit ci-dessus, il est établi que la caisse de compensation n'a, en l'espèce, pas effectué la prise en compte d'une manière conforme à l'article 9, 2^e alinéa, lettre d, LAVS. L'affaire doit donc lui être renvoyée, afin qu'elle prenne en compte, en partant du revenu communiqué par le fisc, les cotisations ayant fait l'objet de décisions et payées en 1979 et 1980, calcule – après déduction de l'intérêt du capital propre – le revenu soumis à cotisations pour ces années-là et fixe à nouveau les cotisations. Etant donné que le montant des cotisations à prendre en compte influence aussi le revenu soumis à cotisations des trois années suivantes, il faut recalculer également les cotisations pour 1981, 1982 et 1983. Contrairement à ce que le recourant a demandé, il faut prendre en compte ici non pas les déductions proposées dans les déclarations d'impôts, soit 4250 francs (1979) et 4268 francs (1980), mais seulement les cotisations nettes sans les frais d'administration.

6. ... (Frais de procédure.)

Arrêt du TFA, du 5 décembre 1985, en la cause A. N.
(traduction de l'allemand).

Article 9, 2^e alinéa, lettres d et e, LAVS. Si la caisse de compensation prend en compte correctement les cotisations qui ont fait l'objet de décisions ou ont été facturées dans les années de calcul (et dont le montant est ainsi connu), ou éventuellement les cotisations déjà payées pendant ces années-là, l'ordre de succession de la prise en compte et de la déduction des intérêts pour le capital propre engagé dans l'entreprise ne joue aucun rôle.

Articolo 9, capoverso 2, lettere d ed e, LAVS. Se la cassa di compensazione addebita in modo corretto i contributi che sono stati oggetto di decisioni o che sono stati fatturati negli anni di calcolo (e il cui totale è quindi conosciuto), o eventualmente i contributi già pagati durante quegli anni, l'ordine di successione del conteggio e della deduzione degli interessi per il capitale proprio investito nell'azienda non ha nessuna importanza.

En fixant les cotisations personnelles d'A. N. selon la procédure extraordinaire, la caisse de compensation a effectué la prise en compte en convertissant le revenu déclaré de 90,6 à 100 pour cent. Par la suite, il y eut un litige à propos de la question de savoir si cette opération doit être effectuée avant ou après la déduction de l'intérêt du capital engagé. Se référant à ses considérants de l'arrêt F. (même date que le présent arrêt), le TFA a ajouté :

5. e. Si l'on procède dans le sens de ces commentaires, la caisse doit prendre en compte les cotisations dont le montant est déjà connu et qui ne dépendent pas, quant à leur montant, du revenu déclaré. Par conséquent, si la caisse prend en compte, d'une part, des cotisations dont le montant est connu (cotisations payées ou facturées) et si, d'autre part, elle déduit l'intérêt – dépendant du montant du capital engagé et également connu –, cela ne joue finalement aucun rôle que l'on commence par la prise en compte et déduise ensuite l'intérêt, ou inversement. Le résultat est le même dans les deux cas. Il n'en va pas de même, en revanche, lorsque la prise en compte des cotisations est effectuée par conversion du revenu déclaré de 90,6 à 100 pour cent. Cette manière d'agir n'annule pas la déduction admise fiscalement, mais elle entraîne la prise en compte d'autres cotisations que celles que l'assuré pouvait déclarer dans sa déclaration d'impôts, et cela chaque fois que le revenu définitif (selon la communication fiscale) et le revenu provisoire admis par la caisse diffèrent l'un de l'autre non seulement en ce qui concerne l'exclusion ou l'inclusion des cotisations. Le résultat n'est alors pas «plus exact» et n'est pas conforme au sens et au but de l'article 9, 2^e alinéa, lettre d, LAVS, même si la caisse – en cas d'engagement d'un capital propre – déduit d'abord l'intérêt du revenu communiqué et n'effectue la prise en compte que dans une seconde phase. Cela,

l'autorité de première instance a omis de le prendre en considération en expliquant la cause de la prise en compte trop élevée par l'ordre de succession de ces opérations et non pas par le mode de ladite prise en compte.

AVS / Rentes

Arrêt du TFA, du 25 janvier 1985, en la cause G. G.

Articles 30 et 31 LAVS. Dans le cas d'une femme qui s'est mariée avant le 1^{er} janvier 1948 et dont le mariage a été dissous par le divorce moins d'une année civile entière avant le début de la rente, on calcule la rente simple de vieillesse uniquement d'après la variante I du calcul comparatif institué par la jurisprudence.

Articoli 30 e 31 LAVS. Nel caso di una donna che si è sposata prima del 1° gennaio 1948 e il cui matrimonio è stato sciolto con il divorzio meno di un intero anno civile prima dell'inizio della rendita, si calcola la rendita semplice di vecchiaia esclusivamente secondo la variante I del calcolo comparativo istituito dalla giurisprudenza.

L'assurée, née le 30 juin 1920, mariée en 1941, divorcée le 16 avril 1981, a exercé une activité lucrative jusqu'au 30 juin 1982. La caisse de compensation lui a accordé une rente ordinaire simple de vieillesse fixée à 632 francs par mois dès le 1^{er} juillet 1982 sur la base d'un revenu annuel déterminant de 8184 francs et d'une durée de cotisations de trente-quatre ans (échelle 44).

L'assurée recourut contre cette décision auprès de l'autorité cantonale; elle demandait que sa rente de vieillesse fût calculée, d'une part, en tenant compte de la période de divorce d'une année comprise entre le 1^{er} juillet 1981 et le 30 juin 1982; d'autre part, en prenant en considération la moitié des cotisations AVS versées par son ancien époux de 1952 à 1974, pour le motif qu'elle avait collaboré alors dans l'entreprise de celui-ci sans toucher de salaire. Par jugement du 30 juin 1983, l'autorité cantonale de recours rejeta les conclusions relatives à la prise en compte des cotisations versées par l'ex-conjoint, mais elle admit le recours pour le surplus et renvoya le dossier de la cause à la caisse de compensation pour nouvelle décision, dans le sens de l'application du calcul comparatif de la rente simple de vieillesse revenant à la femme divorcée qui est prescrit par la jurisprudence.

L'OFAS a interjeté recours de droit administratif, concluant à l'annulation du jugement attaqué sur le point du calcul comparatif et au rétablissement de la décision litigieuse.

Le TFA a admis, pour les motifs suivants, ce recours de droit administratif (extrait des considérants):

1 ...

2. a. Pour remédier à certains inconvénients découlant de l'application littérale des articles 29 bis, 2^e alinéa, 30, 2^e alinéa et 31 LAVS au calcul de la rente simple de vieillesse revenant à la femme mariée ou divorcée, le TFA a adopté, dans l'arrêt de principe en la cause F. du 9 juillet 1975 (ATF 101 V 184, RCC 1975, p. 534), une méthode nouvelle en instaurant le principe d'un calcul comparatif: d'une part, on divise le total des revenus de l'activité lucrative par le nombre global d'années d'assurance (variante I); d'autre part, on divise les revenus acquis avant et, le cas échéant, après le mariage par le nombre correspondant d'années de cotisations (variante II). Est déterminant le résultat le plus favorable à l'assurée. Cette jurisprudence a été confirmée à plusieurs reprises, le tribunal ayant pourtant observé qu'il ne serait pas inutile que le législateur se soucie de la question lors d'une prochaine révision de la loi (ATF 106 V 203, RCC 1981, p. 494).

b. Dans un arrêt du 24 mai 1977, le TFA s'est prononcé sur le cas d'une assurée dont le mariage était antérieur au 1^{er} janvier 1948, soit à la date de l'entrée en vigueur de la LAVS, et il a considéré que, dans cette éventualité, l'application de la variante II – et donc aussi le calcul comparatif exposé ci-dessus – n'était pas possible (RCC 1978, p. 193, consid. 2 c).

De son côté, dans ses Directives concernant les rentes (DR) valables dès le 1^{er} janvier 1980, l'OFAS a prescrit aux caisses de compensation, «pour les femmes dont le mariage est antérieur à 1948», de procéder au calcul de la rente «conformément au N° 443.1» – c'est-à-dire selon la variante I – «à moins que, depuis 1948, l'intéressée n'ait été divorcée pendant une année civile entière au moins» (N° 443.5 DR).

Dans son recours de droit administratif, l'OFAS expose – de manière apparemment contradictoire – que dans l'arrêt précité du 24 mai 1977, «le TFA a, de façon expresse, déclaré applicable à de tels cas la seule variante I du calcul comparatif» mais que, néanmoins, le N° 443.5 DR, qui admet, à certaines conditions, ledit calcul comparatif, serait «conforme à l'esprit de la jurisprudence».

En réalité, il faut clairement distinguer deux situations: dans l'affaire jugée en 1977, il s'agissait de calculer le montant de la rente simple de vieillesse revenant à une femme mariée (avant 1948) et qui l'était toujours lors de l'ouverture de son droit à la rente. Par conséquent, la variante II ne pouvait entrer en considération dans ce cas, puisque le revenu de l'activité lucrative acquis avant le mariage n'avait pas été soumis à cotisations, l'AVS n'existant pas encore à l'époque.

Il en va autrement lorsque la femme qui s'était mariée avant 1948 était divorcée au moment de l'ouverture de son droit à la rente simple de vieillesse. Dans ce cas, si un revenu soumis à cotisations a été acquis par l'assurée après la dissolution de son mariage par le divorce, rien n'empêche en principe de procéder au calcul comparatif.

La seule question qui se pose alors est celle de savoir s'il est justifié, comme le préconise l'OFAS au N° 443.5 DR précité, de limiter la possibilité d'appliquer la variante II aux seuls cas où l'assurée a été divorcée pendant au moins une année civile entière (c'est-à-dire durant une période comprenant au minimum douze mois s'étendant du 1^{er} janvier au 31 décembre).

C'est ce que les premiers juges contestent – suivant en cela, d'ailleurs, l'opinion exprimée par la caisse de compensation dans sa réponse au recours cantonal – en s'appuyant sur le N° 443.3 DR, qui, dans sa version valable dès le 1^{er} novembre 1981, est ainsi conçu :

«L'application du deuxième mode de calcul s'impose également lorsque le mariage de l'assurée a été célébré au cours de sa 21^e année ou plus tôt, et que l'intéressée a rempli la condition de durée minimale de cotisations avant l'année civile de la célébration du mariage, déjà. Pour le calcul proprement dit, les N°s 410, 424 et 430 sont applicables par analogie.»

Plus précisément, les juges cantonaux invoquent le N° 410 DR auquel renvoie la directive précitée, ainsi rédigé :

«Si, du 1^{er} janvier de l'année suivant celle de l'accomplissement de la 20^e année au 31 décembre de l'année précédant celle de l'ouverture du droit à la rente, l'assuré n'a pas payé des cotisations durant une année entière au moins, la somme des revenus à prendre en compte sera alors constituée par l'ensemble des revenus de l'activité lucrative sur lesquels l'assuré a payé des cotisations à partir du 1^{er} janvier suivant l'année de l'accomplissement de sa 17^e année (le cas échéant, de sa 15^e année) et jusqu'à la fin du mois précédant celui de l'ouverture du droit à la rente (voir N°s 424 et 430).»

On devrait donc, selon l'autorité cantonale de recours, raisonner par analogie dans le cas d'une assurée qui, lors de l'ouverture de son droit à la rente de vieillesse, n'a pas été divorcée pendant au moins une année civile entière, en prenant en considération «dans les cas de divorce entré en force l'année précédant celle de la naissance du droit à la rente», les mois de l'année en question «de manière à permettre la seconde variante du calcul comparatif sur la base d'une année entière de cotisations».

c. Pour sa part, l'office recourant demande au TFA d'entériner la solution dictée par le N° 443.5 DR *in fine* et il invoque à l'appui de ses conclusions l'arrêt en la cause K., du 18 novembre 1982 (RCC 1984, p. 236), dans lequel le TFA a approuvé le mode de calcul de la rente simple de vieillesse ou d'invalidité revenant à la femme mariée, veuve ou divorcée prescrit par le N° 429 DR. Selon cette instruction administrative – citée ici dans la version valable dès le 1^{er} janvier 1983 –, si ce calcul «exige que l'on prenne en considération les seuls revenus réalisés au cours des années antérieures ou postérieures – ou antérieures et postérieures – au mariage, en ce qui concerne la détermination de la durée de cotisations afférente au calcul du revenu annuel moyen, il sera renoncé à la prise en compte des années de cotisations situées dans la période de mariage. Il en va de même des années civiles au cours desquelles le mariage a été célébré ou/et dissous».

Dans l'arrêt en question, le TFA a considéré que cette solution présente plu-

sieurs avantages: elle respecte le principe de l'égalité de traitement des assurées intéressées et elle simplifie notablement le calcul de la rente dans de tels cas. De plus et surtout, elle est en harmonie avec l'article 51, 3^e alinéa, RAVS, qui dispose que, pour le calcul d'une rente de vieillesse ou de survivant ne succédant pas immédiatement à une rente d'invalidité, les années *civiles* durant lesquelles une rente d'invalidité a été accordée, ainsi que le revenu de l'activité lucrative y afférent, ne sont pas pris en compte pour la fixation du revenu annuel moyen, lorsque cela est plus avantageux pour les ayants droit.

Comme l'a montré le TFA dans cet arrêt, si, dans certains cas, le fait de ne pas prendre en considération les mois de cotisations situés dans l'année au cours de laquelle le divorce a été prononcé peut se révéler défavorable à l'assurée, dans d'autres cas c'est la solution préconisée par les premiers juges qui aura cet effet.

Or, ce qui a été dit à propos du N° 429 DR vaut également pour la directive ici en cause (N° 4435 DR), dont elle n'est, en définitive, qu'un cas particulier. C'est la raison pour laquelle il y a lieu d'admettre le recours et d'annuler le jugement entrepris, ce qui aura pour effet de rétablir la décision administrative litigieuse, du 10 juin 1982, qui est conforme à la loi.

AVS / Restitution de rentes versées indûment

Arrêt du TFA, du 22 janvier 1985, en la cause G. L.
(traduction de l'allemand).

Article 47, 2^e alinéa, LAVS. Le délai de prescription relatif d'une année commence à courir dès que l'administration doit constater – en faisant preuve de toute l'attention que l'on peut exiger d'elle – que les conditions d'une restitution sont remplies. L'administration doit être informée de toutes les circonstances qui sont déterminantes dans le cas concret et dont la connaissance permet de conclure à l'existence d'un droit d'exiger la restitution à l'égard d'une personne déterminée. (Considérants 3 et 4.)

La créance en restitution doit être considérée comme une créance globale unique. Avant de rendre la décision de restitution, il faut connaître le montant total des rentes versées à tort. (Considérant 5.)

Articolo 47, capoverso 2, LAVS. Il termine di prescrizione relativo di un anno inizia a decorrere dal momento in cui l'amministrazione – dando prova dell'attenzione da essa ragionevolmente esigibile – deve constatare che le condizioni per la restituzione sono soddisfatte. L'amministrazione deve essere informata di tutte le circostanze che sono determinanti nel

caso concreto e la cui conoscenza permette di dedurre l'esistenza di un diritto di esigere la restituzione nei confronti di una persona determinata. (Considerandi 3 e 4.)

Il credito di restituzione deve essere considerato come un credito globale unico. Prima di rendere la decisione di restituzione si deve conoscere l'importo totale delle rendite versate indebitamente. (Considerando 5.)

Par décision du 18 septembre 1978, la Caisse suisse de compensation a accordé à G. C., ressortissante italienne, une rente de veuve de 360 francs par mois avec effet au 1^{er} janvier 1976. Le 1^{er} janvier 1977, cette rente avait augmenté à 378 francs. La somme à verser pour la période qui prenait fin le 31 octobre 1978 fut fixée par la caisse à 12 636 francs. Le 12 décembre 1979, l'assurée informa la caisse qu'elle s'était remariée le 21 avril 1977 avec G. L. et qu'elle habitait en Suisse. En même temps, elle signala à la caisse qu'elle n'avait pas encore reçu les rentes mentionnées dans la décision, pour la période écoulée, rentes dont le montant s'élevait au total à 12 636 francs. Le 12 février 1982, la caisse réclama à G. L., par décision, la restitution des rentes versées à tort entre le 1^{er} mai 1977 et le 31 janvier 1980; la somme totale était de 12 474 francs. L'assurée a fait recourir contre cette décision en proposant qu'elle soit annulée; éventuellement, l'assurance devait renoncer à cette restitution, ou alors en réduire le montant. La proposition principale a été motivée, dans l'essentiel, par l'exception de prescription.

Par jugement du 2 juillet 1982, le juge cantonal refusa de statuer sur ce recours dans la mesure où il demandait la remise totale ou partielle de la restitution. Pour le reste, il estima en particulier que le délai de prescription d'un an valable pour le droit à ladite restitution (art. 47, 2^e al., LAVS) avait commencé à courir seulement lorsque l'agence de l'INPS (Institut italien de la prévoyance sociale) avait écrit à la Caisse suisse, le 27 janvier 1982, que le montant de 6 529 700 liras (équivalant à 12 258 fr.) avait été versé à l'assurée le 12 juillet 1980.

Dans son recours de droit administratif interjeté contre ce jugement, G. L. propose de nouveau l'annulation de la décision de caisse, éventuellement la réduction du montant de la restitution à 6426 francs. Selon elle, le délai d'un an a commencé à courir au moment où la caisse avait constaté – en se fondant sur la communication de l'assurée du 12 décembre 1979 – qu'un droit à la rente n'existait plus depuis mai 1977. La caisse aurait dû alors rendre immédiatement une décision de restitution au lieu de faire des recherches sur le sort des rentes arriérées versées déjà en octobre 1978 à la Direction de l'INPS à l'intention de l'assurée. Depuis le mois d'octobre 1978 jusqu'en janvier 1980, les rentes avaient été versées à l'assurée ou à sa famille en Italie par la poste, sans passer par l'INPS. Pour ces rentes, le droit à la restitution était certainement prescrit le 12 février 1982, si bien que l'on pouvait exiger la restitution tout au plus pour celles qui avaient été versées de mai 1977 à septembre 1978, soit un montant total de 6426 francs.

La caisse de compensation a proposé le rejet de ce recours. L'OFAS, quant à lui, estime que le droit à la restitution doit être reconnu, en tout cas, en ce qui

concerne les rentes versées de mai 1977 à septembre 1978 (au total 6426 fr.), alors que l'on pourrait éventuellement invoquer, contre une restitution pour les mois d'octobre 1978 à janvier 1980, l'exception de prescription.

Le TFA a rejeté le recours de droit administratif de l'assurée. Voici un extrait de ses considérants :

3. Il est incontesté que la recourante a touché des rentes indues. Elle allègue, toutefois, qu'elle n'est pas tenue de les restituer, parce que la créance en restitution prévue par l'article 47, 2^e alinéa, 1^{re} phrase, LAVS est prescrite. Selon cette disposition, le droit de demander la restitution se prescrit par une année à compter du moment où la caisse de compensation a eu connaissance du fait, mais au plus tard par cinq ans après le paiement de la rente.

S'inspirant de la pratique suivie dans l'application de l'article 82, 1^{er} alinéa, RAVS, qui concerne la prescription du droit de demander la réparation d'un dommage au sens de l'article 52 LAVS, le TFA a décidé que le *délai de la prescription relative d'une année* commence à courir au moment où l'administration aurait dû s'apercevoir, en faisant preuve de l'attention que les circonstances permettaient raisonnablement d'exiger d'elle, que les conditions d'une restitution étaient remplies (ATF 110 V 304, RCC 1985, p. 543). Pour pouvoir juger les conditions d'une restitution, il faut que l'administration dispose de renseignements sur toutes les circonstances – déterminantes dans le cas concret – dont la connaissance permet de conclure qu'un droit à la restitution existe à l'égard d'une certaine personne. Pour porter un jugement sur ce droit, il ne suffit pas que la caisse de compensation ait seulement connaissance de faits qui pourraient, éventuellement, créer un tel droit, ou que ce droit existe seulement en principe, mais non pas quantitativement. Il en va de même lorsqu'il n'est pas précisé contre quelle personne la créance doit être dirigée.

Le délai de prescription absolu de cinq ans selon l'article 47, 2^e alinéa, LAVS commence à courir au moment où la prestation a été effectivement versée et non pas à la date à laquelle elle aurait dû l'être (ATF 108 V 4, RCC 1982, p. 470).

4. a. Etant donné qu'il n'y a pas eu de versements de rentes avant la décision du 18 septembre 1978, le délai absolu de cinq ans n'était en tout cas pas encore écoulé lorsque la caisse a réclamé, le 12 février 1982, par décision, la restitution des rentes.

b. Par conséquent, il reste à examiner si la caisse a fait valoir sa créance dans le délai relatif d'un an. Il faut donc se demander à quelle date la caisse aurait dû constater, en faisant preuve de l'attention exigible, que la recourante avait touché des rentes indues, et pour quel montant.

En application de l'article 9 de l'arrangement administratif conclu le 18 décembre 1963 avec l'Italie, la caisse de compensation a versé les rentes «accumulées» de janvier 1976 à septembre 1978 (montant total: 12 258 francs, soit 6 529 700 liras), à l'intention de la recourante, à la Direction générale de l'INPS, à Rome. Une lettre de la recourante, datée du 12 décembre 1979 et contenant un certificat de mariage de l'office italien d'état civil, informa la caisse, pour la première fois, que ladite personne s'était remariée en avril 1977 et n'avait pas

encore reçu les rentes accordées (janvier 1976 – octobre 1978). Un coup de téléphone à l'INPS, le 31 mars 1980, apprit à la caisse que cet institut italien avait transmis la somme à son agence de la commune de C. le 1^{er} août 1979. La caisse écrivit alors, le 1^{er} avril 1980, à ladite agence, pour l'informer que le droit à la rente s'était éteint le 30 avril 1977; elle devait exiger la restitution des rentes versées à tort pour la période allant du 1^{er} octobre 1978 au 31 décembre 1979. Elle pria par conséquent l'agence de rembourser toute la somme (6 529 700 liras) à la Direction générale de l'INPS, en l'informant de cette restitution. Une copie de cette lettre fut envoyée par la caisse à la recourante. La réponse de l'agence ne fut expédiée que le 27 janvier 1982; celle-ci informa la caisse que le montant en question avait été versé déjà le 12 juillet 1980 à la recourante. Le 12 février 1982, la caisse rendit une décision réclamant à ladite personne la restitution des rentes, le montant à restituer étant de 12 474 francs. Certes, la caisse savait déjà, en se fondant sur la lettre de la recourante du 12 décembre 1979, qu'un droit à la rente n'existait plus depuis mai 1977. Cependant, elle a appris seulement par la lettre de l'agence de C. (27 janvier 1982) que le montant de 6 529 700 liras avait été versé à la recourante précédemment, soit le 12 juillet 1980. Alors seulement, la caisse sut que ladite personne avait effectivement reçu le montant total pour la période allant de mai 1977 à janvier 1980. Donc, elle sut – aussi à cette date seulement – qu'elle devait réclamer à la recourante, personnellement, la restitution de la totalité des rentes versées à tort. Auparavant, elle n'avait aucune raison de rendre une décision dans ce sens, d'autant moins qu'elle avait informé la recourante, le 1^{er} avril 1980, que celle-ci n'avait plus droit à la rente depuis mai 1977, en demandant simultanément à l'agence de C. de restituer la somme à la Direction générale. Etant donné que la caisse a eu connaissance de tous ces faits, dans une mesure suffisante, seulement en janvier 1982, faits qui lui donnaient le droit, au sens de la jurisprudence, d'exiger de la recourante – et non pas de l'INPS – la restitution des rentes, le délai d'un an a commencé à courir en janvier 1982. Par conséquent, lorsque fut rendue la décision du 12 février de cette année-là, le droit de demander la restitution ne s'était pas encore prescrit.

5. A titre éventuel, il est demandé, dans le recours de droit administratif, que le montant à restituer soit fixé à 6426 francs.

La somme totale des rentes indûment versées (12 474 fr.) se décompose de la manière suivante:

| | |
|---|--------------------|
| Rentes arriérées versées à l'INPS mai 1977-septembre 1978 | Fr. 6 426.— |
| Rentes versées chaque mois, directement, octobre 1978-janvier 1980 | Fr. 6 048.— |
| | <hr/> Fr. 12 474.— |

Dans ce recours, les arguments suivants sont allégués: la caisse de compensation savait déjà en décembre 1979 que la recourante serait tenue de restituer les rentes jusqu'à concurrence du montant des rentes versées directement chaque mois. Lorsque fut rendue la décision de restitution de février 1982, le délai de prescription concernant la créance en restitution des rentes d'octobre 1978

à janvier 1980 était donc écoulé depuis longtemps. Toutefois, ladite créance doit être considérée comme une créance unique et globale; peu importe que les rentes de mai 1977 à septembre 1978 aient été versées à la Direction générale de l'INPS et celles d'octobre 1978 à janvier 1980 directement à la recourante ou à des membres de sa famille. La caisse pouvait donc attendre, pour rendre sa décision de restitution, que le total des rentes indûment versées soit connu. Or, cela ne fut le cas qu'en janvier 1982, lorsque l'agence de C. informa la caisse que la somme de 6 529 700 livres avait été versée à la recourante. Par conséquent, le droit à la restitution des rentes d'octobre 1978 à janvier 1980 n'était, lui non plus, pas prescrit lorsque fut rendue la décision de restitution. La proposition éventuelle, elle aussi, se révèle donc dépourvue de fondement.

AI / Moyens auxiliaires

Arrêt du TFA, du 20 août 1985, en la cause R. B.
(traduction de l'allemand).

Article 21, 1^{er} alinéa, LAI; chiffres 13.05* et 13.06* annexe OMAI. Lorsqu'un assuré remplit les conditions d'octroi de la remise d'un fauteuil roulant pour monter les marches d'escalier (chenille d'escalier), mais qu'il préfère procéder à l'aménagement d'une rampe, l'AI peut en principe accorder une contribution s'élevant au coût d'un fauteuil roulant pour monter les marches d'escalier. Il faut cependant que l'assuré utilise cette rampe effectivement et à long terme pour se rendre à son travail, à l'école ou à son lieu de formation.

Articolo 21, capoverso 1, LAI; numeri marginali 13.05* e 13.06* allegato OMAI. Se un assicurato soddisfa le condizioni per la concessione di una carrozzella cingolata per salire le scale ma preferisce far installare una rampa, l'AI, per principio, può accordare un contributo per un importo equivalente al costo di una carrozzella cingolata. Occorre tuttavia che l'assicurato utilizzi effettivamente e a lunga scadenza questa rampa per superare il tragitto per recarsi sul luogo di lavoro o di formazione scolastica o professionale.

L'assuré R. B., né en 1967, habitant chez ses parents à A., a fréquenté le gymnase de Z. Le 24 avril 1982, il subit un accident de sport qui provoqua une grave fracture par compression et luxation au niveau des vertèbres dorsales 5/6 avec paraplégie totale au-dessous de D 6. Depuis lors, il doit utiliser un fauteuil roulant; l'AI lui en a remis deux. Se fondant sur une demande présentée

le 26 mai 1982, l'AI prit en charge, en outre, après un examen confié à un orienteur professionnel, les frais de voyage, occasionnés par l'invalidité, pour les trajets entre A. et l'école de Z., ainsi que les frais de leçons de langue préparatoires entre le 1^{er} juillet 1982 et la rentrée au gymnase en octobre de la même année.

Le 7 septembre 1982, le père de l'assuré a informé l'office régional qu'il y avait, entre la porte de sa maison et le chemin d'accès, un escalier de quatre marches qui ne pouvait être franchi avec un fauteuil roulant sans l'aide de tiers; au moyen d'une rampe à travers le jardin, on pourrait remédier à la différence de niveau (74 cm), la pente étant de 3,6 pour cent au maximum. Le père joignit à sa demande de prise en charge un plan des lieux et une offre de la maison R., datée du 1^{er} septembre 1982, qui estimait à 11 313 francs au total les frais d'aménagement de ce chemin spécial pour fauteuils roulants. En outre, il demanda à l'administration, le 27 septembre suivant, d'examiner dans quelle mesure l'AI pouvait subventionner des travaux de transformation (projetés) dans la salle de bains et les toilettes; dans un devis daté du 23 septembre 1982, la maison F. avait fixé les frais de ces travaux à 22 500 francs au total. La commission AI soumit à l'OFAS, pour avis, les demandes – approuvées par l'office régional dans un rapport daté du 6 octobre 1982 – concernant les deux projets de construction. L'OFAS répondit, le 26 novembre suivant, qu'un financement de la rampe en vertu du N° 13.05* OMAI annexe était exclu en l'espèce, puisque l'assuré n'avait pas de revenu couvrant ses besoins. Quant aux transformations dans l'appartement, elles ne pouvaient être subventionnées que dans la mesure où il s'agissait de travaux prévus par le N° 14.04* OMAI annexe. La caisse de compensation accorda dans ce sens, pour les transformations dans l'appartement et le Closomat, une subvention de 3186 francs (décision du 12 janvier 1983); en revanche, elle rejeta la demande concernant la rampe (décision du 9 février 1983).

L'octroi d'une subvention de 3186 francs pour les transformations intérieures n'a pas été attaqué; en revanche, l'assuré a recouru contre le refus de la prise en charge des frais de la rampe dans le jardin. Ce recours a été rejeté par l'autorité cantonale (jugement du 25 février 1984).

R. B., représenté par son père, a interjeté recours de droit administratif en demandant qu'on lui accorde «une contribution appropriée aux frais de la rampe aménagée par lui», la décision de caisse étant annulée.

La caisse de compensation, se référant à un préavis négatif de la commission AI, a conclu au rejet de ce recours; l'OFAS, lui, a proposé que celui-ci soit admis, dans ce sens qu'une subvention de 6000 francs soit accordée à l'assuré. Le TFA a rejeté ce recours pour les motifs suivants:

1. a. Sur la base des articles 21, 1^{er} alinéa, LAI et 14 RAI, et en vertu des articles 2 et suivants OMAI, le N° 13.05* de l'OMAI annexe accordait, dans sa teneur valable jusqu'à fin 1982, une «participation aux frais d'installation de plates-formes élévatrices et de monte-rampe d'escalier, d'acquisition de fauteuils roulants pour monter les marches d'escalier, d'installation de rampes et d'élargissement de la porte d'entrée, si ces mesures permettent à l'assuré de

se rendre au travail et d'exercer ainsi une activité couvrant ses besoins». Par suite de la modification de l'OMAI le 21 septembre 1982, en vigueur dès le 1^{er} janvier 1983, le passage qui nous intéresse a reçu la teneur suivante :

«13.05* Participation aux frais d'installation de plates-formes élévatrices, ...d'acquisition de monte-rampe d'escalier, d'installation de rampes et d'élargissement de la porte d'entrée, si ces mesures permettent à l'assuré de se rendre au travail et d'exercer ainsi une activité couvrant ses besoins.

13.06* Fauteuils roulants pour monter les marches d'escalier lorsque cet appareil permet à l'assuré de se rendre à l'école ou à son lieu de formation ou de travail.»¹

Grâce à cette modification de l'ordonnance, il est possible, dès le 1^{er} janvier 1983, d'accorder des contributions pour des fauteuils roulants servant à monter les marches d'escalier aussi aux assurés qui n'ont pas une activité lucrative couvrant leurs besoins au sens de la jurisprudence (ATF 105 V 63, RCC 1979, p. 497 ; voir aussi ATF 110 V 269, RCC 1985, p. 226, consid. 1 c), ce qui est le cas, régulièrement, chez les écoliers et apprentis par exemple. En revanche, le droit à l'octroi de contributions pour une rampe dépend, comme par le passé, de l'existence d'une activité couvrant les besoins de l'assuré.

b. Si l'on pouvait appliquer ici, comme le croit la commission AI, le N° 13.05* OMAI annexe dans la teneur valable jusqu'à fin 1982, le droit litigieux devrait être nié d'emblée, aussi bien en ce qui concerne la rampe qu'en ce qui concerne le fauteuil roulant pour monter les marches ; en sa qualité de gymnasien, en effet, le recourant ne nécessite aucun de ces accessoires pour exercer hors de chez lui une activité couvrant ses besoins. Il n'en va pas de même – en ce qui concerne ledit fauteuil roulant – si l'on considère la teneur du N° 13.06* valable dès janvier 1983. Il faut donc examiner d'abord quel droit (l'ancien ou le nouveau) est applicable ici.

L'OFAS se réfère au supplément 3 (valable dès le 1^{er} janvier 1983) de ses directives sur la remise de moyens auxiliaires, dans lequel l'application du nouveau droit est réglée, dit-il ; selon lui, ce supplément contient la disposition d'entrée en vigueur et la disposition transitoire prévoyant que les N°s (révisés ou nouveaux) 13.05* et 13.06* OMAI annexe sont applicables à toutes les demandes de prestations qui ne sont pas encore liquidées lors de l'entrée en vigueur de la nouvelle ordonnance le 1^{er} janvier 1983, ce qui est le cas ici, la décision attaquée étant du 9 février 1983. Toutefois, cette opinion de l'OFAS ne peut être approuvée sous cette forme. Si le Département de l'intérieur a mis en vigueur au 1^{er} janvier 1983 les modifications de l'OMAI du 21 septembre 1982 (section II de l'ordonnance qui modifie l'OMAI), il a posé ainsi, à l'échelon d'une ordonnance de département, en ce qui concerne la validité dans le temps des dispositions révisées, une règle de droit qui ne saurait être simplement modifiée par

¹ Ceci est le texte rectifié de l'OMAI. Dans l'édition de 1984 du Recueil AI en français, on a, par erreur, interverti «monte-rampe d'escalier» et «fauteuils roulants pour monter les marches».

les instructions d'un office fédéral (ATF 107 V 154, RCC 1982, p. 252, consid. 2 b avec références à la doctrine et à la jurisprudence; voir aussi ATF 109 V 4, consid. 3 a, et 126, consid. 4 a, RCC 1983, pp. 231 et 487). Il faut se fonder, bien plutôt, sur le principe selon lequel on considère comme déterminantes, dans le temps, les règles de droit qui sont valables lorsque sont survenus les faits ayant entraîné des conséquences juridiques. Dans le cas présent, les faits déterminants pour le droit litigieux existaient déjà en 1982, lorsque le recourant a repris, dès le mois d'octobre, la fréquentation de l'école. Ce qui est décisif, toutefois, c'est que cette situation ne s'est pas produite exclusivement sous l'empire du droit valable jusqu'à fin 1982, mais qu'elle a persisté après le 1^{er} janvier 1983 et qu'elle a dû, comme telle, être jugée par l'administration pour la première fois. L'objection de la commission AI, selon laquelle la rampe a été installée déjà en automne 1982 – ce qui est d'ailleurs douteux si l'on examine la lettre du père, datée du 26 janvier 1983 – n'y change rien. En effet, ce n'est pas la construction de la rampe qui est déterminante pour juger le droit à des subventions; c'est bien plutôt le fait que le recourant a besoin de la mesure litigieuse à cause de son incapacité de marcher et pour faire les trajets entre le domicile et l'école (art. 4, 2^e al., LAI; ATF 108 V 63, haut de la page, RCC 1983, p. 141, consid. 2b). L'état d'invalidité compris dans ce sens a persisté après le 1^{er} janvier 1983, si bien que le droit à la subvention – qui n'a pas encore été jugé formellement, jusqu'ici, d'une manière définitive – doit être examiné d'après l'ordonnance valable dès janvier 1983.

2. a. D'une part, le recourant pourrait prétendre des subventions à l'achat d'un fauteuil roulant pour monter les marches, de manière à être en mesure de faire les trajets jusqu'à l'école, en se fondant sur le N° 13.06* OMAI annexe; toutefois, il a renoncé jusqu'à présent à cette acquisition.

D'autre part, il n'a pas droit, selon le N° 13.05* OMAI annexe, à des subventions pour l'installation d'une rampe, parce qu'il n'a pas besoin de celle-ci pour «se rendre au travail» au sens de cette disposition.

La question de droit qui se pose est ainsi de savoir si le recourant peut prétendre des prestations pour la rampe dont l'installation est projetée par son père (et qui a, éventuellement, été installée dans l'intervalle), et cela en se fondant sur un octroi de subventions pour le fauteuil roulant servant à monter les marches, ce qui est proposé en substance dans le recours de droit administratif en se référant à l'arrêt A. E. (ATF 107 V 89, RCC 1982, p. 90).

b. La commission AI estime qu'une telle solution entre en ligne de compte seulement s'il s'agit de moyens auxiliaires analogues en principe, ce qui est le cas, par exemple, pour les différents modèles de fauteuils roulants (cf. N^{os} 9.01, 9.02 et 10.03* OMAI annexe); cependant, lorsqu'il s'agit, comme ici, de «moyens auxiliaires absolument différents», on ne saurait parler d'un «autre modèle» au sens de l'article 21, 3^e alinéa, LAI et de l'article 2, 4^e alinéa, OMAI, modèle dont les frais supplémentaires sont à la charge de l'assuré.

L'autorité cantonale de recours a allégué que la fonction d'un fauteuil roulant pour monter les marches était bien plus étendue que celle d'une rampe fixe; le fauteuil en question peut être utilisé aussi ailleurs, par exemple dans un éta-

blissement d'enseignement ou dans une entreprise, ce qui est important précisément pour les jeunes assurés; on ne sait pas, en effet, dans de tels cas, si et où la formation sera poursuivie, et où la profession sera exercée plus tard. En outre, une rampe telle qu'elle se présente ici – c'est un chemin pavé d'une longueur de 25 m – est autre chose qu'un fauteuil roulant pour monter les marches, objet transportable, utilisable à maints endroits. Enfin, on ne saurait, avec l'argument de la «fonction identique ou analogue» au sens de l'arrêt A. E. (ATF 107 V 89, RCC 1982, p. 90), supprimer purement et simplement la restriction prévue sous N° 13.05* OMAI annexe (activité couvrant les besoins, posée comme condition pour l'octroi de subventions à l'installation d'une rampe). Le recourant objecte que la rampe et le fauteuil en question visent le même but. Le fauteuil, lui aussi, n'est transportable qu'à grand-peine, si bien qu'il faut le considérer également comme lié à un certain lieu; au besoin, il faudrait acquérir un second fauteuil du même genre pour le centre de formation ou le lieu de travail futur. En outre, il faut admettre, dans le cas présent, que le recourant habitera encore assez longtemps – en tout cas jusqu'à la fin de sa formation professionnelle – dans la maison paternelle, accessible aux fauteuils roulants, si bien que l'on n'a pas affaire ici à une dépense disproportionnée. Il faut rappeler aussi la pratique suivie dans le domaine réglementé par les N^{os} 14.02 et 14.03 OMAI annexe, selon laquelle une contribution est accordée pour l'achat d'un lit électrique pour un montant égal aux frais d'un élévateur pour malades, bien qu'une seule des fonctions du lit électrique corresponde aussi à celle d'un élévateur. La même idée est à la base de la pratique administrative en ce qui concerne les relations entre le monte-rampe d'escalier (N° 13.05* OMAI annexe) et le fauteuil roulant pour monter les marches (N° 13.06*). A cet égard, l'OFAS partage l'opinion du recourant et renvoie à son préavis dans la cause d'un assuré qui avait demandé des contributions pour l'achat d'un monte-rampe d'escalier sur la base des frais d'un fauteuil roulant pour monter les marches. L'OFAS a déclaré, dans ce cas-là, qu'il avait accordé plusieurs fois déjà, depuis le début de 1984, une contribution d'un montant égal aux frais d'un tel fauteuil lorsque l'assuré avait préféré l'installation d'un monte-rampe; selon lui, une condition était remplie, en effet, dans ces cas-là: que le moyen auxiliaire réellement acquis par l'assuré, mais sans donner droit aux prestations de l'AI, vise le même but que le moyen auquel l'assuré pourrait avoir droit. Le fauteuil roulant pour monter les marches, comme le monte-rampe d'escalier, sont utilisés en vue d'un seul et même but, qui est de franchir des marches pour se rendre à l'endroit où l'on travaille, suit des cours scolaires ou reçoit une formation professionnelle. L'OFAS a donc décidé – toujours selon le recourant – en se fondant sur l'article 8 OMAI, de fixer à 6000 francs, dans de tels cas, la contribution pour le monte-rampe, donc au montant des frais moyens d'un fauteuil roulant pour monter les marches, afin de garantir un traitement équitable des assurés. Dans le cas présent, la situation était analogue, mais au lieu d'un monte-rampe, c'est une rampe qui avait été installée; le fauteuil roulant pour monter les marches présente, lui aussi, une mobilité trop faible pour pouvoir être utilisé en divers lieux, si bien qu'il est, en fait, comme la rampe, lié à un lieu déterminé. Pour ces motifs, l'AI devait accorder au recourant une contribution de 6000 francs.

c. Dans ses arrêts G. du 24 juillet 1979 (RCC 1979, p. 558) et F. du 29 novembre 1979, le TFA a déclaré que lorsqu'un assuré a acheté à ses frais un fauteuil roulant électrique pouvant circuler sur la voie publique (N° 10.03* OMAI annexe), mais a droit seulement à un fauteuil roulant impropre à cet usage externe (N° 9.02 OMAI annexe), il faut lui accorder des indemnités d'amortissement sur la base du prix d'achat d'un tel moyen auxiliaire. Cette règle de droit, qui a été désignée par la doctrine comme «pouvoir d'échange» de l'assuré (cf. Meyer-Blaser, *Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht*, Berne 1985, pp. 87 ss), le TFA l'a précisée de la manière suivante dans l'arrêt A. E. du 27 mars 1981 plusieurs fois cité par les parties au procès (ATF 107 V 89, RCC 1982, p. 91): Si le moyen auxiliaire acheté par l'assuré lui-même assume aussi la fonction d'un moyen auxiliaire auquel l'assuré aurait droit, rien ne s'oppose à l'octroi d'indemnités d'amortissement. Celles-ci doivent être calculées alors sur la base des frais d'acquisition du moyen auxiliaire auquel l'assuré a droit. Ce principe a été confirmé par le TFA dans deux arrêts non publiés des 5 et 21 avril 1982; il s'agissait là du rapport entre le fauteuil roulant pour monter les marches ou monte-rampe selon le N° 13.05* OMAI annexe (teneur valable jusqu'à fin 1982) et l'ascenseur ordinaire, qui ne figure pas dans la liste des moyens auxiliaires (cf. Meyer-Blaser, pp. 92 ss).

d. Il faut s'en tenir en principe à cette jurisprudence; toutefois, elle doit être précisée de la manière suivante: Ce qui est déterminant pour admettre un «pouvoir d'échange» au sens de l'arrêt A. E., c'est que le moyen auxiliaire acheté par l'assuré assume la fonction de celui qui revient de droit à l'assuré non seulement dans les conditions présentes, mais aussi dans des conditions prévisibles à longue échéance.

En considérant les choses de ce point de vue, l'octroi de prestations pour l'installation d'une rampe sur la base des contributions qui seraient versées pour un fauteuil roulant servant à monter les marches n'est pas exclu d'emblée. Cependant, d'après ce qui vient d'être dit, il faut que l'utilisation de la rampe par l'assuré pour se rendre à l'école soit garantie à longue échéance. Cette condition n'est pas remplie en l'espèce. La situation du recourant (âge, stade de formation, domicile) n'est pas stable et peut changer à brève échéance. L'AI ne peut donc être tenue de payer des contributions pour ladite rampe, qui est installée à titre définitif et qui, d'autre part, sert à faciliter les trajets pour aller au travail seulement si le recourant reste domicilié chez ses parents, ce qui est douteux. En revanche, le fauteuil roulant pour monter les marches peut aussi remplir cette fonction dans d'autres circonstances, c'est-à-dire ailleurs, puisqu'il peut être utilisé à un autre endroit. Par conséquent, il n'y a pas lieu d'admettre ici avec une vraisemblance suffisante que la rampe assumera, à longue échéance, la fonction d'un tel fauteuil. La condition (définie ci-dessus) d'octroi d'une contribution pour la rampe, sur la base d'une contribution à l'achat d'un tel fauteuil, n'est donc pas remplie.

Arrêt du TFA, du 20 août 1985, en la cause M. Z.
(traduction de l'allemand).

Article 21, 1^{er} alinéa, LAI; chiffres 13.05* et 13.06* annexe OMAI. Lorsqu'un assuré remplit les conditions de la remise d'un fauteuil roulant pour monter les marches d'escalier, mais qu'il préfère acquérir un monte-rampe d'escalier, l'AI peut octroyer une contribution s'élevant au coût d'un fauteuil roulant pour monter les marches d'escalier. Il faut cependant que l'assuré utilise effectivement et à long terme le monte-rampe d'escalier pour se rendre au travail, à l'école ou au lieu de formation au sens où l'entend le chiffre 13.06* de l'annexe de l'OMAI.

Articolo 21, capoverso 1, LAI; numeri marginali 13.05* e 13.06* allegato OMAI. Se un assicurato soddisfa le condizioni per la consegna di una carrozzella cingolata per salire le scale ma preferisce acquistare un elevatore per scale, l'AI può accordare un contributo per un importo equivalente al costo di una carrozzella cingolata. Occorre tuttavia che l'assicurato utilizzi effettivamente e a lunga scadenza l'elevatore per scale per superare il tragitto per recarsi sul luogo di lavoro o di formazione scolastica o professionale, ai sensi del marginale 13.06* dell'allegato dell'OMAI.

L'assurée M. Z., née en 1975, habitant chez ses parents, souffre depuis sa naissance, entre autres, de graves paralysies cérébrales. L'AI lui a donc accordé, depuis cette année-là, les mesures médicales nécessaires au traitement de cette infirmité congénitale; elle lui a remis des moyens auxiliaires (poussette orthopédique, plus tard fauteuil roulant pour enfant) et des appareils de traitement. Elle lui a accordé en outre, compte tenu de sa grave impotence, des contributions aux soins spéciaux et a financé la formation scolaire que lui donne l'école de pédagogie curative d'U.

Le 14 juillet 1983, le père de l'assurée a informé la commission AI qu'il avait l'intention d'installer un monte-rampe d'escalier dans la maison de ses beaux-parents; les frais de cette installation seraient d'environ 30 000 francs. A l'appui de cette demande, il a allégué notamment qu'il ne pouvait plus admettre que son épouse doive porter sa fille tous les jours dans la maison, ainsi que pour l'installer dans le bus scolaire. La commission était donc invitée à examiner dans quelle mesure l'AI pouvait accorder une contribution aux frais. Cette demande a été rejetée par la caisse de compensation, qui se fondait sur un prononcé de ladite commission du 29 septembre 1983. La caisse alléguait que selon le N° 13.05* OMAI annexe, des contributions pour une telle installation pouvaient être accordées seulement si cela permettait à l'assuré de faire les trajets jusqu'à son lieu de travail où il exerçait «une activité couvrant ses besoins»; cela n'était pas le cas de l'assurée mineure, qui n'avait pas d'activité lucrative (décision du 27 octobre 1983).

L'autorité cantonale de recours a rejeté, par jugement du 30 décembre 1983, le recours formé contre cette décision.

M.Z., représentée par son père, a interjeté recours de droit administratif en concluant que l'AI lui accorde – le jugement cantonal étant annulé – «une contribution aux frais d'installation d'un monte-rampe d'escalier au sens du N° 13.05* OMAI annexe»; à titre éventuel, elle propose que cette contribution atteigne un montant égal aux frais d'acquisition d'un fauteuil roulant pour monter les marches.

La caisse de compensation a conclu au rejet de ce recours; l'OFAS, lui, propose qu'il soit admis dans ce sens que l'assurée obtienne une contribution de 6000 francs pour l'acquisition du monte-rampe.

Dans les considérants qui suivent, on reviendra sur le contenu des mémoires. Le TFA a admis le recours de droit administratif dans le sens des considérants suivants:

1. a. Sur la base des articles 21, 1^{er} alinéa, LAI et 14 RAI, et en vertu des articles 2 et suivants OMAI, le N° 13.05* de l'OMAI annexe accordait, dans sa teneur valable jusqu'à fin 1982, une «participation aux frais d'installation de plates-formes élévatrices et de monte-rampe d'escalier, d'acquisition de fauteuils roulants pour monter les marches d'escalier, d'installation de rampes et d'élargissement de la porte d'entrée, si ces mesures permettent à l'assuré de se rendre au travail et d'exercer ainsi une activité couvrant ses besoins.» Par suite de la modification de l'OMAI le 21 septembre 1982, en vigueur dès le 1^{er} janvier 1983, le passage qui nous intéresse a reçu la teneur suivante:

«13.05* Participation aux frais d'installation de plates-formes élévatrices, ... d'acquisition de monte-rampe d'escalier, d'installation de rampes et d'élargissement de la porte d'entrée, si ces mesures permettent à l'assuré de se rendre au travail et d'exercer ainsi une activité couvrant ses besoins.

13.06* Fauteuils roulants pour monter les marches d'escalier lorsque cet appareil permet à l'assuré de se rendre à l'école ou à son lieu de formation ou de travail.»¹

Grâce à cette modification de l'ordonnance, il est possible, dès le 1^{er} janvier 1983, d'accorder des contributions pour des fauteuils roulants destinés à monter les marches d'escalier aussi aux assurés qui n'ont pas une activité lucrative couvrant leurs besoins au sens de la jurisprudence (ATF 105 V 63, RCC 1979, p. 497; voir aussi ATF 110 V 269, RCC 1985, p. 226, consid. 1c), ce qui est le cas, régulièrement, chez les écoliers et apprentis par exemple. En revanche, le droit à l'octroi de contributions pour un monte-rampe dépend, comme par le passé, de l'existence d'une activité couvrant les besoins de l'assuré.

b. Dans la mesure où la recourante prétend – comme déjà en première instance – que les dispositions des N°s 13.05* et 13.06* OMAI annexe sont

¹ Ceci est le texte rectifié de l'OMAI. Dans l'édition de 1984 du Recueil AI, en français, on a, par erreur, interverti «monte-rampe d'escalier» et «Fauteuils roulants pour monter les marches».

contraires à la loi, on ne peut l'approuver, compte tenu de la grande liberté accordée au Conseil fédéral et au Département de l'intérieur (art. 14 RAI) pour l'élaboration de la liste des moyens auxiliaires (cf. ATF 105 V 258, RCC 1980, p. 215, consid. 2). De ce point de vue, on ne saurait reprocher à ce département d'avoir fait dépendre l'octroi de contributions pour diverses installations (plates-formes, etc.) de la condition que l'assuré exerce une activité lucrative, mais d'avoir renoncé à cette condition en ce qui concerne les fauteuils roulants pour monter les marches, dans la même disposition, afin de faciliter la réadaptation des jeunes assurés qui sont à l'école ou en apprentissage (cf. RCC 1982, pp. 409 ss).

2. a. Le Tribunal cantonal a considéré que la recourante avait besoin du monte-rampe non pas en priorité pour faire les trajets jusqu'à l'école, mais avant tout pour acquérir une plus grande mobilité dans ses déplacements à l'intérieur; ce fait s'opposait à l'octroi de contributions. Le TFA a cependant déclaré dans un arrêt du 3 février 1982, ainsi que l'OFAS le rappelle pertinemment: «Il va de soi qu'un escalift (ou monte-rampe d'escalier) pouvant aider l'intéressé à parcourir le chemin du travail favorisera aussi, pratiquement toujours, les déplacements à l'intérieur de la maison»; et pourtant, il a été admis dans la liste des moyens auxiliaires. «Selon le droit en vigueur, on ne peut donc nier le droit d'un assuré à une contribution de l'AI en alléguant que l'escalift sert principalement à faciliter les déplacements dans la maison; ce qui est déterminant, bien plutôt, c'est de savoir si l'engin en question, compte tenu de l'architecture de la maison, de la disposition des locaux, etc., et de la manière dont il est utilisé, sert aussi, effectivement, à parcourir le chemin du travail» (RCC 1982, p. 222). Il faut s'en tenir à ces considérants. Dans le cas présent, il est établi, au vu du dossier (cf. en particulier la lettre du père du 14 juillet 1983), que le monte-rampe est utilisé pour aller suivre les cours d'une école de pédagogie curative, la recourante devant être menée au bus scolaire en quittant l'appartement.

D'après ce qui vient d'être dit, la recourante pourrait demander des contributions pour un fauteuil roulant servant à monter les marches, en vertu du N° 13.06* OMAI annexe, pour se rendre à l'école; cependant, elle a renoncé à cette acquisition.

D'autre part, elle n'a pas droit, en se fondant sur ce même numéro de l'OMAI, à des contributions pour un monte-rampe, car si elle a besoin de celui-ci, ce n'est pas pour aller exercer une activité lucrative.

La question de droit qui se pose est donc de savoir si la recourante peut prétendre des prestations pour le monte-rampe installé par son père en se fondant sur l'octroi de subventions pour le fauteuil roulant servant à monter les marches, ainsi qu'il est proposé dans le recours de droit administratif, à titre éventuel, en se référant à l'arrêt A. E. L'OFAS approuve cette proposition en renvoyant à sa pratique administrative appliquée depuis le début de l'année 1984. Selon cette pratique, il est d'accord avec l'octroi d'une contribution aux frais jusqu'à concurrence des frais d'un fauteuil roulant pour monter les marches si l'assuré a préféré l'installation d'un monte-rampe; dans ces cas-là, en effet, la condition posée par la jurisprudence (RCC 1982, p. 90) est remplie: Le moyen auxiliaire

acquis effectivement par l'assuré, et ne lui revenant pas de droit, vise le même but que celui auquel il aurait droit. Le fauteuil roulant pour monter les marches, comme le monte-rampe d'escalier, sont utilisés en vue d'un seul et même but, qui est de franchir des marches pour se rendre à l'endroit où l'on travaille, suit des cours scolaires ou reçoit une formation professionnelle. L'OFAS a donc décidé – toujours selon le recourant – en se fondant sur l'article 8 OMAI, de fixer à 6000 francs, dans de tels cas, la contribution pour le monte-rampe, donc au montant des frais moyens d'un fauteuil roulant pour monter les marches, afin de garantir un traitement équitable des assurés.

b. Dans ses arrêts G. du 24 juillet 1979 (RCC 1979, p. 558) et F. du 29 novembre 1979, le TFA a déclaré que lorsqu'un assuré a acheté à ses frais un fauteuil roulant électrique pouvant circuler sur la voie publique (N° 10.03* OMAI annexe), mais a droit seulement à un fauteuil roulant impropre à cet usage externe (N° 9.02 OMAI annexe), il faut lui accorder des indemnités d'amortissement sur la base du prix d'achat d'un tel moyen auxiliaire. Cette règle de droit, qui a été désignée par la doctrine comme «pouvoir d'échange» de l'assuré (cf. Meyer-Blaser, *Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht*, Berne 1985, pp. 87 ss), le TFA l'a précisée de la manière suivante dans l'arrêt A. E. du 27 mars 1981 plusieurs fois cité par les parties au procès (ATF 107 V 89, RCC 1982, p. 91): Si le moyen auxiliaire acheté par l'assuré lui-même assume aussi la fonction d'un moyen auxiliaire auquel l'assuré aurait droit, rien ne s'oppose à l'octroi d'indemnités d'amortissement. Celles-ci doivent être calculées alors sur la base des frais d'acquisition du moyen auxiliaire auquel l'assuré a droit (ATF 107 V 93, RCC 1982, p. 91, consid. 2). Ce principe a été confirmé par le TFA dans deux arrêts non publiés des 5 et 21 avril 1982; il s'agissait là du rapport entre le fauteuil roulant pour monter les marches ou monte-rampe selon le N° 13.05* OMAI annexe (teneur valable jusqu'à fin 1982) et l'ascenseur ordinaire, qui ne figure pas dans la liste des moyens auxiliaires (cf. Meyer-Blaser, pp. 92 ss).

c. Il faut s'en tenir en principe à cette jurisprudence; toutefois, elle doit être précisée de la manière suivante: Ce qui est déterminant pour admettre un «pouvoir d'échange» au sens de l'arrêt A. E., c'est que le moyen auxiliaire acheté par l'assuré assume la fonction de celui qui revient de droit à l'assuré non seulement dans les conditions présentes, mais aussi dans des conditions prévisibles à longue échéance.

En considérant les choses de ce point de vue, l'octroi de prestations pour un monte-rampe d'escalier sur la base des contributions qui seraient versées pour un fauteuil roulant servant à monter les marches est en principe possible. Cependant, d'après ce qui vient d'être dit, il faut que l'utilisation du monte-rampe par l'assuré pour se rendre à l'école, au travail ou au lieu de formation professionnelle au sens du chiffre 13.06* OMAI annexe soit garantie à longue échéance. Cette condition est remplie en l'espèce. En effet, compte tenu de l'âge de la recourante (8 ans et demi au moment où a été rendue la décision attaquée), des soins qu'elle nécessite, des conditions dans lesquelles elle habite et de sa situation scolaire, on peut admettre que le monte-rampe sera uti-

lisé encore longtemps pour faciliter les trajets entre la maison et l'école spéciale, et plus tard pour se rendre dans quelque autre centre de formation. Ainsi, il est établi avec une probabilité prédominante que le monte-rampe assumera, à longue échéance, la fonction d'un fauteuil roulant pour monter les marches. Par conséquent, la condition (définie ci-dessus) d'octroi d'une contribution pour le monte-rampe, sur la base d'une contribution à l'achat d'un tel fauteuil, est remplie.

3. En ce qui concerne le montant de la contribution, l'OFAS prévoit, pour de tels cas, une prestation de 6000 francs, somme qui correspond, d'après ses investigations, au prix d'achat moyen d'un fauteuil roulant pour monter les marches. Cette pratique ne sort pas du cadre de l'article 8 OMAI et ne saurait donc être contestée. La recourante a droit par conséquent à une contribution s'élevant à 6000 francs.

Contentieux

Arrêt du TFA, du 30 avril 1985, en la cause E. S.¹
(traduction de l'allemand).

Article 132 en corrélation avec l'article 105, 1^{er} alinéa, OJ; article 113 en corrélation avec l'article 95 OJ; article 110, 1^{er} alinéa, OJ. Principe de l'instruction d'office et preuve (considérant 2). Echange d'écritures (considérant 3b). Requête d'expertise par un tribunal cantonal (considérants 5a et b). Interdiction d'utiliser des moyens de preuve et obligation de garder le secret médical (considérants 5d et 6f).

Articolo 132 in correlazione con l'articolo 105, capoverso 1, OG; articolo 113 in correlazione con l'articolo 95 IG; articolo 110, capoverso 1, OG. Principio dell'istruzione d'ufficio e prova (considerando 2). Scambio degli scritti (considerando 3b). Richiesta di una perizia da parte di un tribunale cantonale (considerandi 5a e b). Divieto di utilizzare dei mezzi di prova e obbligo di mantenere il segreto medico (considerandi 5d e 6f).

Extrait des considérants:

2. a. Le juge des assurances sociales doit, sous réserve du devoir de coopérer qui incombe aux parties, constater les faits d'office (art. 132, en corrélation avec l'art. 105, 1^{er} al., et art. 113, en corrélation avec l'art. 95 OJ; ATF 107 V 163,

¹ Ce texte a été tiré de la revue RAMA, 1985, p. 235.

consid. 3a) et examiner objectivement tous les moyens de preuve, indépendamment de leur provenance; il décide ensuite si les pièces disponibles permettent de juger sûrement les prétentions litigieuses. Il ne doit pas, en particulier, lorsque des rapports médicaux contradictoires sont produits, liquider le procès sans considérer l'ensemble des pièces probatoires et sans indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur l'une des thèses médicales et non pas sur l'autre. En cas d'expertise judiciaire, le juge ne s'écarte pas, selon la pratique, sans motifs impérieux – lorsqu'il s'agit d'un diagnostic – des conclusions de l'expert médical, dont le rôle consiste précisément à mettre sa science à la disposition de la justice pour donner une interprétation médicale aux faits considérés (ATF 107 V 174, consid. 3, avec référence). Il peut y avoir une raison de s'écarter desdites conclusions lorsque l'expertise est contradictoire ou qu'une contre-expertise demandée par le tribunal mène à un autre résultat (ATF 101 IV 130). Le juge peut aussi s'en écarter si des avis différents, donnés par d'autres experts, lui semblent suffisamment pertinents pour mettre en question l'exactitude de la première expertise; cela peut être le cas lorsqu'il juge bon de faire réexaminer le problème par un autre expert ou lorsque, sans recourir à une contre-expertise, le résultat de l'expertise judiciaire lui inspire des conclusions différentes.

On notera toutefois que l'expert judiciaire – contrairement à l'expert d'une partie ou au spécialiste qui s'exprime en quelque autre qualité – a un statut spécial, dans ce sens qu'il exerce, en vertu de son mandat judiciaire qui le soumet à l'avis comminatoire selon l'article 207 du Code pénal, une fonction qualifiée au service de la jurisprudence. En outre, c'est en règle générale exclusivement en ce qui le concerne que le tribunal a la certitude qu'il dispose de toutes les pièces du dossier dans leur version authentique.

Le TFA a donc déclaré, à propos d'expertises divergentes établies par des médecins étrangers, qu'il ne faut pas s'écarter, sans motifs impérieux, des avis médicaux qui ont été donnés en tenant compte de tous les éléments et de la législation concernant les assurances sociales suisses. En ce qui concerne, en particulier, les expertises de parties, le fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante.

b. Les caisses-maladie reconnues doivent, elles aussi, constater d'office les faits déterminants (ATF 107 V 163, consid. 3a). Pour cette raison, une caisse-maladie ne doit ni ne peut, dans l'intérêt d'un traitement objectif de l'affaire, renoncer à demander au besoin, en procédure administrative, une expertise médicale. Si de telles expertises sont effectuées à l'intention des caisses par des spécialistes reconnus, qui procèdent à des examens consciencieux et consultent les dossiers, et si ces médecins parviennent à des résultats concluants, le juge peut lui aussi, dans l'appréciation des preuves, reconnaître à ces expertises une force probante entière tant qu'il n'y a pas d'indices concrets pouvant mettre en doute le sérieux de ces expertises (pratique analogue dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cf. ATF 104 V 211, consid. c).

c. L'administration, en sa qualité d'autorité qui rend des décisions, et – en cas

de recours – le juge ne peut considérer un fait comme prouvé que s'ils sont convaincus de son existence (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 3^e éd., Berne 1978, p. 134). En droit des assurances sociales, le juge doit rendre son jugement – si la loi ne prévoit pas une dérogation – d'après la vraisemblance prédominante. La simple possibilité de certains faits ne suffit pas. Le juge doit, bien plutôt, adopter l'exposé des faits qu'il estime le plus vraisemblable parmi toutes les autres possibilités (ATF 108 V 160, 107 V 108, consid. 2b, à la fin, 105 V 229, consid. 3a; RCC 1984, p. 468, consid. 3b, et 1983, p. 250, consid. 2b de l'arrêt A. L.).

d. Si les investigations à effectuer d'office amènent l'administration ou le juge, par une appréciation consciencieuse des preuves, à la conviction que la probabilité de certains faits doit être considérée comme prédominante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier ce résultat, on renoncera à chercher d'autres preuves (appréciation des preuves anticipée; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2^e éd., p. 274; Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 3^e éd., p. 134; cf. aussi ATF 104 V 210, consid. a). Une telle manière de procéder ne constitue pas une violation du droit d'être entendu prévu par l'article 4 Cst. (ATF 106 Ia 162, consid. 2b).

e. La maxime de l'intervention qui régit la procédure en matière d'assurances sociales exclut le fardeau de la preuve. Les parties ne portent par conséquent ce fardeau, dans ce domaine-là, en règle générale que dans la mesure où, à défaut de preuves, le jugement serait rendu au détriment de la partie qui voulait faire découler des droits de faits non prouvés (ATF 107 V 164, consid. 3a, 103 V 66 et 175, avec références).

3. a. ...

b. ... Selon l'article 110, 1^{er} alinéa, OJ, le recours et la réponse constituent le premier échange d'écritures. Un échange ultérieur d'écritures n'a lieu qu'exceptionnellement (*ibidem*, 4^e al.). Il faut, selon les principes du droit d'être entendu, permettre un tel échange supplémentaire lorsque des faits nouveaux, des moyens de preuve ou des motifs juridiques nouveaux ont été produits ou allégués dans le mémoire qui a précédé (ATF 104 Ib 61, consid. 3b, et 94 I 663). Cependant, ce second échange ne doit pas, en principe, servir à exposer des arguments qui auraient pu et dû être produits dans le recours; son but doit être de répliquer aux nouveaux arguments de la réponse. Un second échange d'écritures doit être ordonné par la direction du procès (Gygi, ouvrage cité, p. 194).

Le principe de l'instruction d'office n'englobe pas le droit de s'adresser en tout temps au juge avec de nouveaux motifs juridiques et de nouvelles objections. Les demandes présentées par l'intéressé, sans que celui-ci ait été invité à le faire, ne doivent donc pas être prises en considération (ATF 99 Ib 89 et 95 I 587; Gygi, ouvrage cité, p. 194).

Cela signifie également que des affirmations et des contestations, ainsi que des considérations juridiques, qui sont présentées d'une manière non compatible avec le droit de procédure, ne doivent en principe pas être traitées dans la motivation des jugements. Cela ne constitue pas, toutefois, une violation du principe

du droit d'être entendu. En outre, cette pratique ne s'exerce pas au détriment du recourant dans la mesure où le juge doit appliquer le droit d'office (art. 114, 1^{er} al., OJ) et peut tenir compte de moyens nouveaux – même tardifs – présentés par les parties, si ces moyens ont de l'importance ou sont décisifs pour l'issue du procès. ...

4. ...

5. a. En ce qui concerne les objections du recourant au sujet de la nomination, décidée par les premiers juges, du professeur F. comme expert judiciaire, on notera d'emblée qu'une telle nomination, effectuée en procédure cantonale, est régie par le droit cantonal; le TFA ne peut donc que vérifier si et dans quelle mesure l'application de celui-ci constitue une violation du droit fédéral. Entre alors en ligne de compte, avant tout, un examen de la violation éventuelle de droits et principes constitutionnels (ATF 103 Ib 146, consid. 2a; ATF 102 V 125, consid. 1b, 101 V 221, consid. 1).

b. Le recourant prétend que les premiers juges n'auraient pas dû charger ce professeur F. d'une expertise, puisque celui-ci avait pris part à la procédure administrative qui avait précédé. Effectivement, on peut se demander si un spécialiste a le droit de vérifier, en première ou deuxième instance, le bien-fondé d'une expertise qu'il a présentée en procédure administrative – sans que des faits nouveaux soient survenus; en effet, l'expert qui est chargé d'examiner ses propres conclusions pourrait bien avoir des préjugés en sa faveur. Or, on n'a pas affaire ici à un cas de ce genre. La coopération en procédure administrative n'exclut pas nécessairement une activité du même expert dans la procédure judiciaire qui suit. Ce qui est déterminant, c'est la tâche qui lui a été assignée en procédure de recours. En principe, il n'y a rien à objecter lorsqu'un expert complète ses constatations dans une procédure ultérieure ou les réexamine à la lumière de faits nouveaux ou d'objections formulées, dans la mesure où l'expertise déjà présentée devient le point de départ des investigations qui suivent. C'est justement ce qui s'est produit dans le cas présent. Le rôle du professeur F., dans l'expertise complémentaire du 27 août 1976, consistait – selon le mandat confié par les premiers juges le 8 juillet 1976 – à examiner les objections du recourant au sujet de l'expertise du 2 mai 1975 et les nouvelles pièces du dossier médical; il devait indiquer en quoi il convenait de modifier ses conclusions de naguère. Par conséquent, on ne saurait faire grief aux premiers juges d'avoir demandé au professeur F. une expertise complémentaire. Le droit du recourant d'être entendu (art. 4 Cst.) dans le cadre de la procédure probatoire n'a donc pas été violé. De même, on ne saurait parler d'arbitraire.

d. Le recourant fait valoir encore un autre grief. Le professeur F. aurait recueilli des informations d'ordre médical sur son compte auprès de divers médecins, sans que ceux-ci aient été préalablement déliés de leur obligation d'observer le secret professionnel. Il aurait ainsi obtenu des moyens de preuve d'une manière illégale, si bien que son expertise du 27 août 1976 devrait être considérée comme nulle et retirée du dossier.

Il existe effectivement une interdiction – valable aussi pour les organes de la justice administrative – de se fonder sur des moyens de preuve obtenus illégalement (ATF 99 V 15 et 96 I 440; Imboden/Rhinow, Schweizerische Verwaltungsrechtsprechung, tome I, p. 555, N° 89, chiffre V; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, p. 277). Toutefois, la question de savoir s'il y a eu ici, en fait, une violation du secret professionnel et une obtention illégale de moyens de preuve peut rester indécise. En effet, même s'il en était ainsi, l'on était en droit de se fonder sur les renseignements fournis par les médecins en question. On peut, selon la pratique, parler d'une utilisation illicite de preuves obtenues d'une manière illégale seulement si les moyens de preuve pris en considération ne peuvent être recueillis d'une manière conforme à la loi, ou lorsque le fait de se les procurer est contraire à des prescriptions qui sont de nature à exclure le moyen de preuve en question (ATF 96 I 440, consid. b, et 99 V 15). Les renseignements pris auprès des médecins mentionnés auraient très bien pu être recueillis aussi par la voie d'une procédure régulière. Peu importe qu'une libération du secret médical ait été nécessaire à cet effet, car on aurait pu exiger du recourant, en vertu de son obligation de coopérer dans le procès, une déclaration autorisant une telle libération (cf. à ce sujet ATF 99 V 15). ...

6. f. ... On a accordé au professeur M. le droit de faire appel à des médecins spécialisés dans d'autres secteurs. Etant donné que ce professeur porte la responsabilité de l'ensemble de l'expertise, il n'était pas nécessaire de lier ces médecins appelés en consultation de la même manière que l'expert. Celui qui s'adresse à un tribunal ne peut prétendre à dire son mot dans le choix des médecins auxquels l'expert judiciaire fait appel. Le droit d'être entendu est observé lorsque les parties peuvent s'exprimer, en donnant leur avis sur l'expertise, au sujet de la personne de ces médecins, et peuvent notamment alléguer des motifs d'exclusion ou de récusation. Or, le recourant n'a pas présenté de telles objections à l'égard du docteur Z.

De même, on ne peut prétendre que le professeur M. ait permis au docteur Z., radiologue, d'une manière illicite, de consulter le dossier médical du recourant. Si le tribunal a donné à l'expert la compétence de faire appel, au besoin, à d'autres médecins, cela impliquait évidemment aussi le droit de donner à ceux-ci les informations nécessaires au jugement du cas. En outre, la question de savoir à qui le juge montrera les pièces médicales mises à sa disposition, pour en faire tirer des conclusions valables, et s'il choisira lui-même les médecins qui seront appelés en consultation ou s'il confiera ce soin à l'expert, est laissée à l'appréciation du juge lui-même. Le recourant ne peut restreindre cette compétence en invoquant le secret professionnel. ...

7. b. ... Enfin, le TFA ne peut partager l'opinion selon laquelle l'expertise de la clinique universitaire présentée le 2 mai devrait être considérée comme purement privée. En effet, la caisse a agi dans le cadre de l'instruction d'office et ne peut être considérée comme une partie qu'après l'ouverture de la procédure de recours (voir à ce sujet ATF 104 V 211, consid. c, et consid. 3b ci-dessus). ...

Chronique mensuelle

Dans sa séance du 10 mars, le *Conseil national* s'est occupé de l'initiative parlementaire Nanchen et de l'initiative du canton de Lucerne en faveur d'un *régime fédéral d'allocations familiales* (voir RCC 1986, p. 42). Après une discussion approfondie, il a rejeté – conformément à la proposition de sa commission – l'initiative parlementaire. Quant à l'initiative lucernoise, il a été décidé, par vote nominal, de ne pas lui donner suite; il y a eu 99 voix pour cette décision, 70 voix contre. En revanche, le postulat de la commission demandant une meilleure coordination des allocations cantonales pour enfants a été accepté par 70 voix contre 40 (voir RCC 1985, p. 586).

Le *Conseil des Etats* a traité en date du 12 mars l'*initiative populaire* déposée par le POCH, *organisations progressistes suisses* (RCC 1983, p. 138), initiative qui exige que l'on abaisse à 62 ans pour les hommes et à 60 ans pour les femmes l'âge donnant droit à la rente AVS. A l'instar du Conseil fédéral dans son message du 17 juin 1985, le Conseil des Etats a rejeté clairement cette initiative. Pour justifier ce rejet, il a allégué, d'une part, des raisons financières; d'autre part, il a fait ressortir la contradiction entre l'initiative et l'espérance de vie plus élevée, en montrant que l'adoption d'une limite d'âge plus basse, mais figée, empêcherait l'instauration d'une limite d'âge flexible. M. Miville (soc., Bâle-Ville) a proposé un contre-projet dans lequel la limite d'âge serait fixée à 62 ans tant pour les hommes que pour les femmes; le Conseil rejeta cette proposition par 28 voix contre 4. Concernant l'initiative POCH, le Conseil a décidé, par 29 voix contre 3, d'en recommander le rejet au peuple et aux cantons. L'initiative devra encore être traitée par le Conseil national.

Le *Centre d'information des caisses de compensation AVS* a tenu, le 14 mars, sa première assemblée après avoir procédé à un changement de sa structure. On trouvera des détails à ce sujet à la page 228.

Les représentants des groupes de caisses de compensation ont rencontré ceux de l'Office fédéral des assurances sociales, le 18 mars, à Lucerne, lors

de l'assemblée habituelle dite *Meinungsaustausch*. Celle-ci était présidée par la Conférence des caisses cantonales de compensation. Les participants y ont examiné ensemble des questions de principe touchant la procédure de communication entre l'AVS et les organes du fisc, ainsi qu'avec les caisses-maladie et les assurances-accidents. Ils ont en outre échangé leurs opinions sur divers problèmes concernant les instructions de l'Office fédéral, la perception des cotisations et les transferts de fonds entre caisses. Enfin, ledit office a montré ce que sera, à l'avenir, le contrôle de l'assujettissement dans la prévoyance professionnelle et où en sont actuellement les révisions de lois.

La *commission des cotisations* a siégé le 25 mars. Elle a terminé l'examen du projet de nouvelles directives sur le salaire déterminant.



Statistique des prestations en nature de l'AI et de l'AVS en 1984

Les organes d'exécution de l'AI – les commissions AI et leurs secrétariats, les caisses de compensation et la Centrale de compensation – disposent, pour remplir leur mission, de fichiers contenant des données qui peuvent subsidiairement faire l'objet d'une exploitation statistique.

Les informations présentées ci-dessous concernent les mesures individuelles de réadaptation et sont tirées des factures. Dans le cadre restreint de cet article, seuls des chiffres globaux peuvent être indiqués; les résultats qui figurent ici servent à illustrer le contenu de la statistique.

Survol de l'information statistique

Le traitement électronique des factures payées en 1984 pour des prestations individuelles en nature, y compris les mesures d'instruction, fait apparaître des dépenses pour quelque 500 millions de francs. Elles correspondent en gros aux comptes «frais de mesures individuelles» de l'AI et de l'AVS, ainsi qu'aux rubriques «Frais d'examens» (cf. fig. 1 ci-après). L'absence de concordance parfaite entre la comptabilité et la banque de données AI pro-

Graphique 1.

COUTS DES PRESTATIONS EN NATURE - 1984

EXPLOITATION STATISTIQUE DE LA BANQUE DE DONNEES AI:

625'000 factures payées en 1984 pour un montant de
504 mio de Fr pour
222'000 personnes traitées avec un coût moyen de
Fr. 2270.- par personne

COMPTABILITE:

| | mio Fr. |
|---------------------------------------|-------------------|
| - coûts des mesures individuelles AI | 480 |
| - coûts des mesures individuelles AVS | 15 |
| - rapports médicaux AI | 12 |
| - rapports médicaux AVS | 2 |
| TOTAL | <u><u>509</u></u> |



12 mio Fr.
paiements par mandats de poste

482 mio Fr.

Paiements par CCP en faveur de 36316 fournisseurs de prestation (coût moyen par fournisseur de Fr 13'269.-)

10 mio Fr.

factures collectives inexploitable

- DIVERS - SANS TARIF: 9 mio
- MINEURS IMPOTENTS: 3 mio

- ECOLES SPECIALES 6 mio
- LOGOPEDISTES 2 mio
- FORMATION PROFESS. 1 mio
- DIVERS - SANS TARIF 1 mio

| | | | |
|----------------------------|---------|--------------------------|--------|
| - HOPITAUX | 110 mio | - ACOUSTICIENS | 13 mio |
| - ECOLES SPECIALES | 101 mio | - MINEURS IMPOTENTS | 12 mio |
| - FORMATION PROFESSIONELLE | 87 mio | - CORDONNIERS | 6 mio |
| - MEDECINS | 31 mio | - PHARMACIES | 5 mio |
| - DIVERS - SANS TARIF | 30 mio | - PHYSIOTHERAPEUTES | 5 mio |
| - CATEGORIES MULTIPLES | 26 mio | - PSYCHOTHERAPEUTES | 4 mio |
| - DENTISTES | 17 mio | - OPTICIENS | 2 mio |
| - LOGOPEDISTES | 16 mio | - LABORATOIRES D'ANALYSE | 2 mio |
| - ORTHOPEDISTES | 15 mio | | |

vient du fait que la Centrale paie des factures directement, c'est-à-dire hors banque de données (par exemple le paiement de bons de transport aux CFF et aux autres entreprises concessionnaires).

Du total de 504 millions de francs, 10 millions représentent des factures collectives qui n'ont pas été disséquées et qui par conséquent ont échappé à l'investigation statistique. Les 494 millions qui restent se rapportent à 220 000 bénéficiaires de prestations; le coût moyen par assuré traité en 1984 s'élève ainsi à 2225 francs.

Ces premiers chiffres globaux ne sont par eux-mêmes pas très significatifs, mais leur valeur indicative augmente lorsqu'ils sont ventilés par catégories de fournisseurs.

Coûts par assuré et par catégories de fournisseurs (cf. tableau 1)

Les coûts moyens par assuré présentent de fortes variations selon les catégories de fournisseurs: les plus élevés pour les centres de formation professionnelle (12023 fr.) et les écoles spéciales (6528 fr.); ceci s'explique par la durée de séjour des assurés dans ces institutions.

Prestations en nature par catégories de fournisseurs - 1984 *Moyennes par assuré*

| Catégories de fournisseurs | Montants en francs | | |
|--------------------------------------|-------------------------|-------------------|-----------------------|
| | Montant des prestations | Assurés concernés | Coût moyen par assuré |
| Hôpitaux | 109 804 734 | 54 148 | 2 028 |
| Médecins | 31 824 507 | 132 105 | 241 |
| Dentistes | 17 125 124 | 15 185 | 1 128 |
| Orthopédistes | 14 763 313 | 13 666 | 1 080 |
| Cordonniers | 5 761 971 | 4 366 | 1 320 |
| Ecoles spéciales | 101 499 094 | 15 549 | 6 528 |
| Centres de formation professionnelle | 87 153 661 | 7 249 | 12 023 |
| Physiothérapeutes | 4 515 295 | 3 881 | 1 163 |
| Logopédistes | 16 139 315 | 11 410 | 1 414 |
| Psychothérapeutes | 4 143 915 | 2 865 | 1 446 |
| Soignants pour mineurs impotents | 15 731 848 | 4 992 | 3 151 |
| Pharmacies | 4 875 551 | 10 100 | 483 |
| Laboratoires d'analyses | 1 551 846 | 1 388 | 1 118 |
| Opticiens | 2 132 333 | 5 026 | 424 |
| Acousticiens | 12 787 245 | 15 597 | 820 |
| Divers (sans tarif) | 38 169 737 | 37 149 | 1 027 |
| Catégories multiples | 26 109 789 | 9 712 | 2 688 |
| Toutes les catégories | 494 089 278 | 344 388 | 1 435 |

Pour les médecins, on remarquera le nombre très élevé d'assurés traités et le coût moyen le plus bas; ceci est dû au fait que leurs prestations consistent la plupart du temps en des contrôles et des questionnaires nécessaires à l'instruction du cas.

Le tableau 1 comporte en outre quelques particularités:

– La catégorie «Divers» comprend des fournisseurs qui ne sont pas liés par une convention tarifaire à l'AI. C'est le cas des frais de transport (33 millions de francs en 1984) qui sont souvent remboursés aux assurés eux-mêmes.

– Sous «Catégories multiples» apparaissent des fournisseurs qui facturent des prestations à l'AI sur la base de plusieurs tarifs; il s'agit principalement d'écoles spéciales, de centres de réadaptation professionnelle ou de services publics pour la formation scolaire, des mesures pédagogiques ou autres.

Coûts par fournisseur et par catégories de prestataire (cf. tableau 2)

La ventilation par catégories de fournisseurs comprend un volume de prestations de 482 millions de francs, soit 12 millions de francs de moins que

Coûts des prestations en nature par catégories de fournisseurs - 1984 *Coûts par fournisseur¹*

| Catégories de fournisseurs | Montants en francs | | |
|--------------------------------------|-------------------------|------------------------|----------------------------|
| | Montant des prestations | Nombre de fournisseurs | Coût moyen par fournisseur |
| Hôpitaux | 109 804 734 | 378 | 290 489 |
| Médecins | 31 497 257 | 10 366 | 3 039 |
| Dentistes | 17 115 255 | 931 | 18 384 |
| Orthopédistes | 14 740 571 | 130 | 113 389 |
| Cordonniers | 5 753 765 | 253 | 22 742 |
| Ecoles spéciales | 101 499 094 | 502 | 202 189 |
| Centres de formation professionnelle | 87 153 661 | 229 | 380 584 |
| Physiothérapeutes | 4 505 649 | 782 | 5 762 |
| Logopédistes | 16 139 315 | 1 157 | 13 949 |
| Psychothérapeutes | 4 143 915 | 197 | 21 035 |
| Soignants pour mineurs impotents | 12 343 259 | 4 079 | 3 026 |
| Pharmacies | 4 875 484 | 781 | 6 243 |
| Laboratoires d'analyses | 1 551 846 | 87 | 17 837 |
| Opticiens | 2 104 919 | 652 | 3 228 |
| Acousticiens | 12 787 245 | 102 | 125 365 |
| Divers (sans tarif) | 29 734 723 | 15 429 | 1 927 |
| Catégories multiples | 26 103 075 | 254 | 102 768 |
| Toutes les catégories | 481 853 767 | 36 309 | 13 269 |

¹ Dans l'état actuel des possibilités d'exploitations statistiques, un fournisseur est compté plusieurs fois si la Centrale lui paie des prestations en nature sur plusieurs comptes postaux ou bancaires.

pour les autres exploitations statistiques. Cette différence provient du mode de paiement; pour des raisons techniques, les factures payées par mandats de poste n'ont pas pu être prises en considération (cf. fig. 1). Avant toute analyse de ces chiffres, il convient de signaler que la catégorie «Divers - Sans tarif» englobe 42 pour cent des fournisseurs. Le coût moyen par fournisseur est inférieur à tous les autres et le volume de prestations de moindre importance (29,7 millions de fr.), soit 6 pour cent du total. Comme déjà mentionné précédemment, il s'agit là essentiellement d'assurés facturant eux-mêmes certaines prestations à l'AI, par exemple des frais de transport en remboursement.

Les coûts moyens des autres catégories de fournisseurs présentent des différences sensibles:

- trois catégories avec des moyennes supérieures à 200 000 francs: les institutions de réadaptation professionnelle (380 584 fr.), les hôpitaux (290 489 fr.) et les écoles spéciales (202 189 fr.);

- cinq catégories avec des moyennes inférieures à 10 000 francs: les pharmacies (6243 fr.), les physiothérapeutes (5762 fr.), les opticiens (3228 fr.), les médecins (3039 fr.) et les soignants des mineurs impotents (3026 fr.).

En tentant d'étudier plus en détail ces chiffres, il apparaît que leurs écarts prononcés reflètent la variété et le large spectre des prestations qu'ils recouvrent. Les facteurs suivants déterminent principalement le coût moyen par fournisseur:

- le type et la durée de la prestation: les coûts de personnel (en fonction du degré de qualification) et d'infrastructure sont avant tout à prendre en considération;

- les conditions du marché et la structure de l'offre: alors que certains fournisseurs travaillent exclusivement pour l'AI, d'autres ne le font qu'occasionnellement.

Les coûts par fournisseur ne sont donc pas particulièrement significatifs quant aux valeurs moyennes par catégorie, car il n'y a certainement rien de comparable entre les frais d'un examen ambulatoire chez le médecin (questionnaire AI) et ceux d'une mesure de formation scolaire en internat. L'intérêt de ces chiffres réside plutôt dans le fait que combinés avec d'autres données, ils livrent des éléments d'information sur l'importance de l'AI pour les différentes professions, secteurs de l'économie ou fournisseurs. Il apparaît ainsi que l'AI a joué un rôle déterminant dans la formation de la structure de l'offre privée et publique de prestations.

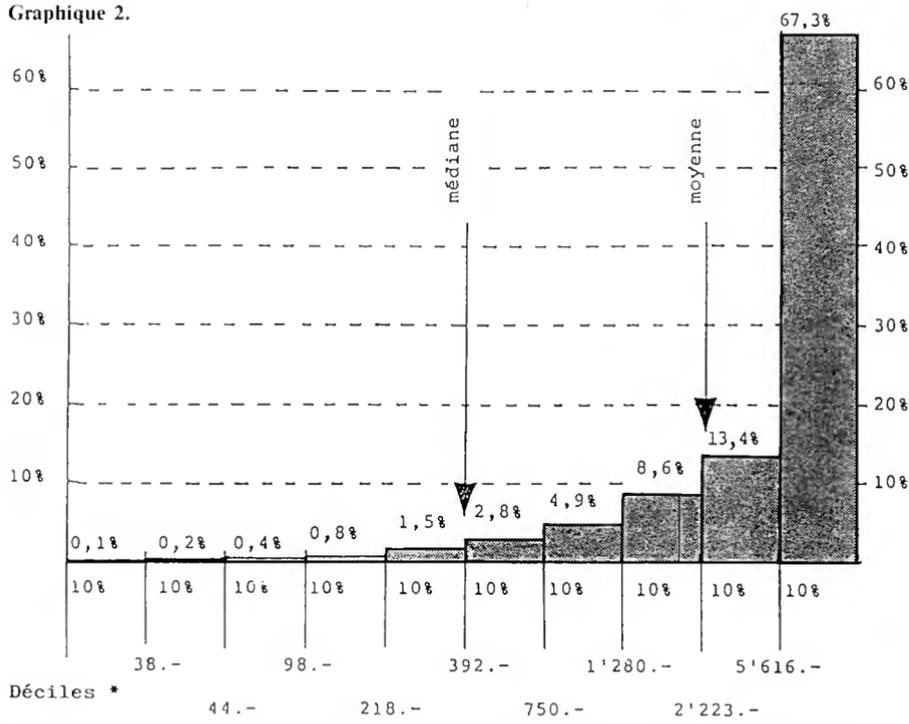
Distribution des coûts par assuré

La distribution des coûts par assuré constitue une indication importante sur leur structure. A titre d'exemple, le graphique ci-après (fig. 2) illustre la

distribution des coûts par assuré pour l'ensemble des prestations en nature : sur l'axe horizontal, les 220 000 assurés traités, ordonnés – de l'assuré ayant occasionné le moins de frais à celui ayant coûté le plus cher à l'assurance en 1984 – en tranches de 10 pour cent, les limites ou déciles étant indiqués au bas du tableau. Ainsi les 10 pour cent d'assurés ayant coûté le moins cher n'ont occasionné que le 0,1 pour cent des coûts totaux ; à l'opposé, les 10 pour cent d'assurés les plus « chers » ont bénéficié de prestations représentant 67,3 pour cent des coûts annuels. Si les assurés traités sont divisés en deux groupes égaux, on constate que le premier, situé au-dessous de la médiane (392 fr.), n'a occasionné que des coûts d'environ 15 millions de francs (3 pour cent), contre 489 millions de francs (97 pour cent) au second groupe.

Prestations en nature de l'AI et de l'AVS en 1984 : Distribution des coûts par assuré

Graphique 2.



* Coût théorique par assuré aux limites de 10%, 20%, etc., jusqu'à 90%.

Coûts des prestations en nature selon l'âge des assurés (cf. fig. 3)

A l'exception de la dernière (> 64 ans), les classes d'âge sont homogènes et permettent quelques constatations intéressantes sur la fréquence et les coûts des prestations en fonction de l'âge de l'assuré.

Coûts des prestations en nature par classes d'âge des assurés traités — 1984

| Classes d'âge des assurés | Montants en francs | | |
|---------------------------|-------------------------|---------------------------------------|-----------------------|
| | Montant des prestations | Nombre d'assurés traités ¹ | Coût moyen par assuré |
| 0 - 5 | 63 945 459 | 29 432 | 2 173 |
| 5 - 9 | 81 239 125 | 32 432 | 2 505 |
| 10 - 14 | 113 552 799 | 35 714 | 3 180 |
| 15 - 19 | 119 698 548 | 22 613 | 5 293 |
| 20 - 24 | 23 582 589 | 7 061 | 3 340 |
| 25 - 29 | 8 304 857 | 4 747 | 1 749 |
| 30 - 34 | 7 758 261 | 5 309 | 1 461 |
| 35 - 39 | 8 122 281 | 6 733 | 1 206 |
| 40 - 44 | 8 431 707 | 8 073 | 1 044 |
| 45 - 49 | 8 770 457 | 9 964 | 880 |
| 50 - 54 | 10 066 501 | 13 415 | 750 |
| 55 - 59 | 10 877 606 | 17 247 | 631 |
| 60 - 64 | 10 923 578 | 17 547 | 623 |
| 65 et plus | 18 843 418 | 26 209 | 719 |

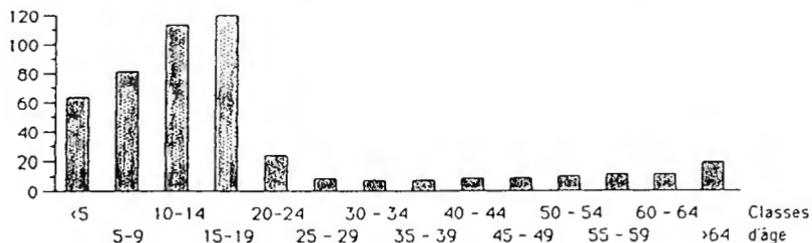
¹ Pour des raisons liées au mode de l'exploitation statistique, un certain nombre d'assurés peuvent figurer dans 2 classes d'âge; le total de cette colonne ne correspond donc pas au nombre de personnes mentionné précédemment.

Les prestations en nature à des mineurs (0-19 ans) sont importantes surtout en ce qui concerne les coûts: 378,4 millions de francs, soit 76,6 pour cent des coûts pour tous les âges mais seulement 120 191 assurés traités, soit 50,8 pour cent. Le coût moyen pour un assuré mineur est de 3148 francs tandis que pour un adulte, il se situe à 995 francs.

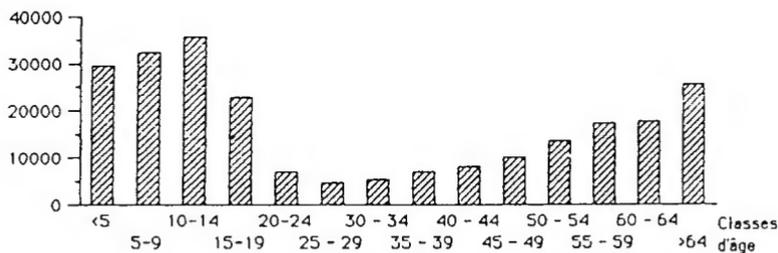
L'examen des coûts moyens par assuré pour les différentes classes d'âge montre que c'est entre 15 et 19 ans que les dépenses sont les plus importantes: 5293 francs. Les frais occasionnés par les mesures de formation professionnelle initiale, fréquents pour cette classe d'âge, «tirent» cette moyenne vers le haut; cette explication s'appuie sur le fait que le coût moyen par assuré pour la catégorie «Formation professionnelle» prend la valeur la plus élevée (cf. tableau 1). De plus, les mesures médicales et les mesures scolaires spéciales occasionnent encore à cet âge des dépenses importantes. Les coûts moyens pour les adultes diminuent avec l'âge. Ce phénomène s'explique par l'effet conjugué de la diminution des mesures de reclasse-

Graphique 3.

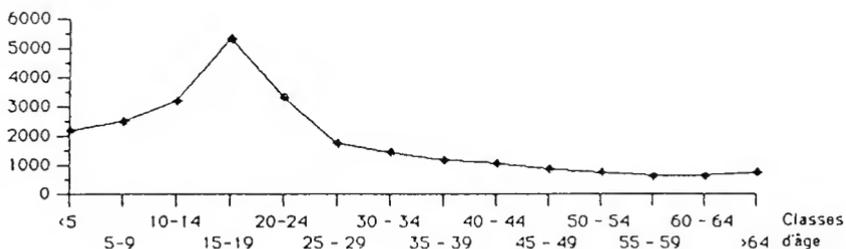
Montants des prestations en mio de francs



Nombre d'assurés traités



Coût moyen par assuré en francs



ment professionnel et de l'augmentation des octrois de moyens auxiliaires – mesures occasionnant en moyenne des frais moindres.

Conclusion

Il ressort finalement de ces statistiques sur les coûts des prestations en nature de l'AI et de l'AVS que les assurés mineurs sont les grands bénéficiaires des prestations en nature octroyées, principalement sous forme de mesures médicales, scolaires et professionnelles. Cette constatation va dans le droit fil de l'intention du législateur et de la promotion recherchée des handicapés. La rente entre en ligne de compte au moment où tout a été tenté en vue de la réadaptation.

Si les chiffres présentés ci-dessus sur les prestations individuelles en nature mettent déjà en évidence l'importance particulière de l'effort consenti pour la formation scolaire et professionnelle des invalides, il convient aussi de mentionner que l'AI a également versé en 1984, dans le cadre de l'encouragement de l'aide aux invalides, 288 millions de francs au titre de subventions aux frais d'exploitation et 57 millions de francs au titre de subventions à la construction pour des institutions, écoles spéciales, centres de réadaptation, ateliers protégés ou d'occupation et homes. Ces appoints, qui diminuent en quelque sorte le «prix de revient» des prestations, doivent être ajoutés aux prestations individuelles pour une meilleure appréciation globale de l'effort consenti par l'AI en faveur de la formation. La promotion par l'AI de l'intégration économique et sociale de la personne handicapée, et en particulier des jeunes, devient donc bien réelle.

L'appréciation psychiatrique des personnes qui demandent une rente AI

La nouvelle rédaction des chiffres marginaux 6 à 16 des directives concernant l'invalidité et l'impuissance, concernant les atteintes à la santé mentale, a été généralement bien accueillie par les organes de l'AI. Elle a contribué à mieux éclaircir certains problèmes. Toutefois, des questions souvent délicates continuent à se poser à l'administration lorsque des assurés qui présentent des particularités d'ordre psychique demandent des rentes AI. C'est

pourquoi il convient d'exposer ce sujet d'une manière plus détaillée que les directives¹. Comment l'AI doit-elle et peut-elle interpréter des diagnostics psychiatriques, quand et dans quelles circonstances des particularités psychiques peuvent-elles équivaloir, pour l'AI, à des atteintes à la santé mentale ayant valeur de maladie au sens de la LAI? On esquissera aussi la tâche des médecins dans ce sens et l'on exposera quelques problèmes de la «chronification» et de l'«invalidisation». Les médecins des commissions AI se sentiront doublement concernés: d'une part comme médecins exerçant une charge publique, mais d'autre part aussi parce qu'ils ont presque tous un cabinet de consultation auquel ils consacrent la plus grande partie de leur temps.

Constatations et diagnostics psychiatriques permettant d'établir l'existence d'une atteinte à la santé mentale, avec ou sans valeur de maladie

Selon une jurisprudence constante du TFA, l'âge, une formation scolaire ou professionnelle insuffisante, une structure «simple» de la personnalité, ainsi que des particularités socio-culturelles, sont des éléments étrangers à l'invalidité; ils n'ont aucun lien avec un rapport de causalité entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de gain.

Les aspects psychiatriques des cas deviennent de plus en plus importants aussi dans l'AI. Dans notre civilisation, les troubles psychiques ont apparemment tendance à croître, notamment les troubles psychogènes (réaction au milieu), qui peuvent se manifester sous forme de dépressions, de particularités psychosomatiques et d'altérations hypocondriaques. Les motifs possibles de cette évolution sont l'absence croissante de relations humaines, l'isolement de l'individu, le matérialisme et la lutte contre la concurrence, la désagrégation de la famille, les conflits conjugaux et des déceptions sentimentales, le mépris général des valeurs morales. L'effort que l'on peut exiger des jeunes gens – par exemple des recrues – sur le plan psychique diminue. Notre monde est-il en train de devenir incurable?

Un autre motif de l'accroissement relatif des troubles psychiques – phénomène que l'on peut constater aussi par la statistique – comme diagnostic principal pour l'attribution de rentes AI consiste en une appréhension globale de l'être humain. Actuellement, les troubles psychiques sont déclarés plus ouvertement dans un diagnostic psychiatrique, alors qu'ils figuraient naguère, bien souvent, dans des diagnostics vagues, où la cause était attribuée à des atteintes somatiques confuses.

¹ Le présent exposé est la reproduction légèrement modifiée du texte d'une conférence que le Dr. E. Schneeberger, adjoint au service médical de l'OFAS, a prononcée en automne 1985 dans un cours de perfectionnement de la Faculté de médecine de l'Université de Zurich.

La psychiatrie n'est pas considérée comme la plus exacte des sciences; ceci est dans la nature des choses, puisque son objet est précisément l'âme humaine. Il n'est donc pas étonnant que dans le cas d'un assuré présentant des particularités psychiques, il soit spécialement difficile, pour le médecin, de déterminer si l'on peut exiger de cette personne qu'elle accomplisse un travail ou qu'elle se soumette à une mesure de réadaptation. Cette difficulté s'explique notamment par la complexité inouïe des situations psychiques. Un comportement psychique échappe en général aux efforts que l'on entreprend pour le «cataloguer» et l'exprimer par des chiffres. Il subsiste en outre une vaste zone grise, qui s'étend jusqu'aux variantes psychiques de la norme, et des différences sensibles entre les médecins (et particulièrement entre les psychiatres) en ce qui concerne les conceptions scientifiques et idéologiques. Les psychiatres, les commissions AI et les tribunaux d'assurances sociales disposent d'une certaine marge d'appréciation. L'AI doit cependant veiller à ce que les avis exprimés par les psychiatres soient convaincants, ou que ceux-ci, dans certains cas, reconnaissent ouvertement leur incertitude.

L'AI attend du médecin (médecin de famille, spécialiste, médecin attaché à un hôpital ou à un COMAI):

- qu'il décrive en détail l'état de santé de l'assuré et précise les fonctions somatiques et mentales qui sont limitées, et de quelle manière;
- qu'il indique, par évaluation, dans quelle mesure l'assuré est capable de travailler, et dans quelles activités concrètes. Il donnera, si possible, des précisions d'ordre pratique sur les diverses aptitudes de l'assuré et sur les mesures à prendre: restrictions à prévoir, facilités à accorder, etc.; l'assuré peut-il se lever, marcher, porter des fardeaux? Peut-il travailler à l'air libre ou seulement en milieu fermé? A-t-il besoin de mesures hygiéniques spéciales? Peut-on envisager une activité à la demi-journée seulement, avec un rendement total ou partiel, ou par exemple 2 fois 3 heures par jour? Bien entendu, le médecin n'est pas conseiller professionnel et ne peut connaître les 5000 métiers qui sont pratiqués, paraît-il, en Suisse. Des précisions ultérieures, notamment en ce qui concerne le salaire réalisable, doivent être données par le conseiller professionnel de l'office régional, qui a toujours la possibilité de s'adresser au médecin traitant;
- qu'il indique quelles mesures de réadaptation (par exemple médicales, professionnelles, moyens auxiliaires, etc.) ont des chances de succès et sont exigibles, compte tenu de l'état de santé, si l'on cherche à améliorer la capacité de travail.

Dans une jurisprudence constante, le TFA a déclaré qu'il faut considérer en principe comme raisonnablement exigible, en ce qui concerne le rendement du travail et les mesures de réadaptation, ce que le médecin considère

comme tel. Une activité n'est pas exigible lorsqu'elle peut mettre la santé en danger ou aggraver une atteinte à celle-ci, ou lorsqu'elle comporte même un risque pour la vie de l'intéressé.

Le médecin ne doit pas se prononcer sur la capacité de gain, sur le degré d'invalidité et sur le droit à la rente (demi-rente, rente entière). Il ne connaît pas, en effet, les éléments d'ordre économique qui sont nécessaires pour donner un tel avis (situation professionnelle de l'assuré, marché du travail, possibilités de réadaptation professionnelle, revenu hypothétique avec ou sans invalidité, donc ampleur de la perte de gain ou degré d'invalidité). Si une commission AI interroge un médecin sur la future capacité de gain ou le degré d'invalidité, elle fait fausse route. Il n'en va pas de même du médecin de la commission AI; celui-ci a des attributions plus étendues; il fait partie de l'administration et doit se prononcer aussi sur la capacité de gain. L'administration (au besoin une autorité de recours) doit décider dans quelle mesure un invalide partiel peut ou pourrait mettre à profit la capacité de travail qui lui reste, en exerçant une activité qui est à sa portée, sur un marché du travail équilibré. Le médecin traitant ou celui qui fait l'expertise fournit les données médicales nécessaires à l'élaboration de cette décision.

Tout assuré a pour obligation de «réduire le dommage»; cela signifie qu'il doit, autant qu'il peut, réduire les effets négatifs de l'atteinte à sa santé sur sa capacité de gain. Par exemple, un fumeur capable de discernement qui a déjà fait deux infarctus, qui souffre de graves perturbations de la circulation dans les artères des jambes et qui continue à fumer régulièrement malgré les avertissements du médecin ne respecte pas cette obligation. Celle-ci implique tout naturellement l'obligation de se réadapter soi-même en cherchant un emploi, en répartissant les tâches au sein de l'entreprise d'une manière différente s'il s'agit d'un indépendant, en adaptant l'organisation du ménage à une invalidité, si cette auto-réadaptation peut être raisonnablement exigée de l'intéressé; on tiendra compte, ce faisant, de l'état de santé, de l'avis du médecin et bien entendu de la situation personnelle de l'assuré. Si un assuré demande une rente, l'AI peut poser la condition qu'il se soumette à des mesures jugées efficaces et acceptables par le médecin (par exemple opération, traitement par médicaments); si l'assuré n'en veut pas, l'AI peut lui refuser ou retirer la rente (art. 31, 1^{er} al., LAI).

L'arrêt du TFA lie, dans chaque cas particulier, aussi bien l'AI que l'OFAS. En outre, il peut aussi avoir une valeur de précédent pour la pratique administrative. Le droit des assurances sociales ne connaît pas le «in dubio pro reo» (le doute profite à l'accusé), principe qui est reconnu par le droit pénal et que l'on n'a pas étendu au droit des assurances en remplaçant «accusé» par «assuré». Les conditions d'un droit envers l'AI doivent être remplies «avec une probabilité prédominante» (TFA).

Les atteintes à la santé mentale

Là aussi, on peut appliquer la brève formule «Invalidité = incapacité de gain permanente par suite d'une atteinte à la santé au sens de la LAI». Les atteintes à la santé mentale n'ont pas nécessairement pour effet de réduire la capacité de travail et de gain. Selon la pratique du TFA, les troubles psychiques (atteintes à la santé mentale) ont valeur de maladie au sens de la loi lorsqu'ils ont une influence négative sur la capacité de gain d'une manière permanente ou pour une longue durée. Autrement dit: une telle atteinte a valeur de maladie seulement si la perturbation psychique est grave, selon les constatations d'un psychiatre, à tel point que l'on ne peut, pratiquement, exiger de l'assuré qu'il mette à profit, sur le marché du travail, sa capacité de travail (éventuellement très bonne, du point de vue purement physique), ou que l'on ne peut le faire que dans une mesure réduite, ou encore qu'un tel usage soit intolérable pour la société.

Les critères servant à tracer la limite entre «valeur de maladie» et «sans valeur de maladie» sont donc: la possibilité d'exiger raisonnablement l'accomplissement d'un travail ou des mesures de réadaptation; la question de savoir si l'assuré est supportable pour son entourage au lieu de travail et la durée de la perturbation. Les détails du diagnostic ne sont pas très importants pour l'AI; comme on le sait, il y a, dans le domaine de la psychiatrie également, des tendances à poser des diagnostics «à la mode». Dans l'AI, ce qui compte, ce n'est pas la cause d'une atteinte à la santé; ce sont bien plutôt ses conséquences sur la capacité de gain. La question de savoir si et comment une atteinte à la santé mentale constatée par le médecin influence ladite capacité, donc si elle a valeur de maladie, est une question *juridique* qui doit être tranchée par l'administration, ou au besoin par l'autorité de recours. Le médecin ne peut connaître les éléments de la capacité de gain; il devrait, aussi dans les cas de troubles psychiques, décrire avant tout l'état d'âme du patient, estimer son aptitude à travailler et proposer les mesures de réadaptation qui ont des chances de succès. Son exposé doit être convaincant et objectif; il ne doit pas se contenter de citer les déclarations de l'assuré.

On va tenter, ci-après, de montrer, à propos des troubles psychiques les plus importants, si et dans quelles circonstances ils peuvent affecter la capacité de travail et de gain.

Les maladies mentales (psychoses)

telles que par exemple la schizophrénie ou la cyclothymie n'ont pas toujours une influence défavorable sur la capacité de travail, et cette influence n'est

pas nécessairement durable. Le traitement offre souvent des chances de succès et il est acceptable pour le patient. Les pronostics se sont améliorés, tant en ce qui concerne les contacts sociaux que les chances de trouver une activité lucrative. Il existe des guérisons spontanées et de longs intervalles où les symptômes sont rares. Des examens effectués après coup par Bleuler chez des schizophrènes qui avaient été traités dans les années 40 à l'hôpital Burghölzli ont révélé que leur évolution (déjà avant l'invention des médicaments dits neuroleptiques) était meilleure que prévu. En cas d'épisodes psychotiques, le critère de la longue durée (360 jours) n'est souvent pas réalisé. Dans l'AI, les maladies mentales ne sont des atteintes à la santé mentale avec valeur de maladie au sens de la LAI que si elles influencent longtemps et d'une manière défavorable la capacité de gain, compte tenu d'une part des données médicales du cas et, d'autre part, des informations dont on dispose sur la possibilité d'exercer une activité lucrative. Chaque cas particulier doit être examiné avec soin. Le médecin traitant devrait prendre contact assez tôt avec l'employeur et l'office régional. Une réadaptation entreprise à temps au poste de travail habituel présente de grands avantages.

L'oligophrénie (débilité mentale)

peut porter atteinte à la capacité de travail et de gain. L'AI admet qu'un quotient intellectuel nettement inférieur à 75 (test de Hawie) permet de supposer que cette déficience a une influence négative sur ladite capacité. Toutefois, l'on sait que la détermination du QI pose des problèmes; la valeur 75 résulte seulement d'un premier tri sommaire. A côté des facultés intellectuelles, il y a en effet d'autres éléments importants: le caractère, l'attitude au travail, le «contexte» social et la compréhension de la part de l'entourage, notamment au lieu de travail. Dans chaque cas, l'administration examine quel travail peut être exigé d'après les données médicales, s'il existe des emplois adéquats dans un marché équilibré du travail et quelles sont les perspectives de salaire. Il en résulte des données qui permettent de faire la comparaison des revenus et de déterminer le degré d'invalidité. Dans les cas d'oligophrénie, l'AI accorde en général, déjà pendant la jeunesse, diverses prestations telles que formation scolaire spéciale, mesures pédagogiques et mesures professionnelles.

Les toxicomanies

L'AI ne s'ingère pas dans des controverses au sujet de définitions. La toxicomanie ne doit pas être assimilée d'emblée à une atteinte à la santé mentale

ayant valeur de maladie ou à une invalidité. Elle résulte assez rarement de graves troubles mentaux, mais elle se manifeste bien plus souvent par suite de difficultés personnelles, que l'on cherche à résoudre en recourant à elle; bien entendu, cette «solution» est loin d'être adéquate. La toxicomanie (alcool, drogue, médicaments, nicotine) peut, selon une jurisprudence constante du TFA, constituer une atteinte à la santé mentale avec valeur de maladie, si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé mentale ou physique ayant valeur de maladie (exemple: un schizophrène solitaire se met à boire pour établir des contacts avec autrui et trouver un peu de chaleur humaine). C'est le cas également lorsque la toxicomanie a provoqué une atteinte à la santé mentale de longue durée, comme par exemple une lésion cérébrale organique (syndrome psycho-organique), une altération de la personnalité dans le sens d'un «évidement» ou d'un «dénoyautage» de celle-ci, un psychosyndrome cérébral localisé ou un hospitalisme psychique par suite d'un traitement nécessaire dans un hôpital.

L'altération de la personnalité résultant de la toxicomanie diminue, en cas d'abstinence, au bout de six à douze mois; il subsiste une certaine réduction de la capacité de supporter les charges psychiques. Si un psychiatre estime par exemple, trois ans après le début d'une abstinence, que le patient présente encore des troubles manifestes de la concentration et une résistance psychique amoindrie, qui ont des effets défavorables sur ses aptitudes (scolaires, professionnelles, etc.), il doit le prouver d'une manière convaincante. En règle générale, l'octroi prématuré d'une rente va à fins contraires; en revanche, l'AI peut accorder des mesures professionnelles et un soutien indirect par le biais de subventions à des institutions de l'aide aux toxicomanes (ateliers indépendants ou rattachés à des cliniques psychiatriques ou homes).

Il faut prendre aussi en considération les atteintes à la santé physique qui peuvent être provoquées par une toxicomanie, par exemple l'hépatite, d'autres maladies infectieuses (depuis quelque temps, le SIDA), la polynévrite en cas d'abus d'alcool, et d'autres encore.

Troubles constitutionnels du caractère

«Troubles de la personnalité», «psychopathie» et «névroses de caractère» sont des termes équivalents. Il s'agit là de particularités — principalement dues à des prédispositions — dans le domaine du sentiment, de l'instinct, de l'impulsion, du tempérament et des contacts. Le terme de psychopathie est usé et il est même devenu péjoratif. On le remplace en général, et sans doute à bon droit, par «névrose de caractère», terme qui n'exclut pas des

influences vécues par le patient. De tels troubles ne sont généralement pas des atteintes à la santé mentale ayant valeur de maladie et ne provoquent pas, d'après l'expérience générale des choses de la vie, une diminution de la capacité de travail, lorsqu'il s'agit de simples variantes caractérielles (variantes de la norme), qui n'empêchent pas l'individu – en faisant un effort de volonté que l'on peut attendre de lui – de mettre à profit ses aptitudes dans le marché libre du travail; ces troubles sont représentés par une certaine inconstance, un caractère irritable ou trop sensible, de la paresse, une volonté trop faible. Là aussi, on peut invoquer l'obligation qu'a l'assuré de réduire le dommage.

Ces troubles de la personnalité peuvent représenter des atteintes à la santé mentale, ayant valeur de maladie, lorsque la volonté et l'autonomie de l'intéressé sont sérieusement réduites, si bien que l'on ne peut exiger de celui-ci qu'il mette à profit ses aptitudes au travail, ou que sa présence serait intolérable pour son entourage. Là aussi, l'administration doit déterminer en s'adressant au médecin, à l'office régional, à l'employeur, si l'assuré ne travaille pas parce que l'on ne peut l'exiger de lui, ou parce qu'il ne veut pas (la nonchalance est un élément étranger à l'invalidité). Une certaine « fluctuation » sociale et professionnelle reste encore dans la conception des variantes de la norme. Ici, il arrive assez souvent que l'on ait affaire à des décisions par appréciation qui sont difficiles à prendre; la délimitation entre « valeur de maladie » et « sans valeur de maladie » touche aussi le problème du libre arbitre. La psychiatrie judiciaire se trouve confrontée à des problèmes analogues lorsqu'il s'agit de responsabilité (ou d'irresponsabilité), de faculté de discernement, de volonté ou d'autonomie personnelle.

Déviationsexuelles

On les appelait autrefois des perversions. Qu'elles entraînent ou non des actes délictueux, ces déviations ne sont des atteintes à la santé mentale ayant valeur de maladie que si elles constituent des symptômes ou des conséquences d'une telle atteinte (par exemple d'une altération grave du développement d'origine névrotique). Là aussi, il faut adopter la règle: sans atteinte à la santé, pas d'invalidité.

Délinquance et invalidité

Au cours de ces dernières années, le TFA a développé sa jurisprudence consacrée à cette question. En cas de peine privative de liberté, la relation

de cause à effet entre l'état de santé et la mise à profit de la capacité de travail est généralement rompue; le détenu est empêché d'exercer une activité lucrative, mais non pas inapte à ce travail. La société lui a, en quelque sorte, attribué de nouvelles tâches involontaires (l'exécution de sa peine) sans rétribution importante. Pour de plus amples détails sur le problème «exécution des peines/invalidité», on peut renvoyer à l'article publié dans la RCC 1984, page 434.

Surmenage par des circonstances extérieures

Les troubles psychiques qui sont provoqués par des circonstances extérieures, tels que le surmenage par l'exercice de plusieurs métiers (par exemple ménagère, mère et ouvrière à plein temps), mais qui disparaissent lorsque ces circonstances se modifient, ne sont pas, selon la jurisprudence, des atteintes à la santé mentale au sens juridique du terme.

(A suivre dans la RCC de mai)

Bibliographie

Fonjallaz Jean: Invalidité et révision des rentes d'invalidité. Etude de la législation sociale suisse. Thèse de droit, Lausanne, 1985. 168 pages. Fr. 21.50. Editions Payot, Lausanne.

Käser Hanspeter: Abgrenzung zwischen Erwerbs- und Ertragseinkommen in der AHV. Dans «L'expert comptable suisse», 3/1986, pp. 103-106. Chambre suisse des sociétés fiduciaires et des experts-comptables, Limmatquai 120, 8001 Zurich.

Madörin Ernst jun.: Wohnformen im Alter. Thèse de sc. pol., Berne, 1984. 281 pages. Editions Paul Haupt, Berne 1985.

Les difficultés médicales et sociales des invalides. Rapport sur la 31^e session du Comité régional de l'Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé. Concepts, définitions, vocabulaire. 44 pages. Fr. 4.-. Editions médicales Hans Huber, Länggassstrasse 76, 3012 Berne 9.

Tätigsein im sozialen Bereich – mit und ohne Bezahlung. Manuel servant à distinguer les différentes catégories des personnes participant au système d'aide informel et formel. 33 pages. 1986. Fr. 14.–. Pro Senectute, Canton de Zurich, case postale, 8032 Zurich.

Überwindung der Sozialstaatskrise. Quelques éléments d'une politique à suivre. Publié par Philipp Herder-Dorneich, Helmut Klages et Hans-Günther Schlotter. 317 pages. 1984. Nomos-Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.

Rechsteiner Rudolf, Stauffer Hans-Ulrich: Pensionskasse: Das Beste daraus machen! Vorschläge für ein versichertenfreundliches Reglement. 50 pages. Fr. 12.–. 1985. Unionsverlag, Zurich.

Pour une retraite heureuse: s'informer – informer – agir. Brochure d'information publiée par le Groupement syndical des rentiers AVS et AI Fribourg, route Joseph-Chaley 25, 1700 Fribourg. 56 pages.

Interventions parlementaires

Interpellation Segmüller, du 4 octobre 1985, concernant une revalorisation de la politique familiale

Le Conseil fédéral a donné une réponse écrite à cette interpellation (RCC 1985, p. 635) en date du 26 février 1986. En voici un résumé:

«1. La Conférence des ministres européens chargés des affaires familiales (appelée ci-après «la Conférence») a été instituée en 1959 à l'occasion d'une conférence internationale sur la famille organisée par l'Union internationale des organismes familiaux. Les ministres chargés des affaires familiales des six pays membres de la CEE d'alors, ainsi que le Secrétaire d'Etat autrichien à l'intérieur, qui y participaient, ont reconnu la nécessité de se concerter périodiquement afin d'étudier, notamment, l'harmonisation des différentes législations familiales et la promotion des initiatives de nature à défendre et à servir les intérêts matériels et moraux des familles. Par la suite, le cercle des ministres prenant part à la Conférence s'est agrandi; ainsi, en 1960, le Royaume-Uni et la Suisse ont été invités à y adhérer; notre pays a donc été représenté pour la première fois en 1961. A l'occasion de la Conférence qui s'est tenue à Genève en 1967 sous la présidence du chef du Département de l'intérieur d'alors, M. le conseiller fédéral Tschudi, il a été décidé d'étendre le cercle des participants à tous les Etats membres du Conseil de l'Europe. Aujourd'hui, la Finlande s'est également jointe à la Conférence; le Saint-Siège et la Commission des Communautés européennes y assistent en qualité d'observateurs.

En traitant, lors de sa dernière session à La Valette, des répercussions sur la famille de la crise économique, et notamment du chômage, la Conférence a abordé un ensemble de problèmes peu connus ou étudiés jusqu'à présent dans les différents pays européens, et en Suisse également, tels que:

- effets psycho-sociaux de la crise sur la famille et ses différents membres
- mutation des attitudes à l'égard des valeurs en raison de la crise (travail, temps libre, éducation, mariage, nombre d'enfants, rôle traditionnel du père et de la mère, relations parents-enfants).

Ces thèmes montrent clairement que la famille, cellule de base de la société, est confrontée dans l'Europe entière aux mêmes problèmes en raison notamment des mutations intervenues depuis la Seconde Guerre mondiale dans les modes de vie.

En Suisse aussi, ces problèmes préoccupent non seulement de larges couches de la population, mais entraînent également des discussions politiques et des réformes (droit matrimonial, principe de l'égalité des sexes dans la Constitution fédérale). Le rapport concernant les régimes d'allocations familiales des Etats membres de la Communauté européenne, du Royaume-Uni, de l'Autriche et de la Suisse, établi par le Département fédéral de l'intérieur à l'intention de la 9^e Conférence des ministres européens chargés des affaires familiales réunis à Genève, a été publié et a trouvé un large écho dans notre pays; il a influencé de manière non négligeable le développement des régimes d'allocations familiales dans les cantons.

La politique familiale doit également influencer le choix des priorités politiques; toutefois, en raison de son caractère complexe, elle ne peut être mise en œuvre que dans un vaste contexte socio-politique. La réponse élaborée par notre pays pour chaque conférence fournit l'occasion bienvenue de dresser un inventaire qui, en général, ne touche pas les activités d'un seul département; quant au rapport publié à l'issue de la conférence, il offre une image complète de la situation au niveau européen pour un objet déterminé; un tel rapport s'est révélé extrêmement utile non seulement pour l'administration, mais également pour les organisations d'utilité publique et pour toutes les personnes assumant des responsabilités dans un domaine déterminé de la politique familiale.

2. Le 1^{er} juillet 1984, les tâches d'un service de coordination pour les questions familiales ont été confiées à la section des affaires familiales, rattachée à l'OFAS. Il s'agissait là d'un premier pas en vue d'une meilleure mise en œuvre, sur le plan qualitatif, des mesures de politique familiale dépendant de la Confédération. Un renforcement de l'effectif de la section est intervenu en 1984 par l'attribution d'un demi-poste de travail supplémentaire. Le Conseil fédéral accorde une haute priorité à la promotion de la politique familiale. Des limites étroites lui sont cependant imposées en ce qui concerne le renforcement de l'effectif de la section et la revalorisation de cette dernière. En raison du programme d'économies décidé par le Parlement et du blocage des effectifs du personnel, le pouvoir de décision du Conseil fédéral est limité, si bien qu'il ne peut pas toujours agir dans l'immédiat, même dans le cas où des tâches prioritaires sont à assumer. Dans le cadre des mesures à prendre quant à la gestion des emplois, le Conseil fédéral vouera toute l'attention nécessaire au renforcement de la section des affaires familiales et réexaminera le problème de la classification des fonctions qui lui est lié. Il conviendra, toutefois, d'analyser en premier lieu les expériences qui ont été recueillies par le service de coordination depuis sa création avant d'envisager de nouvelles démarches.

3. En vue des cérémonies qui marqueront le 700^e anniversaire de la fondation de la Confédération, un concept élaboré par la Commission CH 91 a été présenté et devra par la suite être concrétisé. Dans ce concept, il est fait allusion, à plusieurs reprises, au thème de la famille. L'OFAS, compétent pour le domaine de la politique familiale, entrera en contact avec les différentes organisations faitières intéressées afin de déterminer de

quelle manière ce thème devra être traité dans le cadre des cérémonies. Le Conseil fédéral soumettra au Parlement une proposition concernant les modalités de la participation de la Confédération aux manifestations prévues.

4. Le Conseil fédéral partage l'opinion des interpellateurs, selon laquelle les cérémonies projetées seraient une occasion toute désignée pour organiser en Suisse la Conférence des ministres européens chargés des affaires familiales qui devrait se réunir en 1991. Il est prêt à entreprendre les démarches nécessaires lors de la conférence des fonctionnaires de liaison qui se déroulera en 1986.»

Question ordinaire Longet, du 11 décembre 1985, concernant le paiement de rentes AI à l'étranger

Voici la réponse donnée le 26 février par le Conseil fédéral (cf. RCC 1986, p. 48):

«Les rentes d'invalidité suisses sont versées aussi aux ayants droit qui vivent à l'étranger; ces versements se font, en principe, directement par la poste ou par l'intermédiaire d'une banque. Seuls sont exceptés les cas où un assureur étranger a payé une avance et demande ensuite, en se fondant sur la convention de sécurité sociale, que l'AI suisse lui verse ces rentes après coup. De telles opérations ne sont effectuées, pratiquement, qu'avec l'Autriche et l'Italie; cependant, elles sont prévues aussi par les conventions conclues avec cinq autres Etats (République fédérale d'Allemagne, Danemark, Pays-Bas, Norvège et Suède).

Les règles adoptées l'ont été à bon escient, parce que le paiement d'avances par l'assureur étranger répond à un besoin social. Du côté suisse, les ayants droit sont minutieusement informés, par la décision de rente, de toutes les compensations de ce genre. La caisse suisse de compensation, à Genève, est compétente pour le faire.»

Interpellation Piller, du 19 décembre 1985, concernant la politique de la famille en Suisse

M. Piller, conseiller aux Etats, a présenté l'interpellation suivante:

«Le rapport intitulé «La politique familiale en Suisse», rédigé par un groupe de travail institué par le Conseil fédéral, fournit une excellente analyse de notre politique de la famille. Outre l'énumération critique des difficultés et des problèmes auxquels est confrontée la cellule familiale, il propose à chaque fois des mesures concrètes pour y remédier, car les principales mesures à prendre requièrent un acte constitutionnel et législatif.

En 1982, la publication du rapport a suscité des espoirs qu'il importe de ne pas décevoir. Il est grand temps d'entreprendre enfin des efforts réels d'amélioration dans des secteurs divers: logement, fiscalité, caisses-maladie, allocations familiales, protection de la maternité, par exemple.

Un service fédéral suffisamment étoffé et disposant des attributions nécessaires devrait donc se mettre à la tâche sans tarder.

Je pose donc au Conseil fédéral les questions suivantes:

1. Le Conseil fédéral se rallie-t-il au diagnostic formulé dans le rapport de 1982 au sujet de notre politique de la famille?
2. Quel calendrier envisage-t-il pour réaliser les principales améliorations proposées dans ce rapport?
3. Quelle démarche adoptera-t-il pour renforcer le service compétent, son personnel et ses attributions, de telle sorte qu'il soit en mesure d'accomplir sa tâche conformément à l'esprit du rapport?»

Le conseiller fédéral Egli, président de la Confédération, a déclaré notamment ce qui suit dans la réponse qu'il a donnée le 5 mars devant le Conseil des Etats:

«A propos du 1^{er} point:

Le Conseil fédéral approuve l'analyse de principe donnée par le rapport sur la politique familiale; il partage notamment l'avis selon lequel la famille a une très grande importance pour la communauté et doit être prise en considération et soutenue dans tous les domaines.

A propos du 2^e point:

De nombreuses recommandations du rapport sur la famille s'adressent non pas à la Confédération, mais aux cantons, aux communes, aux employeurs, ainsi qu'à des associations privées. Dans la mesure, toutefois, où ces questions concernent la Confédération, on peut faire les constatations suivantes à propos des diverses branches d'assurance et des problèmes abordés:

Logement: Depuis la session d'automne de 1984, il est établi définitivement que l'encouragement à la construction de logements reste une tâche de la Confédération. Une des principales revendications du rapport se trouve ainsi satisfaite. En automne 1985, les Chambres ont voté de nouveaux crédits-cadres pour un montant total de près de 3 milliards, dont 515 millions pour des subventions non remboursables.

Allocations familiales: Des tentatives ont souvent été faites pour instituer un régime fédéral d'allocations familiales aussi en dehors de l'agriculture; les dernières interventions de ce genre ont été l'initiative parlementaire «Politique familiale» et une initiative du canton de Lucerne. Une procédure de consultation engagée à la demande de la commission du Conseil national a révélé que la nécessité d'un tel régime était niée par une majorité. Depuis lors, le Conseil national lui-même s'est prononcé d'une manière négative sur cette affaire (voir p. 205).

Assurance-maladie et maternité: Dans son projet de révision partielle de l'assurance-maladie, le Conseil fédéral a proposé diverses mesures pour améliorer le statut des enfants et réduire les frais de caisse-maladie des familles. La Confédération prend en charge une réduction générale des primes des enfants et, en outre, les cotisations de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques pour le troisième enfant et les enfants suivants.

En ce qui concerne l'assurance-maternité, on prévoit des améliorations importantes, en particulier dans le statut des femmes enceintes. Le Conseil national a été le premier à examiner le projet; il a approuvé les innovations proposées. La commission du Conseil des Etats n'a pas encore terminé ses travaux.

Imposition de la famille: La question de l'imposition des conjoints, liée à celle des déductions et tarifs dans l'impôt sur le revenu des personnes physiques, prend une grande place dans le message sur l'harmonisation des impôts. La commission du Conseil des Etats a proposé encore des améliorations en faveur des couples et des familles.

A propos du 3^e point:

A partir du 1^{er} juillet 1984, la section des affaires familiales de l'OFAS s'est vu confier le rôle de service de coordination pour les questions concernant la famille. On a fait ainsi un premier pas vers une extension qualitative de l'étude de ces problèmes au niveau fédéral. Cette section a été renforcée, en 1984, par l'engagement d'un fonctionnaire à la demi-journée. Le Conseil fédéral reconnaît que la politique familiale a une importance primordiale. Toutefois, en ce qui concerne l'engagement de personnel supplémentaire et une promotion de cette section sur le plan de l'organisation, sa marge de manœuvre est limitée par les restrictions actuelles dans la création de nouveaux emplois et par la situation financière. Bien entendu, le Conseil fédéral fera son possible également dans ce secteur si les circonstances le lui permettent.»

Interpellation Allenspach/Kündig, du 3 mars 1986, concernant le traitement de la prévoyance professionnelle en matière d'impôt fédéral direct

MM. Allenspach, conseiller national, et Kündig, conseiller aux Etats, ont présenté à leurs conseils respectifs l'interpellation suivante :

«Le Conseil fédéral n'est-il pas lui aussi de l'avis

1. Que la lettre de l'administration des contributions sur la manière de traiter la prévoyance professionnelle sous l'angle de l'impôt fédéral direct reprend à tort une série de dispositions du projet d'ordonnance n° 4, que le Gouvernement lui-même s'est gardé d'édicter;
2. Qu'en particulier les prescriptions de cette lettre circulaire relative aux prestations de bienfaisance, à l'équivalence de la prévoyance au sein d'une entreprise ainsi qu'à l'ordre restrictif des bénéficiaires ont des effets antisociaux qui contredisent la volonté du législateur quant à la structure du 2^e pilier;
3. Que la lettre circulaire sur le traitement, par le fisc, de la prévoyance individuelle à affectation spéciale, traitement qui est bien réglé au niveau de l'ordonnance (OPP 3), ne tient pas suffisamment compte des nécessités pratiques de la prévoyance des indépendants exerçant une activité lucrative, surtout lorsque la marche des affaires laisse à désirer;
4. Que, pour tous ces motifs, les deux lettres circulaires doivent être remaniées d'entente avec les personnes directement intéressées?»

(11 cosignataires)

Question ordinaire urgente Künzi, du 4 mars 1986, concernant la mise en vigueur de l'ordonnance sur l'accès à la propriété de logements

M. Künzi, conseiller national, a posé la question suivante :

«Le Conseil fédéral a mis en vigueur la loi sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité dès le 1^{er} janvier 1985, avant que toutes les ordonnances nécessaires à son exécution ne soient disponibles. Ainsi, l'ordonnance spéciale encourageant la construction et l'accession à la propriété de logements au moyen des fonds de la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité fait encore défaut.

Il s'ensuit que les personnes désireuses de construire ou d'accéder à la propriété de logements en tirant parti des moyens que prévoit la loi précitée ne peuvent s'appuyer sur les dispositions légales nécessaires à cet effet. Un très grand nombre de citoyens veulent accéder à la propriété de logements et fondent de grands espoirs sur l'aide prévue dans la loi sur la prévoyance professionnelle. Actuellement, l'incertitude règne pour ce qui touche à l'encouragement, grâce aux dispositions prévues dans cette loi, de l'accès à la propriété de logements; c'est pourquoi je demande au Conseil fédéral de faire savoir quand l'ordonnance dont il est question pourra être mise en vigueur.»

La réponse du Conseil fédéral du 17 mars 1986 a la teneur suivante :

«Le projet d'une ordonnance sur l'accès à la propriété de logements par les ressources de la prévoyance professionnelle vieillesse a dû être étudié d'une manière très approfondie par les experts, ainsi que par les membres de la Commission fédérale de la prévoyance professionnelle, étant donné, d'une part, l'étroitesse de la base légale et, d'autre part, la complexité des problèmes. Selon toute probabilité, le Conseil fédéral adoptera cette ordonnance au printemps 1986. Il reste à voir si elle devra être mise en vigueur rétroactivement au 1^{er} janvier 1985, étant donné qu'il est possible, selon la loi, de faire valoir un droit déjà à partir de cette date.»

Motion Miville, du 5 mars 1986, concernant l'adoption de la retraite à la carte dans l'AVS

M. Miville, conseiller aux Etats, a présenté la motion suivante:

«Le Conseil fédéral est chargé de soumettre aux Chambres fédérales d'ici deux ans un projet d'introduction de la retraite à la carte (assouplissement de l'âge de la retraite) dans le régime AVS. Ce projet devrait permettre aux hommes de prendre leur retraite au moins trois ans plus tôt que l'âge actuel (65 ans) et aux femmes au moins deux ans plus tôt qu'actuellement (62 ans). Ce projet devra fixer les éventuelles baisses de prestations en cas de retraite anticipée, de sorte qu'elle soit accessible aux classes inférieures de revenus, et prévoir une solution pour les rentiers dont les prestations seront affaiblies.»

(4 cosignataires)

Question ordinaire Bühler, du 10 mars 1986, concernant l'AVS des épouses non assurées des Suisses de l'étranger

M^{me} Bühler, députée au Conseil des Etats, a posé la question suivante:

«Se fondant sur un message du Conseil fédéral daté du 14 mars 1983, les Conseils législatifs ont adopté, le 7 octobre de la même année, une disposition transitoire de la LAVS permettant aux épouses non assurées de Suisses à l'étranger obligatoirement assurés de déclarer après coup leur adhésion à l'AVS facultative. Le délai fixé pour cette adhésion annoncée tardivement a expiré à la fin de septembre 1985.

Je prie le Conseil fédéral de répondre aux questions suivantes:

1. Combien de femmes ont fait usage de la possibilité d'adhérer tardivement à l'AVS facultative?
2. Le nombre en question correspond-il aux estimations faites à l'origine?
3. Combien de ces femmes ont touché des rentes de veuves ou d'invalidité avant leur affiliation tardive à l'AVS ou avant les arrêts du TFA, datés du 26 octobre 1978, du 6 août 1980 et du 15 janvier 1981, qui ont rendu nécessaire la disposition transitoire susmentionnée?
4. Est-il exact qu'au sens de cette disposition transitoire, les rentes versées et touchées de bonne foi avant les arrêts précités ne doivent pas être remboursées si les assurées visées ont annoncé après coup leur adhésion à l'AVS facultative, alors que, de toute évidence, on les considère comme assurées en permanence par le fait même de leur affiliation tardive?»

Informations

Assemblée du Centre d'information des caisses de compensation AVS

Ce centre a pour mission d'assumer l'information au sujet des assurances sociales fédérales gérées par les caisses de compensation. Il est assisté, dans cette activité, par

l'OFAS. Depuis bien des années, il publie des mémentos que de nombreuses personnes connaissent et apprécient. Par suite d'un changement de structure effectué en 1985 et comportant la promulgation de nouveaux statuts, le renouvellement de tous les organes et l'adaptation de l'organisation au genre des affaires traitées, le Centre s'est donné une tâche supplémentaire, celle d'assurer une information permanente et plus directe du public. Il projette de diffuser au cours des prochaines années, par la presse, la radio et la télévision, dans des expositions et des vitrines, voire dans l'instruction publique, des informations régulières et adéquates au sujet des institutions sociales de la Confédération.

Lors de l'assemblée du 14 mars 1986, le nouveau président du Centre, M. René Winkler, Bâle, a présenté les premiers comptes annuels postérieurs à ladite réorganisation; ceux-ci ont d'ailleurs obtenu de bons résultats. Les délégués les ont acceptés en même temps que le rapport de gestion et que le budget pour l'année en cours, exprimant ainsi leur confiance envers le nouveau comité. On peut constater avec satisfaction que le passage à la nouvelle organisation s'est fait sans perturbations, avec toute la transparence nécessaire et avec de bonnes perspectives de succès pour une activité qui sera considérablement étendue.

Nouvelles personnelles

Caisse suisse de compensation: retraite de M. Edoardo Torri

C'est à la fin de ce mois d'avril que M. Edoardo Torri, chef de la division AVS de la Caisse suisse de compensation, prendra sa retraite. Ceux qui le connaissent auront de la peine à croire qu'il a déjà atteint l'âge fatidique. En effet, sa vitalité et sa joie de vivre feraient plutôt penser à un quinquagénaire dans la force de l'âge. Et pourtant...

Après avoir commencé sa carrière en tant que juriste à la Caisse suisse le 1^{er} juin 1961, M. Torri, petit à petit, grâce à ses connaissances approfondies en matière de conventions internationales, également grâce à son entregent, à son don des langues et à de nombreuses autres qualités, a franchi les étapes qui l'ont conduit à prendre la direction de la division AVS en septembre 1978. M. Torri laissera le souvenir d'un collègue à la personnalité attachante, toujours de bonne humeur et prêt à rendre service, avec qui il faisait bon passer quelques heures, que ce soit dans le cadre du service ou lors d'activités sportives.

Nous formons tous nos vœux afin qu'il conserve durant de nombreuses années encore son éclatante santé.

Son successeur à la tête de la division AVS a été désigné en la personne de *M. Michel Valterio*, avocat et notaire, jusqu'ici chef de la section de l'assurance facultative de la Caisse suisse de compensation.

Henri Garin

Jurisprudence

AVS/Cotisations dues sur le revenu d'une activité salariée

Arrêt du TFA, du 12 août 1985, en la cause M. S.A.
(traduction de l'allemand).

Article 5, 4^e alinéa, LAVS; article 8, lettre c, RAVS. Les dons faits à des salariés à l'occasion d'un jubilé de l'entreprise ne sont pas soumis à cotisations tant qu'ils ne dépassent pas la « mesure habituelle ». Pour déterminer celle-ci, on tiendra compte non seulement du montant du salaire, mais aussi du nombre d'années de service du salarié qui bénéficie de ces dons.

Articolo 5, capoverso 4, LAVS; articolo 8, lettera c, OAVS. I doni fatti ai salariati in occasione di un giubileo dell'azienda non sono sottoposti ai contributi finchè non superano «l'importo abituale». Per la determinazione di quest'ultimo si terrà conto, non solo dell'ammontare del salario, ma anche del numero di anni di servizio del salariato che beneficia di questi doni.

L'entreprise M. S.A. a fêté en 1981 ses vingt-cinq ans d'existence. A cette occasion, elle a fait des dons à son personnel; il s'agissait de sommes d'argent variant entre 100 et 100 000 francs. Un contrôle d'employeurs a révélé que les cotisations n'avaient pas été payées sur ces dons. La caisse de compensation a reconnu que ceux-ci étaient, jusqu'à concurrence d'un salaire mensuel, des «dons de jubilé» au sens de l'article 8, lettre c, RAVS; en revanche, tout ce qui dépassait cette limite était soumis à cotisations. Elle réclama par conséquent à M. le paiement des cotisations d'assurances sociales fédérales et cantonales sur la totalité des dons effectués, soit 211 281 francs.

Le recours formé contre cette décision a été admis par le Tribunal cantonal des assurances, qui a déclaré les dons en question totalement exonérés de cotisations. La caisse a interjeté recours de droit administratif en proposant que le jugement cantonal soit annulé et que ces dons, après déduction de deux salaires mensuels, soient déclarés soumis à cotisations. Elle a allégué, en se référant aux règles alors valables pour les cadeaux d'ancienneté de service, figurant dans les directives sur le salaire déterminant, que lorsque des dons de jubilé sont plus élevés, dans un cas particulier, que le double d'un salaire mensuel, ils dépassent la « mesure habituelle ».

Extrait des considérants du TFA:

1. ... (Pouvoir d'examen.)

2. a. Selon les articles 5, 1^{er} alinéa, et 14, 1^{er} alinéa, LAVS, des cotisations sont perçues sur le revenu tiré d'une activité salariée, considéré comme déterminant. Le salaire déterminant, au sens de l'article 5, 2^e alinéa, LAVS, comprend toute rémunération pour un travail dépendant, fourni pour un temps déterminé ou indéterminé. Font partie de ce salaire déterminant, par définition, toutes les sommes touchées par le salarié, si leur versement est économiquement lié au contrat de travail; peu importe, à ce propos, que les rapports de service soient maintenus ou aient été résiliés, peu importe également que les prestations soient versées en vertu d'une obligation ou à titre bénévole. On considère donc comme revenu d'une activité salariée, soumis à cotisations, non seulement les rétributions versées pour un travail effectué, mais en principe toute indemnité ou prestation ayant une relation quelconque avec les rapports de service, dans la mesure où ces prestations ne sont pas franches de cotisations en vertu de prescriptions légales expressément formulées (ATF 107 V 199, RCC 1982, p. 210; ATF 106 V 135, RCC 1981, p. 192).

L'article 5, 4^e alinéa, LAVS prévoit que le Conseil fédéral peut excepter du salaire déterminant les prestations sociales, ainsi que les prestations d'un employeur à ses employés ou ouvriers lors d'événements particuliers. Notre Gouvernement a fait usage de cette compétence à l'article 8 RAVS. Selon la lettre c de cet article, les «prestations patronales allouées ... lors d'un jubilé de l'entreprise» ne sont pas comprises dans le salaire déterminant.

b. L'OFAS a publié, aux Nos 89 et suivants des directives sur le salaire déterminant (valables dès le 1^{er} janvier 1977), des instructions dans lesquelles il a défini les prestations – non comprises dans ce salaire – que l'employeur accorde à l'occasion d'événements particuliers. Selon le N° 91 de ces directives, on ne considère comme dons de jubilé que les «prestations allouées aux salariés pour fêter la longue existence de l'entreprise. Il doit s'agir de prestations accordées au plus tôt vingt-cinq ans après la fondation de l'entreprise et, par la suite, à des intervalles de vingt-cinq ans au moins. Elles ne doivent pas dépasser la mesure habituelle et être remises en principe à tous les salariés».

Le TFA a déclaré plusieurs fois, dans sa jurisprudence, que l'article 8, lettre c, RAVS était une règle exceptionnelle (cf. ATF 107 V 201, avec références, RCC 1982, p. 210; RCC 1980, p. 500) et que les prestations spéciales énumérées dans cette disposition – dons de jubilé, cadeaux de mariage, cadeaux pour ancienneté de service – avaient nettement un caractère exceptionnel; elles ne peuvent être reconnues comme telles que si elles constituent, vu leur montant, des prestations ne dépassant pas la «mesure habituelle» (ATFA 1964, pp. 217ss, RCC 1965, p. 404; RCC 1968, p. 106, avec références; voir aussi ATF 101 V 6, consid. 3c, RCC 1975, p. 379). Le TFA a constaté à plusieurs reprises que les dons de jubilé, cadeaux de mariage et cadeaux pour ancienneté de service ne peuvent être considérés comme des prestations exonérées de cotisations dans la mesure où ils dépassent la valeur habituelle de tels dons et ont donc leur

motif principal non pas dans des événements particuliers, mais avant tout dans les rapports de service (ATFA 1965, pp. 9ss, RCC 1965, p. 225; ATFA 1964, pp. 217ss, RCC 1965, p. 404; voir aussi ATF 101 V 4ss, RCC 1975, p. 379). La limitation, prévue par lesdites directives, des dons de jubilé à une «mesure habituelle» est donc conforme à la jurisprudence et ne peut être contestée.

3. La question litigieuse est de savoir si et dans quelle mesure les paiements effectués par l'intimée lors du jubilé de son entreprise, en faveur de ses salariés, constituent des prestations ne dépassant pas la «mesure habituelle» et peuvent par conséquent être considérés comme des dons de jubilé exonérés de cotisations.

a. Dans sa décision de paiement d'arriérés du 8 février 1983, la caisse a considéré – en se fondant sur la pratique suivie dans les cas de legs d'un employeur pour son personnel (ATF 101 V 6, RCC 1975, p. 379; voir aussi ATFA 1964, p. 218, consid. 2, RCC 1965, p. 404) – que des prestations s'élevant au montant d'un salaire mensuel du salarié en cause étaient encore des dons de jubilé. Dans son préavis de première instance comme dans le présent recours de droit administratif, la caisse a reconnu que des montants équivalant à deux salaires mensuels ne dépassaient pas cette «mesure habituelle». Elle s'est fondée, ce faisant, sur le N° 91 a, 2^e alinéa, des directives sur le salaire déterminant (teneur valable jusqu'au 31 décembre 1983), numéro qui concerne les cadeaux pour ancienneté de service; cette disposition – comme l'ancienne jurisprudence, cf. RCC 1968, p. 106 – considérait ces prestations, en règle générale, comme exonérées de cotisations dans la mesure où elles ne dépassaient pas le double d'un salaire mensuel. L'autorité de première instance, elle – et en substance aussi l'intimée – s'opposent à une estimation schématique de la «mesure habituelle» et considèrent les prestations en cause comme entièrement exonérées.

b. Dans un arrêt non publié en la cause St. & Cie S.A., du 17 juin 1983, le TFA a déclaré que les dons de jubilé sont fixés, comme le veut l'usage, non seulement d'après le montant du salaire, mais aussi en tenant compte du nombre des années de service accomplies par les salariés dans l'entreprise jubilaire; il faut prendre cela en considération en interprétant la notion de «dons de jubilé» exceptés du salaire déterminant selon l'article 8, lettre c, RAVS. On tient compte ainsi de l'idée qu'un salarié resté fidèle à une entreprise pendant un grand nombre d'années a contribué, en règle générale, à la prospérité de cette maison plus qu'un salarié entré récemment à son service. Un tel usage, qui correspond à une conception répandue, doit aussi être pris en considération, parallèlement au montant du salaire, lorsque l'on interprète cette notion de «don de jubilé».

c. ...

AVS/Cotisations dues sur le revenu d'une activité indépendante

Arrêt du TFA, du 7 août 1985, en la cause F.B.

Article 9, 2^e alinéa, LAVS; articles 18, 1^{er} alinéa, et 23, 4^e alinéa, RAVS. Les primes d'assurances-accidents privées conclues en faveur de la personne même de l'exploitant ne peuvent pas être déduites du revenu brut provenant de l'activité lucrative indépendante. Les communications fiscales qui s'écartent de ce principe ne sauraient lier les caisses de compensation.

Articolo 9, capoverso 2, LAVS; articoli 18, capoverso 1, e 23, capoverso 4, OAVS. I premi delle assicurazioni contro gli infortuni stipulate a favore del titolare non possono essere dedotti dal reddito lordo proveniente dall'attività lucrativa indipendente. Le dichiarazioni fiscali che si scostano da questo principio non sono vincolanti per le casse di compensazione.

Extrait de l'exposé des faits:

La caisse de compensation a fixé par décision les cotisations personnelles de F.B. pour les années 1984/1985. Au revenu imposable indiqué dans la communication fiscale, elle ajouta les cotisations personnelles AVS, ainsi que les primes d'assurance-accidents privée versées par F.B. dans la période de calcul.

F.B. recourut pour demander d'inclure dans le revenu déterminant les seules cotisations AVS. L'autorité cantonale admit le recours.

La caisse de compensation a interjeté recours de droit administratif auprès du TFA, en concluant au rétablissement de sa décision. Le TFA a admis le recours dans le sens des considérants suivants:

1. ... (Pouvoir de cognition.)

2. Est litigieuse la détermination du revenu soumis à cotisations, pour les années 1984 et 1985, en raison de l'activité indépendante de l'intimé, dans le sens de savoir si les primes versées par l'intéressé pour sa propre assurance-accidents sont déductibles de ce revenu.

3. L'article 9 LAVS prescrit, au 1^{er} alinéa, que le revenu d'une activité indépendante comprend tout revenu du travail autre que la rémunération pour un travail accompli dans une situation dépendante. Il prévoit, au 2^e alinéa, différentes déductions du revenu brut, en particulier les sommes que l'exploitant verse, durant la période de calcul, pour des buts de bienfaisance en faveur de son personnel, sous certaines conditions, ou pour des buts de pure utilité publique, à l'exception des cotisations personnelles dues comme assuré de condition indépendante notamment (lettre d).

Il ressort de cette dernière disposition qu'elle vise sans conteste les sommes que l'exploitant affecte, dans des conditions prescrites, à la protection ou à la

prévoyance de son seul personnel, sans que ce texte ni aucune autre disposition légale ou réglementaire permettent d'étendre cette déduction exclusive aux primes d'assurances privées conclues en faveur de la personne même de l'exploitant, ainsi que le relève justement la recourante.

N'entrent dès lors en considération ici ni l'article 18, 1^{er} alinéa, RAVS, selon lequel, pour établir la nature et fixer l'importance des déductions du revenu brut admises par l'article 9, 2^e alinéa, lettres a à d, LAVS, les dispositions en matière d'impôt fédéral direct sont déterminantes jusqu'à ce que d'autres règles aient été édictées à cet effet, ni l'ACF sur la perception dudit impôt, qui prévoit la défalcation des primes d'assurance-accidents que le contribuable a versées pour lui-même et pour les personnes à l'entretien desquelles il pourvoit, aux termes de l'article 22, 1^{er} alinéa, lettre h. En effet, cette disposition n'est applicable que dans la mesure où le prévoit l'article 18, 1^{er} alinéa, RAVS, lequel ne peut opérer de renvoi que dans le cadre de sa propre base légale, soit l'article 9, 2^e alinéa, LAVS. Or, il est évident que l'article 22, 1^{er} alinéa, lettre h, de cet ACF sort du cadre prescrit par l'article 9, 2^e alinéa, LAVS et n'est donc pas applicable en matière d'AVS. De même, la communication de l'administration fiscale ne saurait lier la caisse de compensation au regard d'un élément de droit spécifique à l'AVS. En d'autres termes, n'entre pas en ligne de compte non plus l'article 23, 4^e alinéa, RAVS, selon lequel les caisses de compensation sont liées par les données des autorités fiscales cantonales, puisque l'application de cette disposition constituerait une violation de la règle d'un niveau supérieur représentée par l'article 9, 2^e alinéa, LAVS.

Il y a lieu de remarquer encore que la solution préconisée par l'intimé et admise par les premiers juges conduirait à instituer une inégalité de traitement entre travailleurs indépendants et salariés, ces derniers étant astreints à payer la cotisation AVS sur un revenu brut qui comprend les primes et cotisations d'assurances (sociales et privées).

Il faut en conséquence annuler le jugement attaqué, ce qui a pour effet de rétablir la décision litigieuse, qui se révèle conforme aux dispositions légales applicables.

4. ... (Question des frais.)

AVS/Responsabilité de l'employeur en cas de pertes de cotisations

Arrêt du TFA, du 4 novembre 1985, en la cause H.K.

(traduction de l'allemand).

Article 52 LAVS. Dans une action en dommages-intérêts, les motifs invoqués par l'intimé pour se disculper et se justifier doivent être valables pour l'époque à laquelle les cotisations auraient dû être payées.

Articolo 52 LAVS. In un'azione di risarcimento di danni, i motivi invocati per discolorpa e giustificazione devono essere validi per l'epoca in cui i contributi avrebbero dovuto essere pagati.

H.K. était président du conseil d'administration de l'entreprise R.-K. S.A. Le 9 octobre 1981, la faillite fut ouverte contre cette maison. La caisse de compensation annonça, dans cette procédure, une créance de 178370 francs 55. L'Office des poursuites lui écrivit, en date du 26 mars 1982, qu'il fallait prévoir un dividende de zéro pour cent.

Le 23 septembre 1982, H.K. fut déclaré coupable, par le Tribunal pénal du canton, de violation réitérée de la LAVS en vertu de l'article 87, 3^e alinéa, de ladite loi. Par décision du 19 mai 1983, la caisse fit valoir, envers H.K., une créance en dommages-intérêts de 178640 francs 25. H.K. fit opposition.

L'action en dommages-intérêts intentée alors par la caisse fut admise entièrement par la commission de recours, et H.K. se vit condamné à payer le montant de 178640 francs 25.

H.K. a interjeté recours de droit administratif en concluant à l'annulation du jugement cantonal dans la mesure où celui-ci le condamnait à payer des dommages-intérêts.

Extrait des considérants du TFA:

1. ... et 2. ... (Pouvoir d'examen.)

3. ... (Champ d'application de l'article 52 LAVS et résumé de la jurisprudence; renvoi notamment à l'arrêt K.B., ATF 108 V 186, RCC 1983, p. 100).

4. ...

5. a. En l'espèce, il s'est produit pour la première fois en 1973 une perte d'exploitation d'environ 12000 francs; l'entreprise n'était alors pas encore surchargée de dettes. Une nouvelle perte survint cependant en 1974 (environ 157000 francs); en 1975, la perte fut d'environ 529000 francs, puis en 1976 d'environ 283000 francs. En revanche, il y eut un bénéfice d'environ 13000 francs en 1977, mais une nouvelle perte en 1978 (59000 francs). Nouveau bénéfice en 1979: 35000 francs, puis nouvelle perte en 1980: 322000 francs. Le recourant explique les difficultés financières survenues dès 1973 par des influences économiques extérieures, notamment par la récession qui s'est produite depuis cette année-là dans la branche de la construction. En outre, les affaires conclues avec l'Iran, dans lesquelles R.-K. s'était engagée en 1976 en concluant un contrat de licence, s'étaient complètement effondrées lors du changement de régime survenu dans ce pays.

En ce qui concerne les causes des difficultés de R.-K. S.A., qui ont conduit en 1981 à la faillite de cette entreprise, il faut, comme l'a fait la commission de recours, renvoyer au rapport adressé par l'office des poursuites à la première assemblée des créanciers. Ce rapport évoque certes la récession dans la branche de la construction en relevant que ladite société a subi, en 1975, une réduction de son chiffre d'affaires de 7,3 à 4,9 millions de francs. Toutefois, l'office des

poursuites arrive à la conclusion que cet endettement est dû avant tout à de graves fautes commises dans la gestion des affaires. La direction a négligé de réorganiser l'entreprise à temps et de l'assainir. En 1975, déjà, elle avait toutes les raisons de prendre des mesures pour freiner les dépenses, d'autant plus que des banques, notamment, lui avaient signalé à plusieurs reprises que la situation était menaçante. Des erreurs fatales avaient été commises, en particulier, dans le secteur commercial. L'appareil administratif, excessivement développé, n'avait néanmoins pas été efficace. La comptabilité n'était pas rationnelle et avait été tenue avec négligence. Des inventaires n'avaient pas été dressés, ou ne l'avaient été qu'avec un grand retard. On devait en outre reprocher à la direction de n'avoir établi, depuis des années, aucun budget, ou de n'avoir établi que des budgets dépourvus de réalisme. Le fait qu'aucun calcul des produits n'avait été effectué semblait absolument incompréhensible dans une entreprise de cette envergure.

Ces griefs, formulés aussi par la commission de recours, ne sont pas contestés dans le recours de droit administratif. On y allègue seulement que des mesures d'assainissement ont été prises, puisque l'entreprise avait réduit à 65 le nombre de ses salariés et liquidé ses réserves latentes; en outre, le recourant s'était efforcé de vendre l'affaire. Cependant, ces mesures étaient manifestement insuffisantes et elles n'ont pas abouti à une consolidation durable. Il faut donc admettre que ce sont des erreurs graves, commises pendant des années par la direction, et non pas seulement des facteurs externes, que celle-ci ne pouvait influencer, qui ont grandement contribué à provoquer l'insolvabilité de l'entreprise. A cet égard, le cas présent se distingue sensiblement du cas K. B. (ATF 108 V 183, RCC 1983, p. 100).

b. Le recourant allègue en outre qu'il a – comme B. dans l'arrêt qui vient d'être cité – puisé des sommes importantes dans sa fortune privée pour sauver l'entreprise en renonçant, en 1975 et 1976, à des créances de 692000 francs envers la société anonyme.

Cependant, cet argument est sans valeur puisque la renonciation à cette créance a été effectuée plusieurs années avant la période pendant laquelle les cotisations demandées n'ont pas été payées. Or, le cotisant doit s'excuser ou se justifier pour la période durant laquelle un tel paiement n'a, à tort, pas été effectué. Un comportement tel que celui qui a été allégué ici, qui remonte à plusieurs années, ne saurait excuser une violation intentionnelle des prescriptions.

c. Dans sa critique du jugement attaqué, le recourant allègue en outre que l'on ne peut – contrairement à l'avis des premiers juges – parler d'un déclin continu de ladite société. En outre, ceux-ci ont conclu à tort, en se fondant sur le jugement pénal prononcé contre lui, qu'il n'existait pas de motifs de disculpation aussi en ce qui concernait sa responsabilité civile et administrative; ils y ont vu – à tort également – une différence par rapport aux faits exposés dans l'arrêt K. B. (ATF 108 V 183). On peut renoncer à examiner ici ces arguments, car cela n'influence pas l'issue de la présente procédure. Dans tous les cas, on ne pourrait tirer aucune conclusion en faveur du recourant s'il n'avait pas été condamné pour violation de prescriptions de la LAVS.

6. Il reste à examiner si le recourant pouvait, vu les circonstances, compter, pendant la période de mars à septembre 1981 où les cotisations n'ont pas été payées, que l'entreprise serait probablement sauvée et que les créances de la caisse de compensation seraient satisfaites dans un délai convenable. Ce qui est déterminant, ce n'est donc pas de savoir si le recourant croyait alors réellement que la société pouvait être sauvée et que les cotisations seraient payées dans un proche avenir; il s'agit bien plutôt de savoir si une telle attitude était alors défendable, objectivement, aux yeux d'un tiers raisonnable.

a. Le 20 août 1981, un office qui a pour mission de conseiller les entreprises dut établir un plan de financement à court terme. Selon ce plan, il manquait à R.-K. plus de 1,6 million de francs pour que ladite entreprise puisse remplir ses obligations financières au cours des prochains mois.

D'après ce qui a été constaté dans le jugement pénal, la société n'avait plus, à partir de la fin de l'année 1979, la possibilité d'assurer les créances de la fondation de prévoyance en faveur du personnel, soit environ un million de francs. Si cette créance avait dû être recouvrée par la voie de l'exécution forcée, cela aurait entraîné la faillite de l'entreprise. Le recourant avait placé dans la société anonyme les ressources des caisses de retraite.

Certes, le juge des assurances sociales n'est lié à la constatation et à l'estimation du juge pénal ni quant à l'indication des prescriptions violées, ni quant à l'appréciation de la faute. Il ne s'écarte toutefois des constatations du juge pénal que si les faits établis en procédure pénale et les conclusions juridiques qui en sont tirées ne peuvent le convaincre ou reposent sur des principes qui valent certes en droit pénal, mais ne sont pas déterminants dans le droit des assurances sociales (ATF 97 V 213, RCC 1972, p. 684; RCC 1985, p. 649). En l'espèce, il n'y a aucune raison de s'écarter de la constatation des faits par le juge pénal. En se fondant sur celle-ci, il est justifié d'admettre que la situation financière de la société était très mauvaise depuis longtemps déjà lorsqu'elle cessa, à partir de mars 1981, de payer les cotisations à la caisse de compensation. L'espoir du recourant, qui comptait obtenir de nouveaux crédits bancaires pour éviter la faillite, n'était, au plus tard à cette époque, objectivement plus fondé. Le recourant ne pouvait raisonnablement – ne serait-ce que pour ce motif – penser s'il parviendrait à satisfaire les créances de cette caisse dans un délai utile.

b. Il appert également du rapport présenté par l'office des poursuites à la première assemblée des créanciers que d'éventuels espoirs de ce genre (sauver la société, payer les cotisations) ne reposaient sur aucun fondement objectif. D'après ce rapport, on a dû faire appel, en juin 1981, à l'office chargé de conseiller l'entreprise pour organiser, entre autres, la comptabilité de ladite société, fortement négligée depuis des mois. Or, sans une comptabilité bien tenue, une entreprise telle que la R.-K. S.A. – dépenses en 1980: plus de 6 millions de francs – qui a besoin de crédits considérables, ne remplit pas les conditions permettant de croire, en toute bonne foi, qu'elle sera en mesure d'observer ses obligations envers les assurances sociales dans un délai convenable.

c. Or, puisqu'on ne pouvait plus songer raisonnablement, au plus tard au printemps 1981, que l'entreprise serait en mesure de payer sa dette à la caisse de

compensation dans un délai convenable, la direction ne devait pas utiliser à d'autres fins la somme aujourd'hui litigieuse, alors qu'elle aurait dû la verser à ladite caisse; cela même si ladite direction entendait effectuer, avec cet argent, des versements qu'elle jugeait indispensables au sauvetage de l'entreprise.

7. De tous ces commentaires, il résulte que le cas présent se distingue sensiblement – contrairement à l'avis du recourant – de la cause K.B. (ATF 108 V 183, RCC 1983, p. 100) en ce qui concerne la constatation des faits. Il n'y a pas de circonstances qui pourraient excuser ou justifier le comportement du recourant envers la caisse. C'est donc à bon droit que la commission de recours a admis la responsabilité de celui-ci.

Le montant des dommages-intérêts demandés n'est pas contesté.

AVS/Rentes

Arrêt du TFA, du 26 juin 1985, en la cause W.K.

(traduction de l'allemand).

Article 33bis, 1^{er} alinéa, LAVS. En calculant la rente simple de vieillesse d'un assuré qui touchait, avant son divorce, une rente de vieillesse pour couple fixée sur les bases de calcul d'une rente d'invalidité pour couple versée précédemment, il faut prendre en compte seulement les revenus du travail touchés jusqu'à l'année qui a précédé la naissance du droit à ladite rente AI. En effet, le mode de calcul qui a été choisi ne peut, même dans ce cas, être modifié après coup.

Articolo 33bis, capoverso 1, LAVS. Nel calcolare la rendita semplice di vecchiaia di un assicurato che, prima del suo divorzio, riceveva una rendita di vecchiaia per coniugi, fissata sulle basi di calcolo di una rendita d'invalidità per coniugi versata in precedenza, si devono conteggiare esclusivamente i redditi del lavoro conseguiti fino all'anno che ha preceduto la nascita del diritto alla suddetta rendita dell'AI. In effetti, il sistema di calcolo scelto non può essere modificato successivamente, neppure in questo caso.

L'assuré, né en décembre 1914, a touché une rente AI pour couple dès le 1^{er} mars 1976. La caisse de compensation s'est fondée, pour calculer cette rente, sur un revenu annuel moyen de 53400 francs, compte tenu des gains touchés par l'assuré et par son épouse; il en résultait une rente de 1500 francs, le nombre des années de cotisations étant 28 (1948-1975) et l'échelle de rentes étant

de 25 selon les tables de l'OFAS. Le 1^{er} janvier 1980, cette rente AI fut remplacée par une rente de vieillesse pour couple, l'assuré ayant lui aussi atteint la limite d'âge; cette nouvelle rente fut calculée d'après les mêmes facteurs.

Le divorce ayant été prononcé en août 1984, la caisse accorda à l'assuré, par décision du 30 août de la même année, une rente simple de vieillesse payable dès le 1^{er} septembre. Le calcul de celle-ci était fondé sur les revenus réalisés par l'assuré pendant une durée de cotisations de trente-deux ans (1948-1979), ce qui donna, après revalorisation par le facteur 2,2, un revenu moyen de 35604 francs, et, d'après l'échelle 44 des tables de l'OFAS, une rente simple de 1145 francs.

Par jugement du 20 février 1985, le juge cantonal rejeta un recours de l'assuré qui avait demandé, en substance, l'octroi d'une rente plus élevée.

W.K. a renouvelé, par la voie du recours de droit administratif, la demande présentée en première instance. La caisse de compensation a proposé le rejet de ce recours, tandis que l'OFAS a conclu à son admission. Selon celui-ci, on doit se fonder, pour le calcul de la rente, seulement sur les revenus que l'assuré a obtenus jusqu'à l'année qui a précédé la naissance de son droit à la rente AI; c'est une règle établie par la jurisprudence.

Le TFA a admis le recours pour les motifs suivants:

1. Ont droit à une rente de vieillesse simple, autant que n'existe pas de droit à une rente de vieillesse pour couple, les hommes qui ont accompli leur 65^e année (art. 21, 1^{er} al., lettre a, LAVS). Le droit à une rente de vieillesse simple prend naissance le premier jour du mois suivant celui où s'est éteint le droit à une rente de vieillesse pour couple (art. 21, 2^e al., 1^{re} phrase, LAVS). Peuvent prétendre une rente ordinaire tous les ayants droit qui ont payé des cotisations pendant une année entière au moins, ainsi que leurs survivants (art. 29, 1^{er} al., LAVS).

Les rentes ordinaires sont servies sous forme de rentes complètes aux assurés qui comptent une durée complète de cotisations, ainsi qu'à leurs veuves et orphelins (art. 29, 2^e al., lettre a, LAVS). La durée de cotisations est complète lorsque l'assuré a, entre le 1^{er} janvier qui suit la date où il a eu 20 ans révolus et l'ouverture du droit à la rente, payé des cotisations pendant le même nombre d'années que les assurés de sa classe d'âge (art. 29bis, 1^{er} al., LAVS).

La rente est calculée sur la base du revenu annuel moyen de l'assuré (art. 30, 1^{er} al., LAVS). Le revenu annuel moyen s'obtient en divisant le revenu total sur lequel des cotisations ont été payées par le nombre des années de cotisations. On ne tient compte toutefois que des cotisations que l'assuré a payées du 1^{er} janvier de l'année suivant celle où il a accompli sa 20^e année au 31 décembre de l'année qui précède l'ouverture du droit à la rente, et des années de cotisations correspondantes (*ibidem*, 2^e al.). La somme des revenus de l'activité lucrative est revalorisée selon l'indice des rentes prévu à l'article 33ter (art. 30, 4^e al., LAVS); l'OFAS fixe chaque année les facteurs de revalorisation de la somme des revenus provenant de l'activité lucrative (art. 51bis, 1^{er} al., LAVS). Est en principe déterminant pour le calcul de la rente simple de vieillesse le revenu annuel moyen calculé selon l'article 30 (art. 31, 1^{er} al., LAVS).

Selon l'article 33bis, 1^{er} alinéa, LAVS, les rentes de vieillesse ou de survivants sont calculées sur la base des mêmes éléments que la rente d'invalidité à laquelle elles succèdent, s'il en résulte un avantage pour l'ayant droit. Selon la jurisprudence, le mode de calcul des rentes, une fois choisi, ne peut pas être modifié après coup (ATF 107 V 133, RCC 1982, p. 246, consid. 2 avec références). Cette règle doit être valable aussi lorsqu'une rente de vieillesse pour couple, calculée sur la même base qu'une rente AI pour couple versée précédemment, est remplacée, par suite de divorce, par une rente simple de vieillesse.

b. Est litigieuse, ici, la question de savoir si la rente simple de vieillesse qui revient au recourant dès le 1^{er} septembre 1984 a été calculée correctement par la caisse.

En fixant la rente AI pour couple versée dès le 1^{er} mars 1976, la caisse s'était fondée sur la somme des revenus du recourant et de son épouse pendant vingt-huit années de cotisations (1948-1975). En calculant la rente de vieillesse pour couple qui remplaça cette rente AI, elle s'est fondée, très justement, sur les mêmes bases.

Pour calculer la rente simple de vieillesse, la caisse a pris en compte le revenu soumis à cotisations du recourant jusqu'en 1979, a divisé la somme obtenue par 32 (nombre d'années de cotisations) et a revalorisé le résultat avec le facteur 2,2 valable en 1984 (art. 30, 4^e al., LAVS, en corrélation avec l'art. 51bis RAVS et les tables des rentes, 1984, vol. 1, p. 22). Cette manière de procéder était correcte, puisque seuls les revenus soumis à cotisations du recourant ont été pris en compte. En outre, il n'était pas faux non plus d'appliquer le facteur de revalorisation 2,2 valable en 1984. D'après la jurisprudence, en effet, on observe le principe selon lequel il faut, en cas de nouveau calcul d'une rente par suite d'un changement du genre de celle-ci, appliquer les règles de calcul valables à cette date, règles dont fait partie aussi le facteur de revalorisation déterminant (ATF 108 V 206, RCC 1984, p. 89, consid. 2a; ATF 103 V 60, RCC 1978, p. 414; RCC 1979, p. 223). En revanche, il n'est pas admissible, selon la jurisprudence citée à la fin du considérant 1a – ainsi que l'OFAS le fait remarquer pertinemment – de modifier les bases de calcul valables pour le premier calcul des rentes de telle manière que le revenu annuel moyen déterminant soit calculé sur la base de trente-deux années de cotisations (1948-1979) au lieu de vingt-huit années.

La caisse de compensation, à laquelle l'affaire est renvoyée, doit recalculer la rente simple de vieillesse revenant au recourant en tenant compte seulement des revenus soumis à cotisations touchés jusqu'à fin 1975. Etant donné que le recourant a une durée complète de cotisations, il a droit à une rente complète (art. 29, 2^e al., lettre a, et 29bis, 1^{er} al., LAVS), qui doit être fixée dans le cadre de l'échelle 44 des tables de rentes de 1984.

2. Le recourant allègue en substance que le revenu moyen sur lequel est fondé le calcul des rentes n'est pas adapté au coût de la vie, celui-ci ayant augmenté. Or, cette objection est sans valeur. Le changement de la situation économique survenu dans le courant de la durée des cotisations est pris en considération par la revalorisation de la somme des revenus au moyen de facteurs fixés à nou-

veau chaque année (art. 30, 4^e al., LAVS, en corrélation avec l'article 51 bis RAVS). Une adaptation supplémentaire à la dévaluation de la monnaie n'est pas possible selon les prescriptions de la loi.

AI/Moyens auxiliaires

Arrêt du TFA, du 21 octobre 1985, en la cause C.F.

Article 21, 1^{er} et 2^e alinéas, LAI; article 2, 1^{er} et 2^e alinéas, OMAI. La remise d'une perruque par l'AI ne peut pas être limitée aux cas où l'aspect extérieur de l'assuré est modifié notablement par l'absence de chevelure; à cet égard, la 1^{re} phrase du N° 5.06.1 des directives concernant la remise de moyens auxiliaires est trop restrictive, et n'est donc pas conforme à la loi. D'autre part, cependant, une perruque n'est pas un moyen auxiliaire simple et adéquat qui permette à un reporter sportif chauve d'exercer, par temps froid, son activité lucrative.

Articolo 21, capoversi 1 e 2, LAI; articolo 2, capoversi 1 e 2, OMAI. La consegna di una parrucca da parte dell'AI non può essere limitata ai casi in cui l'aspetto dell'assicurato sia notevolmente pregiudicato dalla mancanza di capigliatura; a questo proposito, la prima frase del N. 5.06.1 delle Direttive sulla consegna di mezzi ausiliari è troppo restrittiva e non è quindi conforme alla legge. D'altra parte, tuttavia, una parrucca non è un mezzo ausiliare semplice e adeguato che permetta a un cronista sportivo calvo di esercitare la propria attività lucrativa quando fa freddo.

C.F., né en 1930, journaliste sportif domicilié à X, souffre depuis 1971 de fortes névralgies et de maux de tête au-dessus de l'œil droit. Il présente, le 14 octobre 1983, une demande tendant à la prise en charge par l'AI, à titre de moyen auxiliaire, d'une perruque dont il affirmait que le port faisait pratiquement disparaître les douleurs.

Par décision du 16 février 1984, fondée sur un prononcé de la commission AI, la caisse de compensation rejeta la demande, en alléguant que seuls les hommes souffrant d'une alopecie par plaques pouvaient prétendre au remboursement de leur perruque.

L'intéressé forma recours contre cet acte administratif devant le Tribunal cantonal des assurances en réclamant derechef la prise en charge par l'AI des frais de perruques, estimés à cette époque à environ 5000 francs, en raison du remplacement périodique de celles-ci.

Par jugement du 13 juillet 1984 notifié le 14 novembre suivant, la juridiction cantonale rejeta le recours dont elle était saisie et confirma la décision litigieuse. Les premiers juges se fondèrent sur le fait que, selon le chiffre 5.06.1 des directives de l'OFAS sur la remise des moyens auxiliaires, une perruque ne pouvait être remise aux frais de l'assurance que lorsque l'absence de chevelure modifie notablement l'aspect extérieur de l'assuré ou que celui-ci a subi une atteinte aiguë de la santé, la chute des cheveux risquant d'entraîner des problèmes psychiques considérables chez lui. Dès lors, ils estimèrent que, si le port d'une perruque avait des effets positifs pour le recourant et se révélait peut-être plus pratique que celui d'un autre couvre-chef, il n'en demeurerait pas moins que les conditions restrictives prévues pour la remise de ce moyen auxiliaire n'étaient pas remplies.

C.F. a interjeté recours de droit administratif. Il reprend les arguments développés en première instance et souligne que le port d'une perruque lui est indispensable dans l'exercice de son métier de journaliste sportif, profession dans laquelle se présenteraient des situations où, tout en étant exposé au froid, il ne peut conserver un autre couvre-chef sur la tête. Il conclut à la prise en charge par l'AI des frais occasionnés par le moyen auxiliaire en question.

La caisse intimée conclut au rejet du recours. Dans son préavis, l'OFAS en fait de même en relevant qu'aucune invalidité au sens de l'article 4, 1^{er} alinéa, LAI n'existe en l'espèce et que le recourant ne satisfait d'ailleurs à aucune des conditions prévues sous chiffre 5.06.1 des directives sur la remise des moyens auxiliaires.

Le TFA a rejeté le recours de droit administratif pour les motifs suivants:

1. a. Aux termes de l'article 21, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré a droit, d'après une liste dressée par le Conseil fédéral, aux moyens auxiliaires dont il a besoin pour exercer une activité lucrative ou accomplir ses travaux habituels. L'assuré qui, par suite de son invalidité, a besoin d'appareils coûteux pour se déplacer, établir des contacts avec son entourage ou développer son autonomie personnelle a droit, sans égard à sa capacité de gain, à de tels moyens auxiliaires conformément à la liste en question (art. 21, 2^e al., LAI). L'article 14 RAI, édicté par le Conseil fédéral en exécution des dispositions précitées, délègue au Département fédéral de l'intérieur la compétence d'établir la liste des moyens auxiliaires pris en charge par l'AI. C'est en usant de cette subdélégation que le département a promulgué l'OMAI du 29 novembre 1976 dont l'annexe contient la liste des moyens auxiliaires remis par l'AI.

Selon le chiffre 5.06 de la liste précitée, l'AI remet des perruques à titre de moyen auxiliaire. Jusqu'à la fin de l'année 1982, ce chiffre était accompagné d'un astérisque, ce qui signifiait qu'un droit à la remise de tels objets existait seulement dans le cadre de l'article 21, 1^{er} alinéa, LAI (cf. art. 2, 2^e al., OMAI). Selon la jurisprudence, la remise d'une perruque aux frais de l'AI ne se justifiait alors que si l'existence d'une chevelure constituait une condition indispensable de l'exercice d'une activité lucrative ou de l'accomplissement des travaux habituels, ou si l'aspect physique de l'intéressé était enlaidi par une calvitie à tel point qu'il en résultait des souffrances morales entraînant une diminution sensi-

ble de la capacité de gain (RCC 1984, p. 352, consid. 1 a). Ces principes avaient été repris sous le chiffre 5.06.1 des directives de l'OFAS sur la remise des moyens auxiliaires, valable jusqu'au 31 décembre 1982. La révision de l'OMAI, du 21 septembre 1982, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1983, a étendu les droits de l'assuré à cet égard; désormais, les perruques sont également remises par l'AI conformément à l'article 21, 2^e alinéa, LAI (cf. art. 2, 1^{er} al., OMAI).

b. Dans le cas présent, la caisse intimée et les premiers juges ont refusé la remise d'une perruque à C.F. en se fondant sur les directives de l'OFAS, valables dès le 1^{er} janvier 1983. D'après la première phrase du chiffre 5.06.1 du supplément 3 aux directives sur la remise des moyens auxiliaires (septembre 1980), reprise dans les mêmes termes dans l'édition valable à partir du 1^{er} janvier 1984, les perruques ne sont en effet remises aux frais de l'AI que lorsque l'absence de chevelure modifie notablement l'aspect extérieur de l'assuré. Or, comme on l'a exposé, les troubles provenant d'une alopecie peuvent, depuis le 1^{er} janvier 1983, être invalidants tant au sens de l'article 21, 1^{er} alinéa, LAI, en liaison avec l'article 4, 1^{er} alinéa, LAI (diminution de la capacité de gain), qu'au titre de l'article 21, 2^e alinéa, LAI (sans égard à la capacité de gain). Aux termes de ces dispositions légales, rien ne permet de limiter la remise d'une perruque aux cas où l'absence de chevelure modifie notablement l'aspect extérieur de l'assuré; au demeurant, la jurisprudence constante en matière de perruques, qui n'exclut pas la remise de ce moyen auxiliaire dans la mesure où elle vise un but thérapeutique indépendant de troubles psychiques, reste valable du moins en tant qu'elle s'applique à l'article 21, 1^{er} alinéa, LAI. Il en résulte que, contrairement à l'avis de l'OFAS et des juges cantonaux, la première phrase du chiffre 5.06.1 des directives sur la remise des moyens auxiliaires, valable depuis le 1^{er} janvier 1983, est trop restrictive par rapport aux articles 21 LAI et 2 OMAI et qu'elle n'est dès lors pas conforme à la loi.

Aussi le refus de l'AI de prendre en charge les frais de la perruque portée par C.F. ne peut-il être fondé sur le défaut de conséquences dues à la modification de l'aspect extérieur du recourant.

2. a. Selon l'article 8, 1^{er} alinéa, LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. Ces mesures comprennent notamment la remise de moyens auxiliaires dont l'invalidé a besoin pour exercer une activité lucrative (art. 8, al. 3d, et 21, 1^{er} al., LAI). Cependant, aux termes des articles 21, 3^e alinéa, LAI et 2, 4^e alinéa, OMAI, l'AI ne prend en charge que les moyens auxiliaires d'un modèle simple et adéquat. Selon la jurisprudence en la matière, l'assuré n'a droit, en règle générale, qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas aux mesures qui seraient les meilleures dans son cas. La loi veut en effet assurer la réadaptation seulement dans la mesure où elle est nécessaire et suffisante dans le cas particulier (ATF 110 V 102, RCC 1984, p. 289; ATF 103 V 16, consid. 1, RCC 1977, p. 344; RCC 1983, pp. 205ss; RCC 1985, p. 168).

b. En l'espèce, le recourant affirme qu'en cas de temps froid, le port d'une perruque lui est indispensable pour exercer son activité lucrative. Dans un questionnaire du 24 novembre 1983, le docteur M., médecin traitant, avait déclaré que son patient présentait une alopécie diffuse progressive séborrhéique et souffrait de névralgie sus-orbitaire droite, en ajoutant qu'il se protégeait par une perruque sur les zones dégarnies avec un bon effet sur les céphalées frontales droites. Il a toutefois nié que la capacité de travail de l'assuré pouvait être améliorée par des moyens auxiliaires. Répondant le 28 juin 1984 aux questions posées par le juge cantonal au sujet d'éventuels troubles psychiques dus à l'alopecie, le médecin précité a déclaré que ce phénomène n'avait rien d'exceptionnel pour un homme de 54 ans, que le recourant souffrait de douleurs névralgiques occasionnelles en relation avec des signes de sinusite chronique frontale et que, d'après le patient, le port d'une perruque le protégeait de ces troubles. A ce dernier propos, le docteur M. s'est cependant limité à préciser qu'il était probable qu'une perruque était plus adéquate qu'un chapeau ou une casquette sur le plan du confort et de la présentation.

Au vu de ce qui précède, le recourant ne saurait prétendre la remise d'une perruque à titre de moyen auxiliaire, ni la prise en charge par l'AI des frais occasionnés par celles qu'il a utilisées dans le passé. Ainsi que cela ressort des pièces du dossier et sans que des mesures d'instruction complémentaires soient nécessaires, il ne fait pas de doute qu'en l'occurrence, le port d'un chapeau ou d'une casquette lui procurerait le même effet que celui d'une perruque; force est dès lors de constater que l'objet requis par l'assuré ne constitue pas un moyen auxiliaire simple et adéquat, dont il aurait besoin pour sauvegarder sa capacité de gain dans l'exercice de son activité lucrative de journaliste sportif. Par ailleurs, il n'existe aucun indice permettant de conclure que le recourant serait parfois obligé d'exercer sa profession dans des endroits où, ne pouvant porter un couvre-chef, il serait contraint, à défaut d'une perruque, de s'exposer au froid dans une mesure telle que sa santé en serait menacée.

C'est donc pour ce motif que la remise par l'AI d'une perruque à titre de moyen auxiliaire doit être refusée à C.F. (voir art. 114, fin du 1^{er} al., en liaison avec l'art. 132 OJ). Le recours se révèle ainsi mal fondé.

AI/Evaluation de l'invalidité

Arrêt du TFA, du 11 mars 1985, en la cause V. B.
(traduction de l'allemand).

Articles 5, 1^{er} alinéa, et 28 LAI; articles 27 et 27 bis RAI. Les instructions administratives concernant la part des tâches ménagères d'une personne non invalide par rapport à l'ensemble de son activité (N^{os} 147.9, 147.10 et

147.18 des directives sur l'invalidité et l'impuissance) sont conformes à la loi, puisqu'elles se fondent sur une appréciation objective des exigences de la légalité et de l'équité, d'une part, et, d'autre part, de la nécessité de tenir compte des possibilités d'application administrative.

Un empêchement éprouvé dans la «conduite du ménage» et les «autres activités» (N^{os} 1 et 8 de la liste figurant sous le N^o 147.9 des directives) peut exister, par exemple, lorsque l'assurée ne parle qu'avec peine et lentement et n'est capable ni de téléphoner, ni de se charger des affaires administratives du ménage, parce qu'elle ne parvient guère à communiquer avec autrui, ne peut plus écrire et embrouille tout.

Articoli 5, capoverso 1, e 28 LAI; articoli 27 e 27 bis OAI. Le istruzioni amministrative riguardanti la percentuale dei lavori domestici di una persona non invalida in rapporto all'insieme delle sue attività (N. 147.9, 147.10 e 147.18 delle direttive sull'invalidità e sulla grande invalidità) sono conformi alla legge, poichè si basano su di una valutazione oggettiva delle esperienze della legalità e dell'eguaglianza dei diritti, da una parte, e della necessità di considerare le possibilità di applicazione amministrativa, dall'altra.

Un impedimento nella «conduzione dell'economia domestica» e nelle «altre attività» (N. 1 e 8 dell'elenco che figura sotto il N. 147.9 delle direttive) può esistere, per esempio, quando l'assicurata parla solo con fatica e lentamente e non è in grado né di telefonare né di occuparsi degli affari amministrativi dell'economia domestica perchè riesce a stento a comunicare con gli altri, non può più scrivere e confonde le cose.

L'assurée, née en 1924, a eu une attaque en novembre 1981. Le 1^{er} février 1983, elle a demandé une rente AI. D'après le questionnaire rempli par son dernier employeur le 11 février 1983, V.B. travaillait chez celui-ci comme manœuvre à la demi-journée. Elle est venue travailler pour la dernière fois le 16 novembre 1981; du 1^{er} janvier au 10 août 1980, du 17 novembre au 31 décembre 1981 et du 1^{er} janvier au 31 décembre 1982, elle a été malade. Son salaire était de 300 à 800 francs par mois.

Selon un rapport de Pro Infirmis, bureau de Berne, du 26 avril 1983, l'assurée peut à peine communiquer avec autrui et n'écrit plus. En outre, elle est très handicapée même pour faire de petits achats et de légers travaux au ménage; elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide de son mari.

Par décision du 10 août 1983, la caisse de compensation lui a accordé une demi-rente simple de l'AI avec effet au 1^{er} novembre 1982.

L'autorité cantonale de recours a admis, par jugement du 3 mai 1984, le recours de l'assurée en accordant une rente entière au lieu de cette demi-rente, avec effet également au 1^{er} novembre 1982. Elle est parvenue à ce résultat en fixant l'invalidité totale à 67 pour cent (contre 63 pour cent selon l'estimation de la caisse).

La caisse a interjeté recours de droit administratif en demandant l'annulation du jugement et le rétablissement de sa décision. Il fallait, selon elle, apprécier les divers secteurs de l'activité ménagère d'une manière différente de celle que les premiers juges avaient adoptée.

Ceux-ci ont renoncé à se prononcer sur ce recours; quant à l'assurée, elle a proposé en substance son rejet. L'OFAS, lui, conclut à l'admission du recours.

Le TFA a rejeté le recours de la caisse pour les motifs suivants:

1. ...

2. a. Selon l'article 28, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide pour les deux tiers au moins, et à une demi-rente s'il est invalide pour la moitié au moins. Dans les cas pénibles, cette demi-rente peut être allouée lorsque l'assuré est invalide pour le tiers au moins.

b. Pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28, 2^e al., LAI).

S'il s'agit d'assurés sans activité lucrative au sens de l'article 5, 1^{er} alinéa, LAI – ainsi par exemple d'assurés qui travaillent dans leur ménage – on examine, pour évaluer leur invalidité, dans quelle mesure ils sont empêchés d'accomplir leurs travaux habituels (art. 28, 3^e al., LAI, en corrélation avec l'art. 27, 1^{er} al., RAI; méthode spécifique; ATF 104 V 136, consid. 2 a, RCC 1979, p. 228). Par «travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage», on entend l'activité usuelle dans le ménage et, le cas échéant, dans l'entreprise du conjoint, ainsi que l'éducation des enfants (art. 27, 2^e al., RAI).

Selon l'article 27 bis RAI (teneur valable jusqu'au 31 décembre 1982), l'invalidité des ménagères exerçant une activité lucrative est évaluée uniquement selon les règles visant les personnes qui exercent une telle activité, dans les cas où elles le faisaient à plein temps avant de subir une atteinte à leur santé. Dans les autres cas, on détermine la part respective de l'activité professionnelle et des travaux ménagers usuels, et l'invalidité est évaluée selon les principes applicables en la matière, compte tenu des difficultés rencontrées par l'assurée dans chacun de ces deux domaines (méthode mixte). Ainsi, il faut évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux du ménage par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28 LAI); on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité.

La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assurée est déterminée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assurée valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs. La part du travail ménager constitue le reste du pourcentage (ATF 104 V 136, consid. 2 a, RCC 1979, p. 228; RCC 1980, p. 565).

c. En ce qui concerne l'application de la méthode spécifique de l'évaluation de l'invalidité, l'OFAS a publié, dans ses directives concernant l'invalidité et l'impotence (appelées ci-après «Directives»), des instructions détaillées (N^{os} 147.1 ss). A propos de la question de droit qui se pose ici, on peut en tirer les règles suivantes, citées ci-après selon la teneur qui a été valable jusqu'à fin 1984 et n'a guère été modifiée:

«147.9 En règle générale, on admettra que les travaux d'une ménagère en bonne santé constituent, en pour-cent, les parts suivantes de son activité globale:

| Travaux | Ménage avec enfants (jusqu'à la fin de la scolarité) ou autres membres de la famille requérant des soins | Ménage sans enfants et sans autres membres de la famille requérant des soins |
|--|---|---|
| | % | % |
| 1. Conduite du ménage (planification, organisation, répartition du travail, contrôle) | 5 | 5 |
| 2. Emplettes et courses diverses | 10 | 10 |
| 3. Alimentation (préparation des repas, travaux de nettoyage de la cuisine) | 40 | 40 |
| 4. Entretien du logement | 10 | 10 |
| 5. Lessive, entretien, confection et transformation des vêtements (couture, tricot, crochet) | 10 | 10 |
| 6. Soins aux enfants ou aux autres membres de la famille | 20 | — |
| 7. Divers (soins à des tiers, soins aux plantes et aux animaux, jardinage) | 5 | 5 |
| 8. Autres activités (par exemple aide au sein de la famille, activité d'utilité publique, formation complémentaire, création artistique, activité supérieure à la moyenne dans la confection et la transformation des vêtements [chiffre 5]) | — | 20 |
| | 100 | 100 |

Cette répartition des travaux et leur appréciation individuelle se fondent sur une recherche entreprise par la Fondation pour l'étude de problèmes concernant le travail féminin. Les moyennes du N^o 147.9 seront appliquées d'une manière générale, même si dans le cas concret certaines différences existent. Une autre appréciation ne peut avoir lieu qu'en cas de dérogations importantes au schéma du N^o 147.9. Le cas échéant, le dossier sera soumis à l'OFAS avec une proposition.

147.18 En ce qui concerne les travaux visés aux chiffres 1 et 8 du schéma 147.9, on partira, en règle générale, de la présomption qu'il n'y a pas d'empêchement dû à l'invalidité dans ces deux domaines, lorsque l'assurée est encore active dans son ménage et exé-

cute au moins partiellement les tâches qui en découlent. Cette présomption ne peut être renversée que par la preuve du contraire.»

d. Certes, le juge n'est pas lié par les instructions générales de l'autorité administrative de surveillance, émises à l'intention des organes qui rendent les décisions; cependant, il n'a aucune raison d'ignorer ces instructions en jugeant un cas particulier, autant qu'elles sont conformes à la loi ou (à défaut de prescriptions légales) en harmonie avec les principes généraux du droit fédéral (ATF 99 V 39, RCC 1974, p. 41). C'est le cas des instructions de l'OFAS citées ici, puisqu'elles sont fondées sur une prise en considération judicieuse des exigences posées par la légalité et l'équité, d'une part, ainsi que de la nécessité d'une réglementation facile à appliquer par l'administration (ATF 109 V 34, consid. 3 c; RCC 1984, p. 143, consid. 5).

3. a. En l'espèce, l'invalidité doit certainement être évaluée d'après la méthode mixte (art. 27 bis RAI). Il est établi d'une manière tout aussi incontestable que l'assurée doit être considérée à 46 pour cent comme active et à 54 pour cent comme ménagère, et qu'il faut, dans le secteur de l'activité lucrative, admettre une invalidité totale. Le seul point litigieux est le degré de l'invalidité dans les travaux du ménage.

b. Dans son rapport du 9 mars 1983, le médecin a considéré l'assurée, depuis son attaque de novembre 1981, comme entièrement incapable de travailler; il a diagnostiqué une légère parésie de la face et une aphasie sensomotrice. Dans un rapport complémentaire du 17 mai suivant, il a nié qu'il y ait un affaiblissement sensible des mains et des bras et une perturbation dans les mouvements les plus fins, mais, d'autre part, il a admis une diminution sensible de la capacité de travail dans le ménage.

c. Dans son «Enquête économique pour les ménagères» du 26 avril 1983, Pro Infirmis s'est prononcée de la manière suivante sur les activités possibles dans le cadre du N° 147.9 des directives citées:

«Capacité de travail dans le ménage

5.1.1 Le mari de l'assurée doit faire pour elle tous les téléphones et s'occuper de la surveillance des délais, ainsi que des tâches administratives du ménage, car elle est à peine capable de communiquer; en outre, elle ne peut plus écrire et embrouille tout.

5.1.2 L'assurée tente de faire elle-même les petits achats, autant que possible, bien qu'elle ait de la peine à se faire remettre certains objets par les vendeuses, ne pouvant guère s'exprimer. Les achats de quelque importance sont effectués chaque semaine avec le mari.

5.1.3 Elle essaie, autant que possible, de préparer elle-même les repas. Pour les travaux d'épluchage les plus difficiles, elle a besoin d'aide. De même, son mari l'aide à relaver et à faire les nettoyages. Le repas principal est pris à midi; cependant, le mari est habituellement absent à cette heure de la journée, et l'assurée ne mange alors rien. Celle-ci a dû en outre renoncer complètement à faire des bœufs et à cuire au four.

5.1.4 Travaux de nettoyage: là aussi, l'assurée tente de les effectuer seule. Elle passe l'aspirateur, mais son mari doit remettre celui-ci en place après usage. On se charge, pour elle, de porter tous les fardeaux excédant un certain poids. Elle s'est remise à nettoyer les fenêtres; cependant, il lui est interdit de monter sur une échelle. (C'est beaucoup plus

tard, seulement, que le mari a osé parler d'une aide de ménage engagée pour les nettoyages pendant deux à trois heures par mois.)

5.1.5 Pour la lessive, l'assurée se fait aider par une voisine et par son mari; souffrant de vertiges et incapable de porter des fardeaux d'une certaine importance, elle doit renoncer à transporter le linge et à le suspendre. Elle manie elle-même la machine à laver. Elle ne peut plus effectuer les travaux de couture à cause du mauvais fonctionnement de ses doigts.

5.1.7 Les travaux de jardinage sont assumés par le mari; l'assurée ne peut plus l'y aider.

5.1.8 Après avoir été, naguère, très active dans son métier comme au ménage, l'assurée ne s'est guère accommodée de ses handicaps. Elle ne supporte que peu d'efforts et se trouve souvent seule.

Résumé

Depuis son attaque survenue en novembre 1981, l'assurée ne peut plus exercer une activité lucrative (même pas à la demi-journée). Dans l'accomplissement des travaux du ménage, elle a besoin, dans une large mesure, de l'aide d'autrui à cause de ses difficultés d'élocution et de la diminution de ses aptitudes physiques. Cependant, il n'y a pas encore d'impotence sérieuse dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie.»

d. La commission AI a fixé de la manière suivante l'invalidité de l'assurée dans les travaux ménagers, compte tenu de ces handicaps:

| | |
|--------------------------|------|
| 1. Conduite du ménage | 2 % |
| 2. Emplettes | 3 % |
| 3. Alimentation | 12 % |
| 4. Entretien du logement | 3 % |
| 5. Lessive | 6 % |
| 7. Divers | 5 % |
| 8. Autres activités | 0 % |
| Total | 31 % |

A propos du N° 8 («autres activités»; en allemand: «beliebige Tätigkeiten»), le fonctionnaire chargé de l'étude de ce cas a ajouté: «Il existe aussi des violons d'Ingres pour invalides».

Se fondant sur ces données, la commission est parvenue au résultat suivant en appliquant la méthode mixte:

| Champ d'activité | Pourcentage | Invalidité dans ce champ d'activité | Taux d'invalidité qui en résulte |
|--------------------|-------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| Activité lucrative | 46 % | 100 % | 46 % |
| Ménage | 54 % | 31 % | 17 % |
| Total | 100 % | | 63 % |

La caisse de compensation a pris en considération l'invalidité de 63 pour cent calculée de cette manière et a, en conséquence, décidé d'accorder une demi-rente.

e. Les premiers juges ont approuvé la commission AI en ce qui concerne la fixation de l'invalidité dans les tâches ménagères 1 à 7 de la liste ci-dessus. A propos des activités du N° 8, ils ont déclaré ceci:

«Dans des cas tels que le cas présent, le secteur des «autres activités», qui figure généralement avec un pourcentage de 20 pour cent, tombe à cause de l'activité lucrative supplémentaire, si bien que les autres travaux du ménage doivent être inscrits avec un pourcentage d'autant plus élevé (qui passe de 80 à 100).» En faisant ce calcul, les premiers juges parviennent à une invalidité de 38,75 pour cent dans le secteur ménager (au lieu des 31 pour cent admis par la caisse), ce qui donne, en tenant compte de l'invalidité dans ce secteur et dans une activité lucrative, un taux total de 67 pour cent, d'où l'octroi d'une rente entière.

f. D'accord avec la caisse, l'OFAS estime que la répartition des travaux du ménage, telle qu'elle a été effectuée sous N° 147.9 des directives, vise à assurer un traitement des cas aussi équitable que possible dans toute la Suisse; il faut s'en écarter seulement si l'on constate, dans les faits réels, une dérogation importante (N° 147.10). Etant donné qu'il n'y a pas, ici, une telle dérogation et que le cas présent n'a donc rien d'exceptionnel, il faut, selon l'OFAS, annuler le jugement cantonal et adopter le calcul de l'administration, donc rétablir la décision de la caisse.

4. En tenant compte de la situation juridique et des faits, on peut tirer les conclusions suivantes:

a. Le cas considéré ici ne présente, par rapport à d'autres cas où l'on applique la méthode mixte, aucune particularité frappante. On ne peut donc donner raison aux premiers juges qui ont admis l'existence d'un cas spécial justifiant une solution différente des solutions normales. Compte tenu du principe de l'équité et de la praticabilité administrative, il faut bien plutôt appliquer le schéma fixé par lesdites directives.

b. L'estimation de l'invalidité dans les travaux ménagers, telle qu'elle a été effectuée par l'administration (N° 3, lettre d, ci-dessus), ne saurait être critiquée en ce qui concerne les tâches des N°s 1 à 7, où elle n'a d'ailleurs pas été contestée. En revanche, les activités du N° 8 nécessitent un examen plus approfondi; pour celles-ci, l'administration n'a pas admis de restrictions.

Selon le N° 147.18 des directives, «on partira, en règle générale, de la présomption qu'il n'y a pas d'empêchement dû à l'invalidité», en ce qui concerne les tâches du N° 8, «lorsque l'assurée est encore active dans son ménage et exécute au moins partiellement les tâches qui en découlent». Etant donné que le handicap éprouvé dans l'accomplissement des travaux des N°s 1 à 7 représente en moyenne 40 pour cent environ des valeurs admises pour ceux-ci, l'administration estime que l'assurée pourrait, en vertu de son obligation de s'adapter aux circonstances (RCC 1984, pp. 143-144), s'installer de telle manière qu'elle ne devrait pas se sentir handicapée dans les 20 pour cent de son activité ménagère dont elle dispose pour des occupations de loisirs (N° 8 de la liste).

Cependant, il faut noter que l'assurée souffre, selon le diagnostic médical, d'une paralysie faciale et parle seulement avec peine et lenteur. Selon l'«enquête économique», le mari de l'assurée doit se charger pour elle de tous les téléphones, de la surveillance des délais et des affaires administratives du ménage, car elle peut à peine communiquer avec autrui, ne peut plus écrire et embrouille tout; elle ne parvient guère à surmonter ses handicaps, etc. Compte tenu de ces faits, un empêchement dû à l'invalidité paraît manifestement prouvé aussi en ce qui concerne les occupations du N° 8 (N° 147.18 des directives). Il est justifié d'évaluer cet empêchement – selon l'empêchement moyen dans les autres travaux du ménage – à 40 pour cent de la valeur fixée pour les tâches du N° 8.

c. Par conséquent, on obtient, pour les travaux du ménage, les valeurs suivantes:

| Tâches | Pourcentage des tâches | Handicap éprouvé dans ces tâches | Invalidité qui en résulte |
|--------------------------|------------------------|----------------------------------|---------------------------|
| 1. Conduite du ménage | 5 % | 40 % | 2 % |
| 2. Emplettes | 10 % | 30 % | 3 % |
| 3. Alimentation | 40 % | 30 % | 12 % |
| 4. Entretien du logement | 10 % | 30 % | 3 % |
| 5. Lessive | 10 % | 60 % | 6 % |
| 7. Divers | 5 % | 100 % | 5 % |
| 8. Autres activités | 20 % | 40 % | 8 % |
| Total | 100 % | | 39 % |

En appliquant la méthode mixte, on obtient au total l'invalidité suivante:

| Champ d'activité | Pourcentage | Handicap éprouvé dans ce secteur | Invalidité qui en résulte |
|--------------------|-------------|----------------------------------|---------------------------|
| Activité lucrative | 46 % | 100 % | 46 % |
| Ménage | 54 % | 39 % | 21 % |
| Total | – | | 67 % |

On trouve ainsi – par une autre voie – un degré d'invalidité qui concorde avec le taux calculé par les premiers juges. En se fondant sur ce résultat, on peut conclure que l'assurée a droit à une rente entière simple de l'AI.

AI/Réduction des rentes pour cause de faute commise par l'assuré

Arrêt du TFA, du 23 octobre 1985, en la cause A.C.

Article 7, 1^{er} alinéa, LAI; article 32, chiffre 1^{er}, lettre e, de la convention N° 128 OIT; article 68, lettre f, du Code européen de sécurité sociale. Les deux normes de droit internationales selon lesquelles les prestations d'assurances sociales peuvent être refusées, réduites ou retirées seulement si l'assuré a causé intentionnellement son invalidité, ne sont pas applicables directement en Suisse. Elles ne s'opposent donc pas à la réduction d'une rente AI pour cause de faute grave commise par l'assuré.

Articolo 7, capoverso 1, LAI; articolo 32, numero 1, lettera e, della convenzione N. 128 OIT; articolo 68, lettera f, del Codice europeo di sicurezza sociale. Le due norme di diritto internazionale secondo le quali le prestazioni di assicurazioni sociali possono essere rifiutate, diminuite o soppresse solo se l'assicurato ha causato intenzionalmente la propria invalidità, non sono applicabili direttamente in Svizzera. Esse non si oppongono quindi alla riduzione di una rendita dell'AI per negligenza grave commessa dall'assicurato.

A.C., né en 1938, boucher, ancien intendant des abattoirs, a cessé toute activité lucrative à partir du 1^{er} janvier 1980. Invoquant des affections diverses, notamment une maladie des yeux et des troubles nerveux, il a requis, le 22 mars 1982, une rente d'invalidité. Dans le cadre de l'instruction de sa demande, la commission AI, tout en cherchant à reclasser l'assuré, interrogea les nombreux médecins qui l'avaient traité et confia une expertise psychiatrique au docteur Ch., lequel déposa son rapport le 3 mars 1983. Selon ce praticien, A.C. souffre de démence classique de Korsakoff, avec atteinte de la mémoire d'acquisition, de perte de la faculté de jugement ainsi que de polynévrite d'origine alcoolique, et doit être considéré comme totalement invalide.

Abréviations

- ASDI Annuaire suisse de droit international.
 - BO Bulletin officiel.
 - CESS Code européen de sécurité sociale.
 - FJS Fiches juridiques suisses.
 - JAAC Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération.
 - RSJB Revue de la Société des juristes bernois.
-

Se fondant sur le prononcé de ladite commission du 16 juin 1983, la caisse de compensation, par décision du 2 septembre suivant, alloua à l'assuré, à partir du 1^{er} mai 1981, une rente entière d'invalidité; cependant, celle-ci était réduite de 50 pour cent pour faute grave (abus d'alcool) jusqu'à l'entrée en vigueur de la «mise sous tutelle ou curatelle». Le 25 août 1983, l'autorité compétente institua la curatelle volontaire d'A.C., ce qui amena la caisse de compensation à supprimer la réduction de la rente à partir du 1^{er} août 1983.

Représenté par M^e V., avocat, l'assuré a recouru contre cette décision en demandant l'annulation de la réduction prononcée par la caisse de compensation. Par jugement du 20 janvier 1984, l'autorité de recours, se fondant notamment sur un rapport d'expertise complémentaire du docteur Ch., du 18 mars 1983, admit le recours et dit que l'assuré avait droit à une rente entière d'invalidité, sans réduction, pour la période du 1^{er} mai 1981 au 31 juillet 1983. La juridiction cantonale considéra, en résumé, que l'assuré avait commis des abus d'alcool en raison d'une atteinte à sa santé physique et mentale dont il ne pouvait être rendu responsable. Elle jugea au surplus que, l'assuré n'ayant pas commis une faute grave et intentionnelle, la réduction opérée était contraire aux dispositions directement applicables de conventions internationales multilatérales auxquelles la Suisse est partie.

La caisse de compensation a interjeté recours de droit administratif en concluant à l'annulation du jugement et au rétablissement de la décision litigieuse. Reprenant son argumentation développée en première instance, l'intimé, toujours représenté par M^e V., conclut au rejet du recours, avec suite de frais et dépens. Pour sa part, l'OFAS propose l'admission du recours, mais renonce à se prononcer sur le taux de réduction de la rente qu'il estime «quelque peu élevé». En outre, il nie que le droit international soit applicable ici.

Le TFA a admis partiellement le recours de droit administratif pour les motifs suivants et a renvoyé le dossier à la caisse pour complément d'enquête et nouvelle décision:

1. En l'occurrence, il est constant et d'ailleurs non contesté que l'intimé a droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} mai 1981. La seule question litigieuse est donc celle de savoir si et éventuellement dans quelle mesure cette rente doit être réduite durant la période du 1^{er} mai 1981 au 1^{er} août 1983, pour faute grave commise par l'assuré. S'agissant de l'octroi ou du refus de prestations d'assurance, le pouvoir d'examen du TFA n'est pas limité à la violation du droit fédéral – y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation – mais s'étend également à l'opportunité de la décision attaquée. Le tribunal n'est alors pas lié par l'état de fait constaté par la juridiction inférieure, et il peut s'écarter des conclusions des parties à l'avantage ou au détriment de celles-ci (art. 132 OJ).

2. a. Aux termes de l'article 32, chiffre 1, lettre e, de la Convention OIT N° 128 concernant les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants, du 29 juin 1967, en vigueur pour la Suisse depuis le 13 septembre 1978 (RO 1978, p. 1493), et de l'article 68, lettre f, du CESS, du 16 avril 1964, en vigueur pour notre pays

depuis le 17 septembre 1978 (RO 1978, p. 1518), les prestations d'assurances sociales auxquelles une personne aurait droit peuvent être «suspendues», c'est-à-dire refusées, réduites ou retirées, lorsque l'éventualité a été provoquée «par une faute grave et intentionnelle» selon la convention N° 128, ou «par une faute intentionnelle de l'intéressé» selon le CESS. Il s'ensuit que les prestations ne peuvent être «suspendues» en cas de faute non intentionnelle de l'intéressé. En revanche, en vertu de l'article 7, 1^{er} alinéa, LAI, il est possible de refuser, réduire ou retirer, temporairement ou définitivement, les prestations en espèces de l'AI à l'assuré qui a, notamment, causé ou aggravé son invalidité intentionnellement, c'est-à-dire avec conscience et volonté (Maurer, *Schweizerisches Sozialversicherungsrecht*, vol. I, p. 326), mais aussi qui a commis une faute grave non intentionnelle. Il existe ainsi une divergence entre les dispositions conventionnelles précitées et le droit interne. Dans un tel cas, le TFA examine d'office si et dans quelle mesure les dispositions de droit international et de droit national qui paraissent applicables dans un cas d'espèce correspondent, et laquelle de ces dispositions doit prévaloir lorsqu'elles divergent. Il procède de la même manière en présence de deux normes de droit interne apparemment contradictoires.

b. Selon la jurisprudence et la doctrine dominante, le droit international conventionnel prime le droit interne. Un Etat qui s'engage par traité doit en respecter les clauses sans considération de la teneur de son droit interne (ATF 109 Ib 173, consid. 7b; v. aussi JAAC 49 (1985), N° 36 II, p. 254. Cf. dans la littérature récente: Jacot-Guillarmod, *Fondements juridiques internationaux de la primauté du droit international dans l'ordre juridique suisse*, RSJB 1984, pp. 227 ss et, du même auteur, *La primauté du droit international face à quelques principes directeurs de l'Etat fédéral suisse*, RDS 1985 I 383ss). Ainsi que le TFA l'a admis dans une jurisprudence constante, ce principe s'applique également dans le domaine des conventions internationales en matière de sécurité sociale (ATF 110 V 76, consid. 2b, et les arrêts cités; RCC 1984, p. 581). Une minorité de la doctrine soutient l'opinion inverse et considère que, dans certains domaines, c'est le droit interne qui prime le droit international (Siegenthaler, *Völkerrecht und Landesrecht nach Schweizerischer Rechtsordnung. Das Problem des Staatsvertragsrechts im Landesrecht*, RSJB 1984, pp. 201 ss).

Les clauses des traités internationaux dites «self-executing» s'appliquent directement dans chaque Etat contractant, sans adoption préalable de dispositions internes, ce qui implique qu'elles soient suffisamment précises pour servir de base à la solution du cas d'espèce (ATF 106 Ib 187). Inversement, les traités «executory» ne sont applicables dans les Etats contractants qu'après l'adoption de dispositions internes. Faute de contenir des clauses immédiatement obligatoires, ils ne lient les autorités d'exécution et les administrés que par l'intermédiaire de la législation nationale (Grisel, *Traité de droit administratif*, p. 91; Imboden/Rhinow, *Schweizerische Verwaltungsrechtsprechung*, 5^e éd., tome 1^{er}, p. 80).

Si, comme on l'a vu, la jurisprudence s'est prononcée pour la primauté du droit international sur le droit national, le TF a cependant réservé l'hypothèse où le

législateur fédéral refuse de respecter les obligations internationales de la Suisse et vote en connaissance de cause des dispositions internes qui les violent. Dans ce cas, le TF applique les normes édictées par l'Assemblée fédérale (ATF 99 Ib 44ss). Critiquée par plusieurs auteurs (voir notamment les deux articles susmentionnés de Jacot-Guillarmod, ainsi que Wildhaber, *Bemerkungen zum Fall Schubert betreffend das Verhältnis von Völkerrecht und Landesrecht*, ASDI 1974, pp. 195ss et Hans Huber, *RSJB* 1974, p. 493), cette jurisprudence est en revanche approuvée par Grisel qui estime qu'elle ne paraît pas dépourvue de justification, attendu que si le Parlement fédéral méconnaît, le sachant et le voulant, les devoirs de son pays envers d'autres Etats, il tranche le problème de la priorité entre le droit international et le droit national en faveur du second, de manière à lier le TF (op. cit., p. 92).

c. En ce qui concerne les dispositions conventionnelles en cause dans la présente affaire, plusieurs auteurs se sont prononcés pour que leur soit reconnu le caractère de clauses «self-executing» (Villars, *Le Code européen de sécurité sociale et le Protocole additionnel*, p. 16; Berenstein, *La Suisse et le développement international de la sécurité sociale*, RSAS 1981, p. 186; Greber, *Droit suisse de la sécurité sociale*, p. 228), alors que d'autres auteurs se bornent à qualifier de «délicat» le problème de la réduction des prestations d'assurance sociale en vertu des dispositions de droit interne ou des normes de droit international (Ghew/Clerc, *L'assurance-accidents*, FJS N° 346, pp. 10-11). Cette question a aussi été évoquée dans le «Rapport sur une partie générale du droit suisse des assurances sociales et Projet de loi» (Berne 1984), publié par la Société suisse de droit des assurances, dont l'auteur estime que c'est à la jurisprudence qu'il appartient de dire s'il existe, sur ce point, une contradiction entre les normes de droit interne et les conventions internationales ratifiées par la Suisse (op. cit., p. 45).

3. En l'espèce, se fondant sur l'avis de Berenstein cité plus haut, les juges cantonaux ont considéré que les articles 32, chiffre 1, lettre e, de la Convention OIT N° 128, et 68, lettre f, CESS étaient directement applicables, de sorte qu'une réduction de la rente allouée à l'intimé n'était possible que si ce dernier avait causé son invalidité par une faute *grave et intentionnelle*, ce qui d'après eux n'est pas le cas.

Dans son préavis complémentaire, l'OFAS conteste le caractère «self-executing» des normes conventionnelles en cause et il allègue notamment que les deux traités ne sont que des instruments normatifs qui ne comportent, pour les Etats signataires, que l'engagement de maintenir leur législation à un niveau prescrit ou leur recommandent de les élever à ce niveau.

Il n'est pas possible de déduire des travaux préparatoires qui ont précédé l'approbation, par l'Assemblée fédérale, de la Convention OIT N° 128 et du Code européen de sécurité sociale, une volonté délibérée du législateur fédéral de donner la prééminence au droit national sur le point ici en discussion, c'est-à-dire les conditions de la réduction ou du refus de certaines prestations d'assurance sociale en cas de faute grave commise par l'assuré. Ce problème n'a, en

effet, pas été abordé par le Conseil fédéral dans son message du 17 novembre 1976 relatif à ces conventions (FF 1976 III 1345ss.), ni lors des débats aux Chambres (BO Conseil national 1977, pp. 895ss. et BO Conseil des Etats 1977, pp. 2-3). Par contre, il est avéré que le Conseil national, en particulier, a considéré, en se fondant sur le rapport de sa commission, que ces conventions internationales ne comportaient pour la Suisse aucune charge nouvelle, financière ou administrative, c'est-à-dire notamment aucune obligation d'adapter ou de modifier sa législation de sécurité sociale, et qu'aucun droit individuel ne pouvait en dériver (BO Conseil national, loc. cit.).

Il faut par ailleurs relever que postérieurement à l'entrée en vigueur des traités internationaux en question, le législateur a maintenu, dans la nouvelle loi sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981, la réduction des prestations en espèces, lorsque l'assuré a provoqué l'accident «par une *négligence grave*» comme cela était déjà le cas sous l'empire du droit antérieur (comp. art. 37, 2^e al., LAA et 98, 3^e al., LAMA). Quant à l'article 7, 1^{er} alinéa, LAI qui est plus particulièrement en cause ici, il n'est pas prévu de le modifier dans le cadre de la deuxième révision de l'AI actuellement en cours (FF 1985 I 21 ss.).

Dans ces conditions, on doit admettre qu'en approuvant la Convention OIT N° 128 et le CESS, l'Assemblée fédérale n'a pas entendu modifier par ce biais la règle formulée à l'article 7, 1^{er} alinéa, LAI selon laquelle même une faute grave commise *par négligence* peut conduire à refuser, réduire ou retirer à un assuré des prestations en espèces. Aussi, contrairement à l'opinion exprimée par certains auteurs (consid. 2c ci-dessus) et par la juridiction cantonale, il faut dénier tout caractère «self-executing» aux normes conventionnelles mentionnées au début du présent considérant. S'il existe, sur ce point, une divergence entre la norme de droit interne et les dispositions correspondantes de traités internationaux ratifiés par la Suisse, c'est au législateur qu'il incombe d'en tirer les conclusions et cela d'autant plus qu'il s'agit en l'occurrence de l'un des principes fondamentaux du droit fédéral des assurances sociales.

C'est donc exclusivement sur la base de l'article 7, 1^{er} alinéa, LAI qu'il convient maintenant de décider si la réduction litigieuse de la rente allouée par la recourante à l'intimé était conforme à la loi.

4. a. Ainsi qu'on l'a vu, les prestations en espèces peuvent être refusées, réduites ou retirées, temporairement ou définitivement, à l'assuré qui a intentionnellement ou par faute grave, ou en commettant un crime ou un délit, causé ou aggravé son invalidité (art. 7, 1^{er} al., LAI). Cet article et d'autres dispositions légales analogues (cf. art. 98, 3^e al., LAMA en vigueur jusqu'au 31 décembre 1983; 37, 2^e al., LAA en vigueur dès le 1^{er} janvier 1984; 7, 1^{er} al., LAM; 18, 1^{er} al., LAVS) ont pour but, avant tout, d'empêcher que les assurances sociales ne soient trop souvent mises à contribution pour des dommages que les intéressés auraient pu éviter en faisant preuve de la prudence nécessaire. En effet, le principe de la solidarité ancré dans le droit des assurances sociales n'est pas conciliable avec l'octroi de prestations entières à un assuré qui est, de cette manière et par sa propre faute, devenu invalide. Ces dispositions légales n'ont cependant pas une fonction pénale (ATF 99 V 32, RCC 1974, p. 129; ATF 97 V 230, consid. 1b, RCC 1973, p. 47; cf. également RCC 1984, p. 329).

b. Selon la jurisprudence, commet une faute grave l'assuré qui n'observe pas les règles élémentaires de prudence que tout homme raisonnable aurait observées dans cette situation et dans les mêmes circonstances pour éviter un dommage qui, selon le cours naturel des choses, était prévisible (ATF 109 V 151, consid. 1, 106 V 24, consid. 1b, 105 V 123, consid. 2b, RCC 1980, p. 307; ATF 105 V 214, consid. 1; RCC 1983, p. 113). Dans les cas d'abus d'alcool, il y a faute grave lorsque l'assuré était en mesure de comprendre à temps, en disposant d'une instruction moyenne et en faisant preuve de la prudence qu'on pouvait attendre de lui, que l'abus de boissons alcooliques des années durant risquait de porter une atteinte grave à sa santé, et qu'il aurait été capable de s'abstenir, en conséquence, de tels abus (ATF 104 V 1, consid. 2a et arrêts cités; RCC 1978, p. 423; RCC 1983, p. 113, consid. 1a). Une réduction de la rente pour faute grave dure, en principe, aussi longtemps qu'il existe un rapport de causalité naturelle et adéquate entre cette faute et l'invalidité, question qu'il appartient à l'administration et, le cas échéant, au juge de trancher (ATF 107 V 176, 104 V 2, consid. 2c, RCC 1978, p. 423).

c. Le fait de causer ou d'aggraver son invalidité par sa propre faute entraîne, en principe, non pas la suppression totale des prestations, mais seulement une réduction appropriée à la faute commise (ATF 104 V 2, consid. 2b, RCC 1978, p. 423; ATF 97 V 229, consid. 1b; RCC 1973, p. 47; cf. aussi ATF 106 V 23, consid. 1a avec les références). Selon une jurisprudence constante, le TFA considère comme justifiée une réduction de 50 pour cent au plus lorsque l'invalidité est causée uniquement par l'alcoolisme, dont l'assuré est entièrement responsable (ATF 104 V 2, consid. 2b, RCC 1978, p. 423; ATF 97 V 230, consid. 1c, RCC 1973, p. 47; sur les critiques qu'a suscitées cette jurisprudence, cf. Maurer, *Fragwürdige Kürzungen der Invalidenrenten wegen grober Fahrlässigkeit*, RSAS 1984, p. 87). Cette jurisprudence précise également que si d'autres atteintes à la santé ont contribué à provoquer l'invalidité, il faut alors examiner les relations entre les divers facteurs qui sont à l'origine de celle-ci et tenir compte de l'alcoolisme en tant que facteur de causalité pour fixer la quotité de la réduction.

d. D'autre part, on ne peut parler d'une faute commise que si l'assuré, au moment où il a agi – c'est-à-dire en cas d'abus d'alcool lorsque ceux-ci ont commencé – était responsable de ses actes et capable d'agir sciemment et volontairement. En droit des assurances sociales, comme en droit civil et pénal, la capacité de discernement doit être examinée en tenant compte de toutes les circonstances objectives et subjectives existant au moment déterminant. Aux termes de la jurisprudence, la capacité de discernement est présumée; celui qui prétend qu'elle fait défaut doit le prouver. La loi ne dit pas de quelle façon on doit s'opposer à une telle présomption. En règle générale, on s'en tiendra à une expertise médicale, sur les conclusions de laquelle il incombe au juge de se prononcer (ATF 108 V 126, consid. 4, et les références; cf. également ATF 111 V 61, consid. 3a). Cependant, pour admettre l'incapacité de discernement, un très haut degré de vraisemblance propre à exclure tout doute sérieux peut, comme dans d'autres cas, suffire.

5. Dans son rapport du 5 mai 1982, le docteur G., médecin traitant, a diagnostiqué qu'A.C. était atteint notamment d'éthylisme chronique et de polynévrite éthylique. Répondant d'autre part à un questionnaire de la commission AI, ce médecin a précisé que l'incapacité de travail de l'intéressé résultait directement et uniquement de son éthylisme et qu'il ne connaissait pas d'autres motifs qui l'auraient amené à boire.

Pour sa part, l'expert psychiatre, confirmant le diagnostic d'alcoolisme chronique, a relevé que l'assuré reconnaissait avoir bu avec excès dès son plus jeune âge, «suivant les copains», et que la cure de désintoxication suivie en 1980 n'avait pas été couronnée de succès. A la question de savoir si l'abus d'alcool d'A.C. était dû en totalité ou partiellement à une anomalie psychique pouvant être considérée comme une maladie, cet expert a répondu que «l'alcoolisme chronique est une toxicomanie qui ne se développe que chez des sujets présentant une structure psychopathologique particulière, déterminée à la fois par des données héréditaires et l'ensemble du vécu du sujet en particulier au cours de son enfance». Selon lui, le fait que l'assuré avait perdu son père alors qu'il était âgé de 8 ans, qu'il avait été élevé dans un milieu de femmes, qu'il n'avait pas trouvé dans sa vie affective de relation féminine stable, ainsi qu'en témoignent ses deux divorces, et qu'il reste aujourd'hui encore sous la garde de sa mère pourrait avoir joué dans son développement un rôle important. En conclusion, il précisait qu'il était impossible de présenter actuellement un tableau précis de la structure névrotique ou psychotique de l'expertisé, car l'atteinte organique-déméntielle est telle qu'il ne subsiste qu'une caricature de la personnalité.

La juridiction cantonale en a déduit que l'abus d'alcool était dû à une anomalie psychique préexistante, pouvant être considérée comme une maladie non imputable à une faute grave et intentionnelle de l'assuré. La Cour de céans ne saurait toutefois confirmer cette appréciation. Certes, les renseignements donnés par l'expert psychiatre sont utiles pour tenter d'expliquer les raisons du comportement de l'assuré. Cependant, ils ne permettent en aucun cas d'affirmer, avec le degré de vraisemblance qu'exige la jurisprudence, qu'au moment où l'assuré a commencé à commettre des abus d'alcool et également par la suite, il était privé de sa capacité de discernement. Des circonstances telles que, par exemple, l'environnement défavorable, l'enfance malheureuse et les échecs familiaux constituent plutôt des facteurs d'atténuation devant être pris en compte lors de l'évaluation de la réduction du droit à la rente (ATF 104 V 3, consid. 3b, RCC 1978, p. 423). Il s'ensuit qu'on ne saurait admettre sur la base des seules conclusions du docteur Ch., formulées au surplus au conditionnel, que l'intimé, lorsqu'il a commencé à s'adonner à l'alcool, était à coup sûr entravé dans sa capacité de discernement au point de ne plus pouvoir mesurer les dangers qu'il courait, ni de faire preuve de la volonté nécessaire pour entreprendre une désintoxication ou tout autre traitement adéquat.

Il se justifie par conséquent de renvoyer le dossier de la cause à l'administration pour qu'elle procède à un complément d'instruction sur ce point. Ce n'est qu'une fois le dossier ainsi complété que l'on pourra se prononcer sur la culpabilité ou la non-culpabilité de l'intimé. Dans la négative, aucune réduction du droit à la rente ne pourra être prononcée. En revanche, dans le cas contraire,

il faudra déterminer le degré de responsabilité d'AC., c'est-à-dire si son invalidité, due uniquement à l'alcoolisme, résulte d'une faute légère ou grave. Dans cette dernière hypothèse, il conviendra d'examiner si une réduction doit être prononcée, en tenant compte, le cas échéant, des facteurs d'atténuation de la faute qui pourraient entrer en considération.

PC/Coordination avec l'assurance-maladie

Arrêt du TFA, du 4 décembre 1985, en la cause F.D.

Article 14 OPC; articles 9 et 10 OMPC. Pour calculer le revenu de l'assuré, la caisse-maladie n'est pas en droit de prendre en compte les PC. Les prestations de l'assurance complémentaire en cas d'hospitalisation doivent être comprises dans le revenu déterminant le droit aux PC. Principes applicables à la coordination entre l'assurance-maladie et les PC.

Articolo 14 OPC; articoli 9 e 10 OMPC. Per calcolare il reddito dell'assicurato, la cassa malati non ha il diritto di conteggiare le PC. Le prestazioni dell'assicurazione complementare in caso di ospitalizzazione devono essere comprese nel reddito che determina il diritto alle PC. Principi applicabili al coordinamento fra l'assicurazione malattie e le PC.

F.D., née en 1954, célibataire, est affiliée à la caisse-maladie X et bénéficie notamment de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, ainsi que d'une indemnité journalière de 80 francs en cas d'hospitalisation. Elle est hospitalisée à la clinique de X depuis le 1^{er} octobre 1981. Elle touche une rente de l'AI ainsi que des PC.

Par décision du 28 février 1984, la caisse-maladie a fixé les prestations de l'assurance complémentaire des frais d'hospitalisation dues à l'assurée. Sur la base de l'article 82, 2^e alinéa, de ses statuts, elle a retenu, pour 1984, un revenu déterminant de 865 francs par mois, en prenant en considération un revenu brut de 1075 francs – composé d'une rente de l'AI de 920 francs et de PC s'élevant à 155 francs – et des déductions de 18 fr. 20 pour les cotisations d'assurance-maladie, de 28 fr. 20 pour les impôts et de 161 fr. 25 à titre de «quotité personnelle», le total de ces déductions étant arrondi à 210 francs. Elle a en conséquence fixé à 1 fr. 60 la part, couverte par l'assurance complémentaire, du forfait journalier de 30 francs facturé par la clinique pour les frais de logement et de pension non compris dans les prestations de l'assurance de base des frais de traitement.

Le père de l'assurée a recouru contre cette décision. L'autorité de recours a, par jugement du 4 juillet 1984, annulé la décision et renvoyé la cause à la caisse

intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des motifs. Elle a jugé qu'il fallait, avant tout, prendre en considération toutes les déductions admissibles dans le cas particulier.

La caisse-maladie a interjeté recours de droit administratif contre ce jugement, en concluant à l'annulation de ce dernier et au rétablissement de sa décision. Le père de F.D. conclut implicitement au rejet du recours, ce que propose également l'OFAS.

Le TFA a rejeté le recours. Voici un extrait de ses considérants:

1. Une décision litigieuse peut être examinée par le TFA sous d'autres aspects s'il se révèle qu'elle est contraire à la loi pour d'autres raisons encore – ou pour des raisons différentes – que celles retenues par les premiers juges (ATF 110 V 20, consid. 1).

3. En l'espèce, pour déterminer le revenu de l'intimée, la recourante a pris en compte, en vertu de l'article 82, 2^e alinéa, de ses statuts, non seulement la rente d'invalidité de 920 francs par mois, mais également les PC s'élevant à 155 francs mensuellement. Elle n'était cependant pas en droit d'agir ainsi, car cela conduit à faire assumer aux PC, financées par la collectivité publique, des dépenses qui doivent être supportées en première ligne par l'assurance d'une indemnité journalière d'hospitalisation. En effet, en vertu de l'article 3, 1^{er} alinéa, lettre a, LPC, selon lequel le revenu déterminant le droit aux PC comprend les ressources en espèces ou en nature provenant de l'exercice d'une activité lucrative, on doit, pour calculer ce revenu, y inclure les contributions versées par des caisses-maladie pour couvrir les frais d'entretien en cas d'hospitalisation, lesquelles constituent un revenu acquis en remplacement du revenu du travail et doivent, par conséquent, être prises en compte comme revenu privilégié au sens de la disposition précitée (RCC 1971, p. 41; cf., en outre, art. 14 OPC).

Ainsi, on se trouve dans une situation particulière lorsque, comme en l'espèce, l'assuré auquel la caisse entend appliquer l'article 82, 2^e alinéa, de ses statuts bénéficie non seulement d'une rente – ou d'autres prestations en espèces – des assurances sociales fédérales, mais aussi de PC. Cela nécessite donc une coordination entre l'assurance-maladie, d'une part, et le régime des PC d'autre part, dont, cependant, il n'appartient pas à la Cour de céans de régler les détails.

Concrètement, il y a lieu, dans un tel cas, de se fonder sur le revenu déterminant au sens de l'article 3 LPC, lequel, ainsi qu'on l'a vu, englobe les indemnités journalières en cas d'hospitalisation assurées par une caisse-maladie dans le cadre d'une assurance complémentaire. Doivent ensuite être déterminés les frais non couverts par l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, qui sont dus à la maladie et incombent à l'assuré. Enfin, il faut calculer, conformément aux articles 9 et 10 OMPC (dans la teneur en vigueur depuis le 1^{er} février 1984), le montant approprié pour les frais d'entretien non couverts par les PC ni, le cas échéant, par l'assurance d'une indemnité journalière en cas d'hospitalisation.

Chronique mensuelle

La *Commission fédérale de la prévoyance professionnelle* a examiné, lors de sa quatrième séance, le 10 avril, un projet d'ordonnance sur le maintien de la prévoyance et le libre passage. Cette ordonnance est destinée à remplacer une ordonnance provisoire dont la validité est limitée au 31 décembre de cette année. Le projet règle en particulier le mode d'établissement, le contenu et les effets juridiques de la police de libre passage et d'autres formes assurant le maintien de la prévoyance. Il tient compte d'une part des formes déjà existantes, découlant de l'application du Code des obligations et, d'autre part, des particularités propres au régime obligatoire de la prévoyance professionnelle. La commission a approuvé dans son ensemble ce projet, dont l'entrée en vigueur est prévue pour le 1^{er} janvier 1987.

La *Commission spéciale des rentes et des indemnités journalières de l'AI* a siégé le 15 avril sous la présidence de M. Franz Wyss, de l'Office fédéral des assurances sociales. Elle a examiné un projet de modification du RAI dans le cadre de la deuxième révision de l'AI. Il s'agissait principalement du calcul desdites indemnités chez les assurés qui reçoivent une formation professionnelle initiale, de la définition des attributions plus étendues confiées aux secrétariats des commissions AI et de la perception de cotisations sur ces indemnités. Enfin, les participants ont discuté des premières expériences faites avec la formule «Attestation pour indemnités journalières AI» utilisée depuis janvier 1986.

La nouvelle *sous-commission de l'assurance facultative et des conventions internationales* de la Commission fédérale de l'AVS/AI a tenu sa première séance le 16 avril sous la présidence de M. Schuler, directeur de l'Office fédéral des assurances sociales. Après un exposé sur l'état actuel des travaux dans le domaine des conventions internationales, des membres de la sous-commission ont exprimé leur avis sur les critères à adopter désormais pour l'ouverture de négociations avec des pays non européens en vue de la signature de conventions. M. A. Berger, de la section des rentes, parla ensuite de la situation des étrangers dans l'AVS/AI en vertu de la seule législation suisse, ainsi que de l'influence de celle-ci sur notre politique en

matière de conventions internationales. Une discussion sur ce thème a suivi l'exposé de M. Berger.

Le 16 avril, le Conseil fédéral a mis en vigueur la 2^e *revision de la LPC* au 1^{er} janvier 1987 (voir p. 295).

La *commission du Conseil national chargée d'examiner le projet de deuxième revision de l'AI* a siégé le 22 avril, pour la troisième fois, sous la présidence de M. Zehnder, conseiller national (PS, Argovie), et en présence de M. Egli, président de la Confédération. A propos de l'échelonnement des rentes, elle a accepté un modèle à trois échelons qui prévoit des rentes d'un quart à partir d'un degré d'invalidité de 40 pour cent, des demi-rentes dès 50 pour cent et des rentes entières dès 66²/₃ pour cent. Une rente d'un quart ne doit pas engendrer un droit à des PC; toutefois, dans les cas pénibles, il doit être possible de la remplacer par une demi-rente.

A part cette différence importante, les décisions de la commission s'écartent, sur quelques autres points, de celles du Conseil des Etats (compétence des offices régionaux, contributions des pouvoirs publics à l'AI). Compte tenu du fait que l'AI est insuffisamment financée et des frais de la revision, il est prévu de donner au Conseil fédéral, comme cela avait été proposé, la compétence d'augmenter les cotisations de cette assurance d'un cinquième au plus, donc de 1,0 à 1,2 pour cent des salaires.

Dans ces conditions, il n'est guère possible de faire des pronostics sur la date de l'entrée en vigueur du projet. Toutefois, la commission est d'avis que l'on devra donner au Conseil fédéral la compétence de mettre en vigueur, avant les autres, les dispositions qui n'ont pas été contestées.

Dans sa séance du 30 avril, le Conseil fédéral a élevé à 81 600 francs par an et à 224 francs par jour *le montant maximum du gain assuré dans l'assurance-accidents* (art. 15 LAA). Cette modification entrera en vigueur le 1^{er} janvier 1987. Ladite limite supérieure est également valable dans l'AC.

En date du 7 mai, le Conseil fédéral a promulgué l'*ordonnance concernant le fonds de garantie LPP* et l'*ordonnance sur l'encouragement de la propriété du logement* (voir p. 295).

Un coup d'œil sur notre avenir: Les scénarios démographiques de l'Office fédéral de la statistique

Lors de l'assemblée annuelle de la Conférence des directeurs des assurances pour le personnel, en 1985, M. *Jean-Emile Neury*, chef de division à l'Office fédéral de la statistique, a évoqué les perspectives démographiques de la Suisse jusqu'en l'an 2025. Voici un résumé que l'auteur a eu l'obligeance de mettre à la disposition de la RCC en collaboration avec M. *Hans Steffen*, chef de la section du mouvement de la population.

1. Introduction

L'idée de savoir quelle pourrait être, à l'avenir, l'évolution de l'effectif global d'une population n'est pas nouvelle. Au XVII^e siècle déjà, Vauban s'est posé la question. La première «prévision» scientifique peut être attribuée à Duvillard (né à Genève, il devint le premier directeur de la statistique française), en 1806; il a cherché à savoir quelle serait la population de la France en 1940, dans l'hypothèse où la variole disparaîtrait en tant que cause de mortalité.

Au XIX^e siècle, le libéralisme et l'idée de l'ordre naturel (du fatalisme naturel, pourrait-on dire) ont entraîné la disparition de ce type de préoccupation et, en dehors de quelques tentatives éphémères, la pratique des «prévisions» remonte seulement à la période entre les deux guerres; et c'est vers 1925 qu'ont été établis les premiers calculs rationnels (on s'est mis alors à parler de «perspectives» ou de «projections»), au moment où les démographes ont pris conscience de l'importance de la répartition par âges d'une population [1 : 125-126]¹.

Après la fin de la Seconde Guerre mondiale, on s'est également rendu compte du rôle que pouvaient tenir les projections démographiques dans la planification économique et sociale. Ce rôle est double; d'une part, la population joue un rôle important pour déterminer l'offre de main-d'œuvre, facteur essentiel de la production de tous les biens et services; d'autre part, la population détermine le nombre de consommateurs (au sens le plus large) que la production a pour but de satisfaire. Les projections démographiques sont donc essentielles, tant pour estimer la capacité de production que les besoins futurs d'un pays [2].

En Suisse, le calcul de projections démographiques est déjà une pratique assez ancienne. Si l'on s'en tient aux seuls travaux de l'Office fédéral de la

¹ Les nombres figurant entre [] renvoient à la bibliographie. Le premier nombre indique l'ouvrage cité; le cas échéant, le ou les nombre(s) figurant après deux points (:) indique(nt) le numéro de la (ou des) page(s).

statistique, on rappellera que les premières projections ont été publiées avant la guerre déjà, en 1934 et en 1939; après la guerre, l'Office publia régulièrement des projections démographiques (dans «La Vie économique» en 1954, 1959, 1965 et 1967, dans l'une de ses propres publications [3] en 1977). Les projections les plus récentes [4]², dont nous donnons ici un résumé, ont été élaborées en collaboration avec la Conférence interdépartementale pour les perspectives démographiques³.

2. Une question de vocabulaire

Faut-il parler de «prévisions», de «perspectives» ou de «projections» démographiques? Il existe souvent, dans le public, une certaine confusion au sujet de ces termes.

On entend par *projection démographique* un ensemble de résultats de calculs, illustrant l'évolution future d'une population dans telles ou telles hypothèses qui ne sont pas nécessairement vraisemblables. Lorsqu'on fait un choix d'hypothèses plus ou moins vraisemblables, à la suite de l'analyse d'une situation concrète, on parle volontiers de *perspectives démographiques*. Ces perspectives ne constituent à proprement parler des *prévisions démographiques* que lorsque les hypothèses sur lesquelles elles sont fondées apparaissent comme très probables [5 : 102-103].

Pour sa part, l'Office fédéral de la statistique a retenu, pour les résultats présentés ici, l'expression de scénarios démographiques. Cette formulation est plus neutre, elle est moins technique que «projections» et elle recouvre l'ensemble des divers types de résultats obtenus.

3. Les principes de calcul

En soi, le principe général de calcul des scénarios démographiques est très simple; il est le suivant:

- a) choisir des hypothèses concernant les lois de fécondité, de mortalité, de migrations, etc., pour les années à venir;
- b) calculer les effets de ces hypothèses sur la population, notamment sur ses structures par âge, à partir du point de départ choisi.

² Disponibles auprès de l'Office fédéral de la statistique, sous forme de fascicules (tél. 031/ 61 86 49; scénario principal + 4 variantes, 83 pages, 35 francs; prix par scénario: 10 francs).

³ Sous la présidence du chancelier de la Confédération, cette conférence groupe les représentants de certains offices fédéraux, des PTT et des CFF. Elle est chargée d'établir les données de base nécessaires avant tout aux travaux de planification exécutés par l'administration fédérale.

De plus, dans le cas présent, les calculs étant menés séparément pour les Suisses et les étrangers, nous avons tenu compte, dans nos hypothèses, de buts et de contraintes de nature politique, tels que la stabilisation des effectifs de la population étrangère ou de l'intégration des étrangers.

Les résultats présentés ici sont ceux de trois scénarios: un scénario dit «principal», un scénario dit «inférieur» et un scénario dit «supérieur». L'appellation de chacun d'entre eux est fonction des hypothèses sur lesquelles il est fondé.

La date de départ des scénarios est le 31 décembre 1983 et ils s'étendent jusqu'au 31 décembre 2025; leurs résultats reflètent l'évolution supposée de la *population résidente permanente* (c'est-à-dire sans les saisonniers), sans faire de distinction entre Suisses et étrangers, bien que ces éléments soient disponibles auprès de l'Office fédéral de la statistique.

4. Les hypothèses retenues

Fécondité, mortalité, comportement migratoire et politique envers les étrangers étant des phénomènes qui varient dans le temps, nous avons établi pour chacun d'eux des scénarios qui se fondent sur des groupes d'hypothèses.

Le scénario principal admet que, globalement, *l'intensité de la fécondité* actuelle passera, à terme, de 1,5 à 1,7 enfant par femme, auquel cas le total annuel des naissances restera un peu supérieur à 70000 au cours des quarante années à venir. Le scénario dit «inférieur» postule que l'intensité de fécondité tombera à 1,4 enfant par femme; dans cette hypothèse, le nombre des naissances ne serait plus que de quelque 55000 par année. Enfin, le scénario dit «supérieur» suppose que l'intensité de la fécondité atteindra 2 enfants par femme, entraînant 90000 naissances par année.

Pour ce qui est de la *mortalité*, le scénario principal part de l'hypothèse que l'espérance de vie à la naissance passera de 72,5 ans en 1978/1983 à 75,5 ans pour les hommes, de 79,1 ans à 80,1 ans pour les femmes. Etant donné les progrès constants de la médecine, il n'est pas exclu que les valeurs de l'espérance de vie à la naissance dépassent même celles avancées, d'où le plus grand optimisme dont nous avons fait preuve dans les deux autres scénarios (valeur de l'espérance de vie s'élevant jusqu'à 76,4 ans pour les hommes et à 82,2 ans pour les femmes).

Bien que les résultats donnés ici ne concernent que l'ensemble de la population, précisons que pour ce qui est de la *population de nationalité étrangère*, tous les scénarios supposent que la politique visant à stabiliser son effectif et à faciliter son intégration sera maintenue.

Stabilisation signifie que l'arrivée de nouveaux étrangers ne relèvera pas leur effectif total (cas du scénario «principal») ou que leur proportion rappor-

Fig. 1 Evolution de la population résidente permanente, de 1970 à 2025, selon trois scénarios

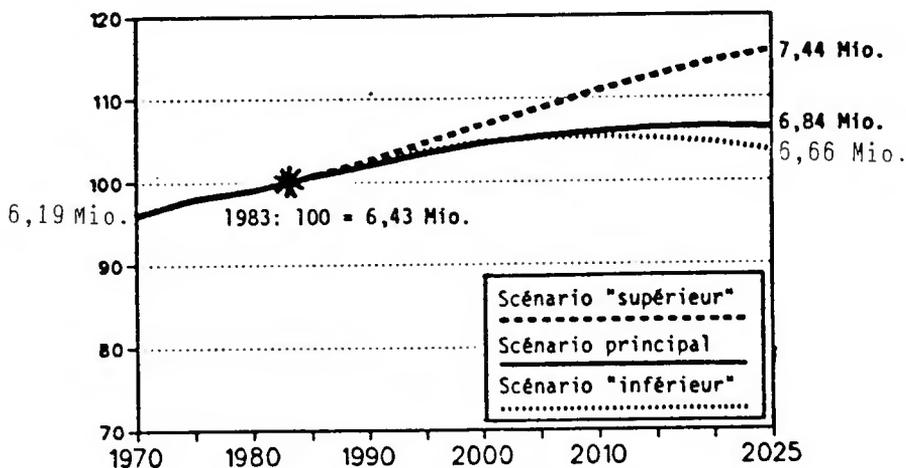
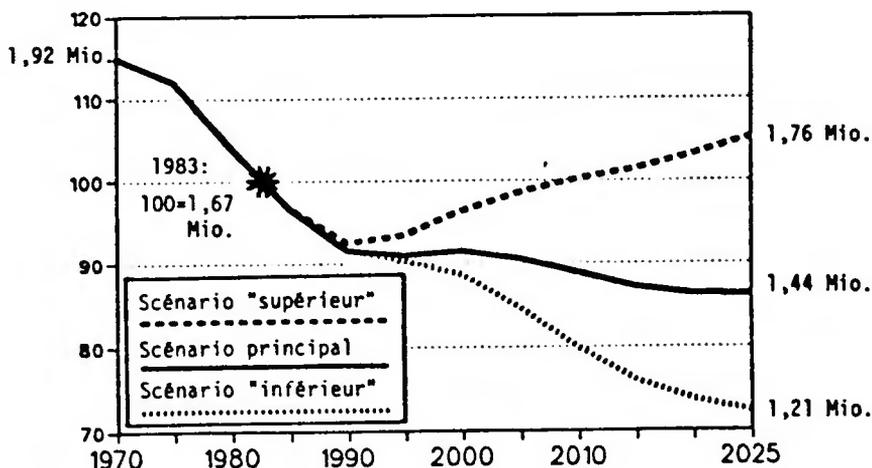


Fig. 2 Evolution de l'effectif des jeunes de moins de 20 ans, de 1970 à 2025, selon trois scénarios



tée à la population résidante permanente restera constante (cas des deux autres scénarios). *Intégration* veut dire d'une part que les enfants d'immigrés seront moins tentés que leurs parents de retourner dans leur patrie, d'autre part que les personnes de nationalité étrangère nées et élevées en Suisse seront plus nombreuses à solliciter la naturalisation.

5. Les résultats

5.1 Aperçu général

Au moment du départ de la projection (31 décembre 1983), l'effectif de la population résidante permanente de la Suisse s'élevait à 6 427 800 personnes.

Selon le scénario principal, l'effectif total de la population atteindrait un maximum à la fin de 2021 (6 850 700 personnes) et décroîtrait ensuite (6 840 900 à la fin de 2025; voir également le tabl. 1 et la fig. 1).

Selon le scénario supérieur, l'effectif total de la population croîtrait continuellement pour atteindre 7 439 500 individus à l'orée de l'année 2026.

Enfin, selon le scénario inférieur, l'effectif total de la population devrait augmenter jusqu'en 2010 (6 768 300 personnes en fin d'année) et diminuer ensuite, pour atteindre 6 657 200 personnes à la fin de 2025.

5.2 Evolution par grands groupes d'âges

De profondes mutations marqueront la structure par âges de notre population au cours des quarante prochaines années (voir notamment le tabl. 1 et la fig. 5). En gros, on peut noter:

- un recul de l'effectif des jeunes (moins de 20 ans);
- une stagnation de l'effectif de la population en âge de travailler (personnes âgées de 20 à 64 ans);
- une très forte progression des personnes ayant atteint l'âge de la retraite (65 ans ou plus).

a) Recul du nombre des jeunes de moins de 20 ans

D'après le scénario principal, l'effectif des jeunes de moins de 20 ans passera de 1,67 million en 1983 à 1,44 million en 2025 (– 230 000). Selon le scénario «inférieur», la baisse serait plus forte (– 460 000) et l'on ne compterait plus qu'un effectif total de 1,21 million de jeunes. Quant au scénario «supérieur», qui mise sur un regain de naissances, il donne un total de 1,76 million de personnes de moins de 20 ans (voir fig. 2).

b) Stagnation de l'effectif de la population en âge de travailler

Le groupe formé par les individus âgés de 20 à 64 ans mérite une attention particulière, car c'est à lui qu'incombe le soutien économique des jeunes

Fig. 3 Evolution de l'effectif des personnes en âge de travailler, de 1970 à 2025, selon trois scénarios

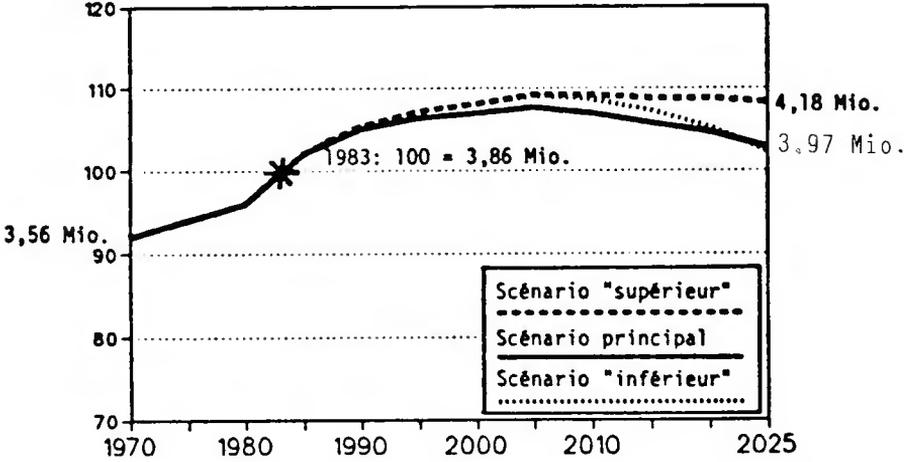
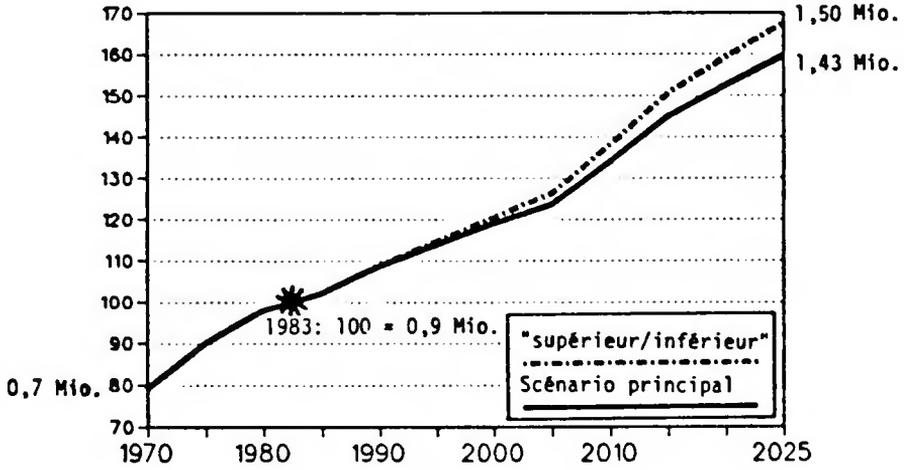


Fig. 4 Evolution de l'effectif des personnes de 65 ans et plus, de 1970 à 2025, selon trois scénarios



générations et des générations de retraités. Il comptait 3,86 millions d'individus à la fin de 1983. D'après le scénario principal, il passera à 4,13 millions de personnes en l'an 2000 (+270 000), mais retombera à 3,97 millions en l'an 2025. Sa population connaîtra de plus un net vieillissement. Elle comptera en effet, en cette même année, 2,3 millions de personnes âgées de 40 à 64 ans contre 1,7 million âgées de 20 à 39 ans (pour mémoire, l'effectif de ces dernières dépassait très largement l'effectif des premières en 1983). Les deux autres scénarios incluant une modification du nombre des naissances, il faudra attendre vingt ans, c'est-à-dire le début du prochain millénaire, pour que ce phénomène ait une incidence sur l'effectif de la population en âge de travailler.

Selon le scénario «inférieur», il n'y aura plus que 3,95 millions de personnes âgées de 20 à 64 ans en l'an 2025. Elles seront 4,18 millions selon le scénario «supérieur» (voir également fig. 3).

c) Très forte progression du nombre des personnes ayant atteint l'âge de la retraite

Nos trois scénarios montrent nettement que la population des personnes de 65 ans et plus ira en s'accroissant. De 900 000 en 1983, leur effectif dépassera le cap du million dix ans plus tard et finira par atteindre entre 1,43 et 1,5 million en l'an 2025. Sachant que l'espérance de vie des femmes dépasse à l'heure actuelle celle des hommes de six ans, on dénombre en l'an 2025, si l'on en croit le scénario principal, 223 000 femmes de plus de 80 ans contre 128 000 hommes du même âge (elles étaient 71 000 en 1970, eux 39 000; voir également fig. 4).

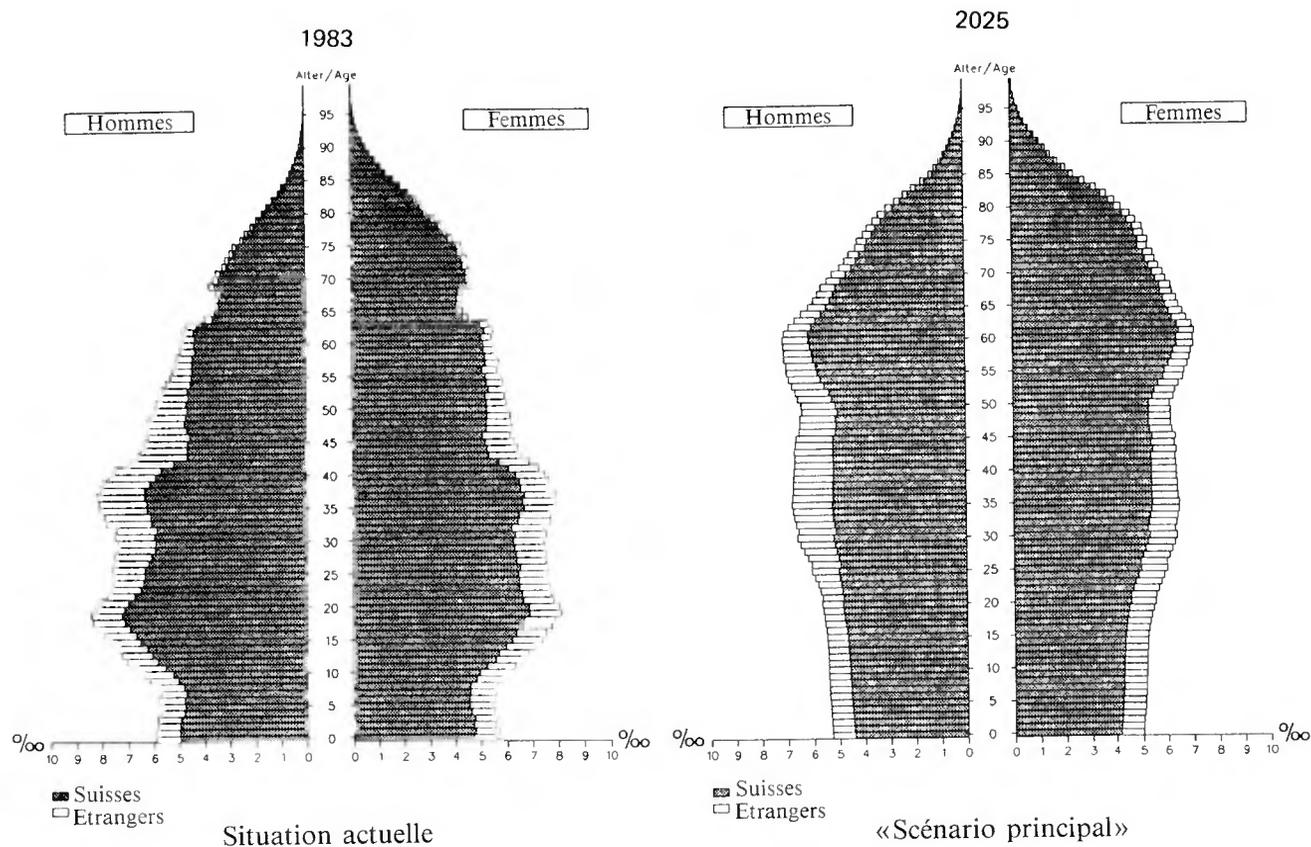
6. Brève conclusion

Toute projection démographique a ses incertitudes; il n'empêche que nos scénarios indiquent clairement que la population continue à vieillir (diminution de la proportion des jeunes, augmentation de celles des vieux). Nous aurons l'occasion d'étudier plus en détail les implications de ce phénomène sur la structure familiale et la structure des ménages (des scénarios sur les ménages sont en préparation).

Le recul de certains groupes, la progression d'autres, modifieront la structure de notre société; ils provoqueront un déplacement de la demande de biens de consommation et de services (par exemple vers le secteur de la santé ou de la prévoyance-vieillesse). Il faudra donc procéder à une planification soignée et modifier en partie les structures politiques, économiques et administratives existantes.

Pyramide des âges de la population résidente permanente

Fig. 5

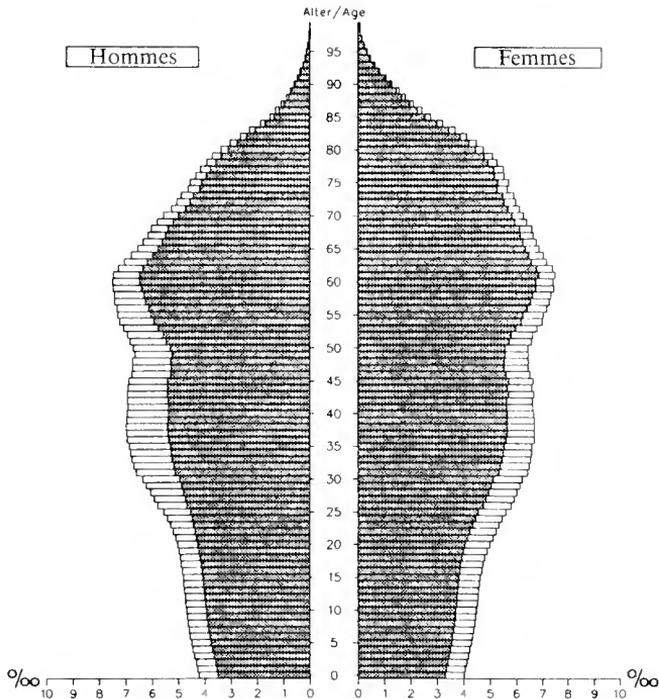


2025

Hommes

Femmes

Alter / Age



■ Suisses
□ Etrangers

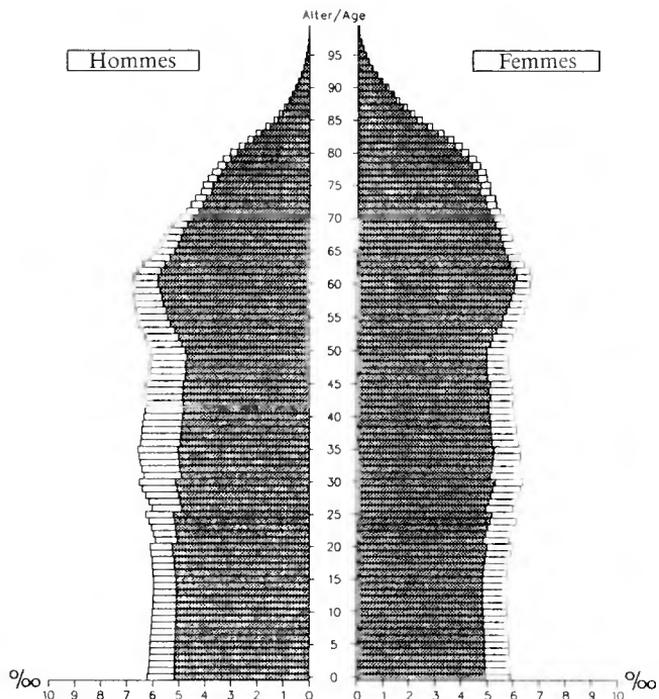
«Scénario inférieur»

2025

Hommes

Femmes

Alter / Age



■ Suisses
□ Etrangers

«Scénario supérieur»

Bibliographie

- 1 A. Sauvy, E. Brown, A. Lefèvre: *Eléments de démographie*, Paris, Presses universitaires, 1976.
- 2 Nations Unies: *Principes généraux concernant les programmes nationaux de projections démographiques considérés comme un instrument de la planification du développement*. Etudes démographiques, N° 38, New York, Nations Unies, 1965.
- 3 Eidgenössisches statistisches Amt: *Bevölkerungsprojektionen für die Schweiz 1976-2006, Beiträge zur schweizerischen Statistik*, Heft 43, Bern, Eidgenössisches statistisches Amt, 1977/Bureau fédéral de la statistique: *Projections démographiques pour la Suisse, Contributions à la statistique suisse*, Berne, Bureau fédéral de la statistique, 1977.
- 4 Bundesamt für Statistik: *Szenarien zur Entwicklung der Bevölkerung in der Schweiz 1984-2025, «Info à la carte»*, Bern, Bundesamt für Statistik, 1985 (n'existe qu'en allemand).
- 5 Union internationale pour l'étude scientifique de la population: *Dictionnaire démographique multilingue*, Volume français, Liège, Ordina Editions, 1981.

Evolution de la population résidante permanente de 1970 à 2025, selon trois scénarios (en millions)

Tableau I

| Année | Scénario principal | | | | Scénario «inférieur» | | | | Scénario «supérieur» | | | |
|--|--------------------|------|-------|------|----------------------|------|-------|------|----------------------|------|-------|------|
| | Total | 0-19 | 20-64 | 65 + | Total | 0-19 | 20-64 | 65 + | Total | 0-19 | 20-64 | 65 + |
| Nombres absolus en millions | | | | | | | | | | | | |
| 1970* | 6,19 | 1,92 | 3,56 | 0,71 | 6,19 | 1,92 | 3,56 | 0,71 | 6,19 | 1,92 | 3,56 | 0,71 |
| 1983* | 6,43 | 1,67 | 3,86 | 0,90 | 6,43 | 1,67 | 3,86 | 0,90 | 6,43 | 1,67 | 3,86 | 0,90 |
| 2000 | 6,72 | 1,53 | 4,13 | 1,06 | 6,73 | 1,48 | 4,17 | 1,08 | 6,86 | 1,61 | 4,17 | 1,08 |
| 2025 | 6,84 | 1,44 | 3,97 | 1,43 | 6,66 | 1,21 | 3,95 | 1,50 | 7,44 | 1,76 | 4,18 | 1,50 |
| Valeurs relatives, en pour-cent | | | | | | | | | | | | |
| 1970* | 100 | 31,0 | 57,5 | 11,5 | 100 | 31,0 | 57,5 | 11,5 | 100 | 31,0 | 57,5 | 11,5 |
| 1983* | 100 | 26,0 | 60,0 | 14,0 | 100 | 26,0 | 60,0 | 14,0 | 100 | 26,0 | 60,0 | 14,0 |
| 2000 | 100 | 22,8 | 61,4 | 15,8 | 100 | 22,0 | 62,0 | 16,0 | 100 | 23,5 | 60,8 | 15,7 |
| 2025 | 100 | 21,1 | 58,0 | 20,9 | 100 | 18,2 | 59,3 | 22,5 | 100 | 23,7 | 56,2 | 20,1 |

* Résultats tirés de la statistique de l'état annuel de la population.

Evolution de la population résidante permanente de 1970 à 2025, selon trois scénarios: aperçu général

Tableau 2

| NOMBRES ABSOLUS, 31 DECEMBRE | Scénario principal | | | | Scénario «inférieur» | | Scénario «supérieur» | |
|------------------------------------|--------------------|-----------|----------------------|-----------|----------------------|-----------|----------------------|--------|
| | 1970 | 1983 | 2000 | 2025 | 2000 | 2025 | 2000 | 2025 |
| Population, en millions | | | | | | | | |
| Total | 6,193 | 6,428 | 6,724 | 6,841 | 6,734 | 6,657 | 6,863 | 7,439 |
| Hommes | 3,025 | 3,130 | 3,293 | 3,362 | 3,301 | 3,271 | 3,367 | 3,676 |
| Femmes | 3,168 | 3,298 | 3,431 | 3,479 | 3,433 | 3,386 | 3,496 | 3,763 |
| Groupes d'âges, en millions | | | | | | | | |
| 0-19 | 1,920 | 1,672 | 1,530 | 1,442 | 1,482 | 1,210 | 1,611 | 1,760 |
| 20-39 | 1,843 | 1,974 | 1,864 | 1,699 | 1,892 | 1,630 | 1,892 | 1,846 |
| 40-64 | 1,719 | 1,886 | 2,265 | 2,271 | 2,281 | 2,319 | 2,281 | 2,334 |
| 65-79 | 0,601 | 0,704 | 0,806 | 1,078 | 0,814 | 1,116 | 0,814 | 1,117 |
| 80 + | 0,110 | 0,192 | 0,259 | 0,351 | 0,265 | 0,382 | 0,265 | 0,382 |
| Mouvement, en milliers | | | | | | | | |
| Naissances | 99,2 | 73,7 | 74,0 | 70,4 | 63,0 | 54,9 | 85,5 | 90,4 |
| Décès | 57,1 | 60,8 | 69,2 | 88,4 | 66,8 | 87,1 | 66,9 | 87,7 |
| Excédent des naissances | + 42,1 | + 12,9 | + 4,8 | - 18,0 | - 3,8 | - 32,2 | + 18,6 | + 2,7 |
| Excédent migratoire | - 1,8 | + 5,2 | + 9,5 | + 14,1 | + 12,9 | + 15,9 | + 12,0 | + 13,3 |
| Variation | + 40,3 | + 18,1 | + 14,3 | - 3,9 | + 9,1 | - 16,3 | + 30,6 | + 16,0 |
| VARIATION ABSOLUE | | | | | | | | |
| | Scénario principal | | Scénario «inférieur» | | Scénario «supérieur» | | | |
| | 1970-1983 | 1983-2000 | 2000-2025 | 1983-2000 | 2000-2025 | 1983-2000 | 2000-2025 | |
| Population | | | | | | | | |
| Total | + 235 000 | + 296 000 | + 117 000 | + 306 000 | - 77 000 | + 435 000 | + 576 000 | |
| Hommes | + 105 000 | + 163 000 | + 69 000 | + 171 000 | - 30 000 | + 237 000 | + 309 000 | |
| Femmes | + 130 000 | + 133 000 | + 48 000 | + 135 000 | - 47 000 | + 198 000 | + 267 000 | |
| Groupes d'âges | | | | | | | | |
| 0-19 | - 248 000 | - 142 000 | - 88 000 | - 190 000 | - 272 000 | - 61 000 | + 149 000 | |
| 20-39 | + 131 000 | - 110 000 | - 165 000 | - 82 000 | - 262 000 | - 82 000 | - 46 000 | |
| 40-64 | + 167 000 | + 379 000 | + 6 000 | + 395 000 | + 38 000 | + 395 000 | + 53 000 | |
| 65-79 | + 103 000 | + 102 000 | + 272 000 | + 110 000 | + 302 000 | + 110 000 | + 303 000 | |
| 80 + | + 82 000 | + 67 000 | + 92 000 | + 73 000 | + 117 000 | + 73 000 | + 117 000 | |

| VARIATION ABSOLUE | Scénario principal | | | Scénario «inférieur» | | Scénario «supérieur» | | |
|-----------------------------------|--------------------|-----------|-----------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------|
| | 1970-1983 | 1983-2000 | 2000-2025 | 1983-2000 | 2000-2025 | 1983-2000 | 2000-2025 | |
| Mouvement de la population | | | | | | | | |
| Naissances | - 25 500 | + 300 | - 3 600 | - 10 700 | - 8 100 | + 11 800 | + 4 900 | |
| Décès | + 3 700 | + 8 400 | + 19 200 | + 6 000 | + 20 300 | + 6 100 | + 20 800 | |
| Excédent des naissances | - 29 200 | - 8 100 | - 22 800 | - 16 700 | - 28 400 | + 5 700 | - 15 900 | |
| Excédent migratoire | + 7 000 | + 4 300 | + 4 600 | + 7 700 | + 3 000 | + 6 800 | + 1 300 | |
| Variation | - 22 200 | - 3 800 | - 18 200 | - 9 000 | - 25 400 | + 12 500 | - 14 600 | |
| VALEURS RELATIVES, EN % | Scénario principal | | | | Scénario «inférieur» | | Scénario «supérieur» | |
| | 1970 | 1983 | 2000 | 2025 | 2000 | 2025 | 2000 | 2025 |
| Population | | | | | | | | |
| Hommes | 48,8 | 48,7 | 49,0 | 49,1 | 49,0 | 49,1 | 49,1 | 49,4 |
| Femmes | 51,2 | 51,3 | 51,0 | 50,9 | 51,0 | 50,9 | 50,9 | 50,6 |
| Groupes d'âges | | | | | | | | |
| 0-19 | 31,0 | 26,0 | 22,8 | 21,1 | 22,0 | 18,2 | 23,4 | 23,7 |
| 20-39 | 29,8 | 30,7 | 27,7 | 24,8 | 28,1 | 24,5 | 27,6 | 24,8 |
| 40-64 | 27,7 | 29,3 | 33,7 | 33,2 | 33,9 | 34,8 | 33,2 | 31,4 |
| 65-79 | 9,7 | 11,0 | 12,0 | 15,8 | 12,1 | 16,8 | 11,9 | 15,0 |
| 80 + | 1,8 | 3,0 | 3,8 | 5,1 | 3,9 | 5,7 | 3,9 | 5,1 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| 1983 = INDICE 100 | | | | | | | | |
| Population | | | | | | | | |
| Total | 96,3 | 100 | 104,6 | 106,4 | 104,8 | 103,6 | 106,8 | 115,7 |
| Hommes | 96,6 | 100 | 105,2 | 107,4 | 105,5 | 104,5 | 107,6 | 117,4 |
| Femmes | 96,1 | 100 | 104,0 | 105,5 | 104,1 | 102,7 | 106,0 | 114,1 |
| Groupes d'âges | | | | | | | | |
| 0-19 | 114,8 | 100 | 91,5 | 86,2 | 88,6 | 72,4 | 96,4 | 105,3 |
| 20-39 | 93,4 | 100 | 94,4 | 86,0 | 95,8 | 82,6 | 95,8 | 93,5 |
| 40-64 | 91,1 | 100 | 120,1 | 120,4 | 120,9 | 123,0 | 120,9 | 123,8 |
| 65-79 | 85,4 | 100 | 114,5 | 153,1 | 115,6 | 158,4 | 115,6 | 158,7 |
| 80 + | 57,3 | 100 | 134,9 | 182,8 | 138,0 | 199,0 | 138,0 | 199,0 |
| Naissances | 134,7 | 100 | 100,4 | 95,5 | 85,5 | 74,5 | 116,0 | 122,7 |
| Décès | 94,0 | 100 | 113,8 | 145,4 | 109,9 | 143,3 | 110,0 | 144,2 |

L'appréciation psychiatrique des personnes qui demandent une rente AI

(suite et fin)¹

Troubles psychogènes (réaction au milieu)

«Assimilation perturbée des expériences vécues», «défauts d'évolution», «altérations du développement» sont des expressions équivalentes. Ce groupe de diagnostics cause déjà des difficultés aux médecins, et en particulier aux psychiatres lorsqu'il s'agit de décrire l'état de santé du patient, de prévoir les effets sur la capacité de travail, de choisir des mesures de réadaptation appropriées et de faire un pronostic sur les chances de réinsertion sociale. Il présente des difficultés aussi pour l'administration et les commissions de recours, qui doivent conclure, en se fondant sur les diagnostics du psychiatre, à l'existence d'une atteinte à la santé mentale avec ou sans valeur de maladie.

On peut, pour simplifier, considérer l'expression de «troubles psychogènes» comme terme général, qui se subdivise en «défauts d'évolution psychique, dits simples» et en «défauts d'évolution névrotique» ou névroses. Dans les cas de défauts d'évolution psychique simples, il y a conscience de la motivation et du conflit. On peut citer ici comme exemples les défauts d'évolution dépressifs (éventuellement larvés), hypocondriaques, hystériques et régressifs, mais aussi obsessionnels, psychosomatiques, paranoïdes, quérulents, ainsi que les symptômes de négligence ou des combinaisons de ces divers symptômes.

Dans les défauts d'évolution névrotique (névroses), une perturbation dans l'assimilation d'un conflit conduit par refoulement à des complexes inconscients et à des symptômes de maladie. Sans prétendre être complet, ni rigoureusement correct sur le plan scientifique, on peut citer les exemples suivants: névroses d'angoisse, phobies, névroses obsessionnelles, névroses hypocondriaques, dépressions névrotiques chroniques (névroses dépressives), névroses hystériques (névroses de conversion), névroses sexuelles, névroses du caractère (qui correspondent souvent aux psychopathies), troubles du type Borderline, névroses de narcissisme, névroses d'accident, névroses de frayeur, névroses de traitement (iatrogènes), névroses de revendication, de rentes, etc., réactions tendanciennes après maladie ou accident.

¹ Voir RCC 1986, page 214.

Là non plus, l'AI ne s'ingère pas dans des controverses sur les définitions. Les spécialistes ne se sont pas encore mis d'accord sur la notion de névrose. D'une manière générale, on peut dire, à propos des troubles psychogènes, qu'ils ne sont pas nécessairement des atteintes à la santé mentale ayant valeur de maladie au sens de la LAI. Ils sont très fréquents; on peut considérer un «comportement civilisé» comme une forme d'adaptation névrotique, qui permet la coexistence. Tous les troubles psychogènes ne sont pas apparents, tant s'en faut; seuls quelques-uns ont une influence défavorable sur la capacité de travail et de gain. Toutefois, l'opinion selon laquelle des défauts d'évolution psychique simples sont par définition bénins et sans influence sur la vie sociale et la capacité de gain ne peut être soutenue sous cette forme. Chaque trouble psychogène, qu'il soit simple ou névrotique, peut avoir, dans un cas donné, valeur de maladie. C'est pourquoi il faut, là aussi, examiner chaque cas avec soin, demander un rapport médical détaillé ou une expertise sur la situation et les chances professionnelles, et alors seulement se prononcer sur la valeur de maladie et le droit à une rente. Dans l'examen du cas, il est indiqué de considérer les choses globalement, en tenant compte des facteurs psychiques et somatiques. La complexité des troubles psychogènes engage souvent à ne pas aller trop loin dans le diagnostic et dans la recherche des causes. Il n'est pas rare que la délimitation entre les défauts d'évolution simple et les défauts d'évolution névrotique, entre les troubles psychogènes et les psychopathies, entre les troubles psychogènes et les psychoses soit difficile, voire impossible. Le TFA insiste, il est vrai, sur le fait que le psychiatre doit, même en cas de troubles psychogènes, poser un diagnostic «net et convaincant», et il estime que c'est important pour tracer la limite entre ces troubles et les singularités socio-culturelles.

Le tableau 1 montre comment l'administration cherche à déterminer, dans un cas particulier, si un trouble psychogène a valeur de maladie. Ici, le psychiatre doit donc trancher une question supplémentaire (existence d'une fixation – indissoluble? – ou d'une «superposition» psychique). S'il est admis que la fixation est indissoluble, il doit l'exposer d'une manière convaincante. Si cette fixation est partielle seulement, ou tend à la chronicité, elle sera éventuellement soluble.

Par «fixation» ou «superposition psychique», qui sont fréquentes dans les troubles psychogènes, nous entendons le fait que des symptômes d'une maladie somatique réelle ou de séquelles d'un accident sont renforcés ou maintenus par des phénomènes psychiques (conflits, revendications, désirs). Le passage de l'esprit au corps peut s'effectuer de plusieurs manières différentes, par exemple dans le cadre d'un caractère hystérique, d'une dépression larvée ou d'un défaut d'évolution psychique simple ou névrotique. Les passages sont fluctuants entre une situation consciente et incons-

ciente de motivation ou de conflit, ou dans le sens d'une aggravation. *Une fixation ou une «superposition psychique» conduit souvent à un «bénéfice dû à la maladie»*: La maladie somatique est considérée comme «plus convenable», elle décline moins. Elle peut apaiser une mauvaise conscience en cas de tendances à l'autopunition. Les symptômes psychosomatiques assument aussi une certaine fonction protectrice et défensive (fonction de prothèse), lorsqu'il existe un danger que le moi subisse une décompensation dépressive ou psychotique, par exemple en cas de syndromes de douleurs. Il peut se produire une tendance (excusée par l'entourage) à se soustraire à des obligations ou exigences trop lourdes, qu'elles soient d'ordre professionnel, familial, social, militaire, etc. L'entourage accepte souvent l'esquive du principe de la réalité pour celui du désir. Il fait preuve d'égards, de sympathie, de tendresse, et l'amour-propre blessé du patient se trouve renforcé. Il en résulte, notamment, un gain matériel (rente) qu'il s'agit de maintenir. En cas d'octroi d'une rente, le point de non-retour doit être fixé, comme le montre l'expérience, à deux ans environ; la «motivation» à mettre en valeur

Tableau 1

Dans quels cas faut-il considérer *les troubles psychogènes* comme des atteintes à la santé mentale ayant valeur de maladie?

L'administration (et les tribunaux d'assurances sociales) *peuvent* considérer des troubles psychogènes (défauts d'évolution simples et névrotiques) *comme des atteintes à la santé mentale ayant valeur de maladie*, donc ayant une influence nuisible sur la capacité de gain, si

- d'après les constatations d'un *médecin spécialisé*
 - la mise en valeur de la capacité de travail de l'assuré sur le marché du travail *n'est pas* raisonnablement exigible ou dans une mesure très réduite
 - ces conséquences sur la capacité de travail sont *de longue durée*
 - une *fixation indissoluble* est prouvée
 - une mesure médicale ne peut, vraisemblablement, pas améliorer la capacité de travail et de gain, par conséquent *les possibilités thérapeutiques sont épuisées*
 - l'on ne peut s'attendre à ce que le refus d'une rente parvienne à libérer l'assuré de ses troubles psychogènes et à l'inciter à utiliser de nouveau sa capacité de travail
- l'assuré est *intolérable pour la société ou pour son entourage au lieu de travail*
- le résultat des examens effectués concorde à propos des possibilités de gain.

la capacité de travail résiduelle diminue ensuite rapidement. La fixation peut être aggravée encore par des déclarations imprudentes du médecin ou par un diagnostic posé en conséquence (déclenchement ou aggravation iatrogène de la maladie).

D'autres indices d'une atteinte à la santé mentale ayant valeur de maladie peuvent être: une composante dépressive particulièrement forte, qui n'est guère susceptible de traitement même avec le comportement coopératif de l'assuré et dont on suppose que la persistance du trouble n'est pas due uniquement à des tendances, conscientes ou non, de revendication; l'obligation de traiter une dépression dans un établissement hospitalier; l'existence de troubles psycho-pathologiques impressionnants, qui ne sont pas provoqués dans l'espoir d'obtenir une rente.

Tous ces critères, et d'autres encore, sont *les pièces d'une mosaïque* qui ne s'emboîtent pas toujours exactement les unes dans les autres. Parfois, cette mosaïque reste une œuvre incomplète. Il reste alors une marge d'appréciation considérable pour le médecin, l'administration et les tribunaux. L'administration doit apprécier les aspects partiels d'une manière critique et en considérant les choses dans leur ensemble.

Le tableau 2 montre dans quelles circonstances des troubles psychogènes n'ont pas valeur de maladie au sens de la LAI.

Tableau 2

L'administration et les tribunaux ne peuvent pas considérer des troubles psychogènes (défauts d'évolution simple et névrotique) comme des atteintes à la santé mentale ayant valeur de maladie (donc sans influence sur la capacité de gain), si

- les troubles peuvent être traités avec succès et sont de courte durée (par exemple dépression réactive = réaction dépressive; en cas de troubles d'une certaine durée, à examiner comme défauts d'évolution dépressifs);
- une réduction de la capacité de travail pendant une longue période n'est pas prouvée ou pas prévisible selon l'avis d'un médecin spécialiste;
- l'existence d'une fixation indissoluble n'est pas admissible;
- les possibilités thérapeutiques ne sont pas encore épuisées;
- l'assuré paraît tolérable pour son entourage (au travail);
- l'on peut prévoir, aussi d'après l'avis d'un spécialiste, que le refus de toute prestation libérera l'assuré de ses troubles psychogènes et l'incitera à recouvrer sa capacité de gain, parce qu'il faut renoncer au «bénéfice de la maladie» (rente) qui était espéré.

Dans les tableaux 1 et 2 apparaît *une question supplémentaire* que l'administration peut poser au psychiatre en cas de troubles psychogènes de ce genre : *Le refus ou la retenue d'une rente* peuvent-ils donner l'occasion à l'assuré de mettre de nouveau en valeur sa capacité de travail ? Selon *la pratique du TFA et de l'administration*, un tel refus peut, dans certains cas de troubles psychogènes, rompre le cordon ombilical entre l'assuré et l'assurance, si bien que celui-ci est capable, en faisant preuve de la bonne volonté que l'on peut attendre de lui, de mettre de nouveau à profit, du moins partiellement, son aptitude au travail à des fins économiques. De tels troubles psychogènes *ne sont pas des atteintes à la santé mentale ayant valeur de maladie*. Le juge ne veut pas récompenser par une rente une mauvaise volonté éventuelle (donc le refus de mettre en valeur la capacité résiduelle de travail). Même une fixation névrotique peut, le cas échéant, être dissoute ou du moins atténuée par le refus d'une rente. L'argument selon lequel il y aurait, dans les névroses, une attitude de conflit inconsciente, ce qui rendrait celles-ci insensibles à des influences extérieures telles que le refus d'une rente, n'est pas convaincant. D'une part, il y a souvent, dans les troubles psychogènes de ce genre, une situation de motivation consciente ou semi-consciente, si bien que l'on ne peut dire avec certitude s'il existe un défaut d'évolution simple ou névrotique. D'autre part, on sait que sous l'influence d'événements de guerre ou d'un fort « stress », des névroses ou des défauts d'évolution simples peuvent disparaître sans une psychothérapie ad hoc. Lorsque l'assuré a obtenu quelques succès et a vu croître le sentiment de sa propre valeur, par suite de la reprise modérée du travail, cela peut améliorer ses aptitudes même sans recourir à une thérapie analytique.

Le refus d'une rente n'est envisagé, en règle générale, que *si un psychiatre s'est exprimé d'une manière convaincante et a posé, pour le cas considéré, un pronostic favorable*.

Toutefois, même un pronostic psychiatrique défavorable n'exclut pas, dans un cas particulier, que l'assuré renonce, après le rejet de sa demande, à son opposition psychique à la mise en valeur de sa capacité de travail résiduelle ; en effet, il peut être typique, dans les comportements négatifs de ce genre, qu'une psychothérapie reste par exemple inutile tant que le cas d'assurance n'est pas liquidé ou qu'une procédure de recours est encore pendante, parce qu'un « bénéfice de maladie » (par exemple une rente) est espéré. On peut admettre qu'un refus de rente n'atteindra pas son but seulement si, dans le cas concret, les conclusions d'un psychiatre, qui sont en outre conformes à une doctrine reconnue, le confirment. L'octroi provisoire d'une rente encourage l'assuré dans une moindre mesure à utiliser sa capacité de gain restante qu'un refus a priori. Le TFA et l'administration ne prétendent pas qu'un tel refus puisse, dans tous les cas de troubles psychogènes, améliorer

la capacité de travail et de gain ; toutefois, lorsqu'un psychiatre défend cette opinion d'une manière convaincante dans un cas particulier, l'administration doit adopter ses conclusions aussi longtemps que le contraire n'est pas prouvé.

Lorsqu'une rente a été refusée pour que l'assuré se libère de ses troubles psychogènes et reprenne un travail, l'intéressé ne saurait rester inactif et s'abstenir pendant un certain temps de l'effort exigible, dans l'espoir que cette prestation lui sera alors accordée. Le refus doit être maintenu aussi longtemps que l'on peut attendre de l'assuré qu'il fasse un tel effort. Une rente ne peut être accordée que lorsque cet assuré est empêché, par son état de santé, de mettre en valeur sa capacité de travail. Cela ne peut être le cas que si l'on diagnostique en quelque sorte un nouveau tableau clinique sur la base de symptômes médicaux objectifs; *le fait qu'un certain laps de temps s'est écoulé, ou les déclarations purement subjectives de l'assuré, ne suffisent pas à prouver une chronification* et par là l'existence d'une atteinte à la santé mentale ayant valeur de maladie.

Citons ici, à titre d'exemple, le cas d'un assuré qui a présenté, pendant des années, des tendances à la revendication et à l'aggravation, ainsi que de légères dépressions épisodiques. Le psychiatre a estimé qu'un refus de la rente AI était recommandable et offrait des chances d'amélioration. Cependant, au bout de trois ans, le tableau clinique était tout différent: forte dépression persistante, avec des aspects paranoïdes de caractère presque psychotique. L'état du patient s'était, apparemment, aggravé à tel point que l'on ne pouvait plus exiger de lui un effort de volonté grâce auquel il aurait pu mettre en valeur sa capacité de travail, bien que celle-ci fût bonne du point de vue purement physique. Cet assuré a donc obtenu une rente.

Ce qui arrive après le refus d'une rente

Quelques assurés se remettent à travailler, surtout lorsque leur médecin parvient à leur faire comprendre que, selon lui, ils sont capables d'un certain travail et qu'ils ont appris à s'adapter à leur infirmité. Chez d'autres assurés, il faut, avec le temps, admettre quand même l'existence d'une atteinte à la santé mentale ayant valeur de maladie, et une rente est alors accordée. Dans certains cas, d'ailleurs rares, l'état mental reste certes inchangé – même du point de vue psychiatrique –, mais il peut arriver, parfois, que l'administration accorde tout de même une rente, parce que la symptomatique psychique était exposée d'une manière quelque peu différente. On se trouve confronté ici de nouveau aux problèmes de l'appréciation qui sont liés aux troubles psychiques et tout particulièrement aux troubles psychogènes. L'assuré, la caisse de compensation et l'OFAS peuvent attaquer des

jugements de recours qui ne paraissent pas équitables en interjetant recours de droit administratif auprès du TFA.

Il existe peu d'enquêtes sur les conséquences du refus d'une rente, du moins pour la Suisse. Förster, Tübingen, a publié le résultat de telles enquêtes auprès de sujets névrosés qui avaient demandé une rente; les uns l'avaient obtenue, les autres avaient essuyé un refus. Il a constaté que, dans les cas de troubles psychogènes, on manque de critères permettant de faire un pronostic définitif sur l'évolution de l'infirmité, tant en ce qui concerne les aspects médicaux et sociaux que les possibilités de gain. Le refus d'une rente ne mène en tout cas pas régulièrement à la reprise d'une activité professionnelle («Medizin in Recht und Ethik», tome 14, Editions Huber, 1984).

Que se passe-t-il après l'octroi (justifié) d'une rente pour cause de troubles psychogènes?

L'expérience quotidienne et les publications consacrées à ce sujet montrent que l'octroi (précoce) d'une rente n'encourage pas la réadaptation; il provoque souvent, au contraire, une perte rapide des mobiles qui pourraient inciter l'assuré à tirer parti de la capacité de travail dont il dispose encore. L'avantage matériel d'une rente ne compense souvent pas la charge psychique qu'elle entraîne; il n'est pas rare que le profit tiré de la maladie soit anulé par une perte secondaire due à cette maladie. Parfois, il se produit une grave régression; l'intéressé s'installe quasiment dans son statut de rentier. Des troubles subjectifs deviennent souvent durables. Les hommes qui touchent une rente sont fréquemment labiles et socialement isolés; ils souffrent de complexes qui leur font douter d'eux-mêmes. La qualité de leur vie ne s'améliore pas toujours.

Les «névroses de rentes»

Parmi les troubles psychogènes, les «*névroses de rentes*» présentent des difficultés toutes particulières. On les désigne par des expressions comparables, tout aussi historiques qu'imprécises et vides de sens, telles que «névroses d'assurance», «névroses de revendication», «névroses de dédommagement», «fausses névroses d'accident». Actuellement, on utilise plus usuellement le terme de «*réaction tendancieuse à un accident ou à une maladie*». Lors de l'instauration de l'assurance-accidents sociale et du système des rentes dans l'Empire allemand, en 1884, on assista bientôt à une véritable

épidémie de «névroses de rentes». Le législateur suisse en tira une leçon et créa la notion d'«*indemnité en capital*» à l'article 82 LAMA, aujourd'hui article 23 LAA.

En ce qui concerne la *réaction psychique aux suites d'un accident*, on remarquera, d'une manière générale, qu'elle dépend de divers éléments: âge, genre d'infirmité, durée de l'hospitalisation (qui peut engendrer, en soi, la dépendance), existence d'une difformité visible, manière dont l'intéressé a surmonté l'inévitable crise d'identité et a accepté le fait d'être «devenu un autre», pronostics, structure psychique antérieure à l'accident, comportement des médecins, de la famille, de l'entourage au lieu de travail et de la société en général, et avant tout l'existence même de la *sécurité sociale*. *L'effet pathogène de celle-ci est incontestable*. En République fédérale d'Allemagne, on parle avec une certaine ironie du «hamac social». Il est significatif que selon les expériences faites dans ce pays et en Suisse, les personnes assurées qui ont subi des lésions de la colonne vertébrale et des opérations de hernie discale ont une incapacité de travail bien plus longue et des douleurs postopératoires et post-traumatiques de ladite colonne bien plus fréquentes que dans les collectivités non assurées.

Si l'intéressé ne parvient pas à surmonter psychiquement les conséquences (souvent minimes) d'un accident, il peut se produire des troubles psychogènes sous forme de réactions tendancieuses (névroses de rentes, etc.). Des indices de tels phénomènes peuvent être: une symptomatologie comportant souvent des éléments régressifs, dépressifs, hypocondriaques et hystériques; souvent, des transitions fluctuantes à la tendance à l'explication simpliste chez des personnes peu douées pour s'exprimer ou à une aggravation avec des tendances de revendication plus ou moins conscientes; des facteurs psychiques préexistants, étrangers à l'accident, semblent prédominer par rapport à l'accident lui-même; celui-ci semble être moins la cause de l'infirmité (ou des douleurs) que l'événement «*déclencheur*» qui a en quelque sorte *réveillé une disposition préexistante*; l'accident en est l'occasion, mais la manière subjective dont l'intéressé assimile son accident est l'élément déterminant; *les conséquences de l'accident sont plus ou moins fixées et superposées psychiquement avec une tendance qui est parfois inconsciente, parfois entièrement consciente, ou encore semi-consciente*, mais la plupart du temps très proche du conscient. Les critères habituels d'une atteinte à la santé mentale (tableau 1) ne sont généralement pas réalisés. Les particularités psychiques apparaissent souvent après des accidents plutôt insignifiants. On constate nettement un manque de coopération pour les mesures médicales et autres mesures de réadaptation; l'assuré ne se sent pas «*motivé*» pour exercer une autre activité professionnelle dont il serait capable; des facteurs et des «constellations» sociaux et familiaux sont souvent au premier plan. Fréquemment, chez l'intéressé ne se montre pas le

moindre succès du traitement physique et psychique, et il semble que l'assuré se concentre uniquement sur l'idée de dédommagement; cependant, mis à part l'aspect «rente» de son cas, on ne constate aucune particularité d'ordre psychique.

Là aussi, l'administration doit interpréter les faits en considérant le tout; elle examinera, en se fondant sur les rapports médicaux, les expertises et les informations concernant les possibilités de gain, si l'état de santé psychique va avoir, dans le cas particulier, un effet négatif à long terme sur la capacité de gain, donc s'il faut admettre l'existence d'une atteinte à la santé mentale ayant valeur de maladie.

Souvent, il faut admettre (d'abord) qu'une telle atteinte n'a pas valeur de maladie; donc, pas de droit à une rente. Il n'est par rare, cependant, que l'on passe, après une assez longue période, à un tableau psychique plus grave qui ouvre un tel droit.

Il n'est pas juste de prétendre qu'une réaction tendancieuse à un accident (névrose de rente) ne puisse jamais avoir valeur de maladie. L'AI doit examiner ce point, sans tenir compte des causes, comme dans tous les autres cas. *Il en va de même des réactions tendancieuses à une maladie*, sous forme de particularités psychiques (troubles psychogènes) qui apparaissent en cas de maladies physiques de longue durée. Ainsi, par exemple, chez un patient qui souffre d'une maladie chronique des reins et subit des dialyses depuis des années, des symptômes dépressifs et hypocondriaques peuvent se manifester. La valeur de maladie de ceux-ci doit être examinée par l'administration.

Ici aussi, il vaudrait mieux prévenir que guérir. On peut envisager des stratégies *pour empêcher des réactions tendancieuses à des accidents et maladies*: détection précoce de telles tendances chez l'assuré dès la phase de la réadaptation médicale; coordination entre les personnes chargées du traitement; psychiatre de liaison déjà à l'hôpital; psychothérapie administrée à temps; conseils visant à résoudre des problèmes familiaux; groupes d'entraide, par exemple de patients souffrant d'affections des reins et de beaucoup d'autres affections; stimuler, encourager et accepter l'assuré; instruction de la famille et de l'entourage de l'intéressé au lieu de travail; contacts entre le médecin, l'employeur et l'office régional, pris suffisamment tôt; mesures visant à éviter l'aggravation iatrogène de défauts d'évolution psychique qui menacent de s'établir.

Pour l'administration et les autorités de recours, il est difficile — notamment lorsque le patient provient de l'Europe méridionale — de porter un jugement sur les «*particularités socio-culturelles*». Celles-ci s'apparentent souvent à la symptomatologie hypocondriaque, dépressive et régressive; on y constate une nette tendance à la somatisation et une faible aptitude à comprendre les causes psychiques d'affections corporelles. Le patient se réfugie en quelque

sorte dans un « langage corporel » pour tenter de résoudre ses problèmes. Souvent, on remarque un désaccord entre le diagnostic objectif et les plaintes subjectives du patient. La conscience de l'intégrité corporelle est facile à perturber ; il peut aussi y avoir une tendance aux explications simplistes lorsque le patient n'est pas doué pour s'exprimer verbalement. Après leur retour dans leur pays, les assurés de cette catégorie voient souvent ces particularités disparaître rapidement. S'ils sont suivis par un médecin qui les assiste aussi sur le plan psychique, par un soutien suggestif, les résultats peuvent être favorables. Pour de tels hommes, la force physique et la santé représentent l'unique capital. (« Que nous apportent-ils ? Deux mains, le mal du pays et un grand espoir de bien-être et de bonheur. »)

De telles particularités socio-culturelles apparaissent, semble-t-il, dans une collectivité psycho-ethnique que l'on peut dire différente de la nôtre, mais qui reste dans sa propre variante de la norme.

Le TFA et l'administration sont d'avis que de telles particularités socio-culturelles ne sont pas des atteintes à la santé mentale ayant valeur de maladie. Elles peuvent cependant favoriser, en tant que prédispositions, la survenance de réactions tendancieuses à des accidents et maladies (névroses de rentes) et de troubles psychogènes en général. Dans de tels cas, le premier traitement médical après un accident peut être décisif. Lorsque l'administration a l'impression qu'il s'agit de quelque chose de plus qu'une simple particularité socio-culturelle, elle élucide le cas de la manière habituelle. L'administration et les tribunaux n'ont pas pu approuver l'appréciation psychiatrique évoquée ci-après :

Dans le cas d'un Méridional qui, après un accident banal, ne travaille plus et touche une demi-rente AI, un psychiatre admet des troubles malins d'adaptation qui ne peuvent être soignés. Il ne se prononce pas en détail sur la question de l'effort au travail qui peut être exigé, ni sur celle de la dissolubilité d'une fixation éventuelle, ni sur celle d'une réadaptation. Selon lui, l'assuré est entièrement incapable de travailler depuis sept ans et le restera. Le médecin ne pose pas de diagnostic précis, mais il fait des commentaires – très intéressants en soi – sur les particularités socio-culturelles en général. Le TFA nie, en dernière instance, un droit à une rente AI entière en se fondant sur le fait que l'atteinte à la santé mentale n'a pas une telle valeur de maladie. Il relève l'absence d'un diagnostic psychiatrique clairement posé. Les moyens de preuve médicaux habituels permettant d'admettre une valeur de maladie qui causerait une incapacité de gain de plus de deux tiers font défaut. En l'espèce, les particularités socio-culturelles supplémentaires n'auraient pas valeur de maladie.

L'aggravation, la simulation, ainsi que de simples tendances à la revendication dans un cas où il n'y a pas d'autres particularités psychiques ne sont pas des atteintes à la santé mentale ayant valeur de maladie. L'expérience générale révèle que les cas de simulation réelle sont rares. Dans les cas de

réactions tendancieuses à des accidents ou à des maladies (névroses de rentes), on trouve souvent aussi des éléments d'aggravation. Il faut les distinguer des tendances aux explications simplistes chez les personnes qui ont de la peine à s'exprimer ou qui sont peu douées sur le plan intellectuel. Les troubles psychogènes, en particulier les *réactions tendancieuses aux accidents* (névroses de rentes), *peuvent être provoqués, aggravés ou entretenus par le comportement du médecin (action iatrogène)*, ce qui peut entraîner une chronification et une invalidisation. Il faut, pour cela, qu'il y ait *chez l'assuré une certaine prédisposition psychique*, parfois aussi des *particularités socio-culturelles* qui n'ont pas, en soi, valeur de maladie. Ce qui

Tableau 3

Pour *éviter* des influences iatrogènes défavorables :

- L'instruction du cas et le traitement doivent être convaincants, clairement structurés, limités dans le temps et en quantité, modérés et non excessifs (prudence en cas d'examen au moyen d'appareils de haute technicité, en cas de thérapie opératoire et médicamenteuse);
- Pas d'examen et de traitement caractérisés par l'incertitude, par une trop longue durée, par de nombreux transferts et par des actions inattendues;
- Pas de diagnostic trop large, impressionnant, mais inquiétant, qui affaiblit la volonté de guérir (déchirure musculaire, coup du lapin);
- Après un examen judicieux, présenter au patient un schéma clair et facile à comprendre – même s'il n'est pas rigoureusement scientifique
 - propre à lui expliquer ses maux;
- Le médecin devrait se donner le temps de suivre son patient sur les plans psychologique, psychothérapeutique et psychohygiénique, et de discuter avec lui de ses plaintes subjectives;
- Un retour précoce à l'activité est important; de même, il importe que le patient s'aide lui-même et assume ses responsabilités;
- Confiance du médecin; assistance médicale chaleureuse;
- S'abstenir des méthodes passives et d'une indulgence trop prolongée à l'égard du patient, qui impose à celui-ci une dépendance et lui donne une impression d'impuissance;
- Éviter des prévisions pessimistes et sceptiques qui pourraient éveiller l'espoir prématuré d'obtenir des prestations d'assurance, entre autres de rentes;
- Expliquer clairement à l'assuré qu'après la guérison des séquelles de l'accident, la profession et la famille devront faire l'objet, à son égard, des mêmes exigences que précédemment.

est important, c'est le traitement médical initial, par exemple après un accident. Il y a là, semble-t-il, un problème de médecine sociale et d'économie publique qui n'est pas sans importance, qu'il s'agisse d'*absentéisme* ou d'*octroi de rentes*.

Ce sont avant tout les patients «*psychosomatiques*» qui inquiètent ou contrarient le médecin, bien plus que l'homme dont la lésion ou la maladie est nettement organique. Il peut en résulter que le médecin «capitule» devant les plaintes continuelles du patient, accepte le jugement subjectif de celui-ci au sujet de sa capacité de travail et certifie, trop complaisamment, une incapacité de travail de longue durée. L'adage, selon lequel «le doute profite à l'assuré», appliqué au patient, augmenté encore d'une sorte de «supplément d'incertitude», peut provoquer une incapacité de travail d'une durée excessive. Une incapacité de courte durée suivie d'une reprise progressive du travail permet souvent à l'assuré de conserver un poste de travail (prendre contact assez tôt avec l'employeur et l'office régional!); une telle mesure est aussi de nature à empêcher ou à arrêter des troubles psychogènes et des réactions tendancieuses à un accident.

Wengle («Praxis, revue suisse de médecine», 74, N° 38, 1985, p. 1020) a relevé que *le médecin, en tout premier lieu le généraliste, exerce une influence décisive sur un processus d'invalidisation en cas d'accident avec séquelles ou de maladie chronique*. Des mesures thérapeutiques qui sont adéquates en cas de maladie *aiguë* peuvent, dans une évolution *chronique*, favoriser l'invalidisation. Les buts thérapeutiques doivent être adaptés à temps au cours de la maladie; le «*schéma du traitement de la maladie aiguë*», avec recherche exacte des causes, avec le but d'une guérison complète et la prédominance des thérapies passives, doit être transformé à temps en un «*schéma de traitement chronique*», dans lequel la recherche des causes passe à l'arrière-plan et où l'on vise principalement à améliorer l'attitude du patient envers son handicap. Le développement du sens des responsabilités et de la volonté de se tirer d'affaire soi-même devient le premier objectif, afin que l'assuré réussisse à accepter son infirmité et à prendre les choses du bon côté, notamment sur le plan social et professionnel. «La prévention doit se faire dans la tête du médecin.»

Les aspects de la chronification et de l'invalidisation jouent un rôle, avant tout, dans la «*psycho-rhumatologie*». Celle-ci s'occupe d'états morbides dans la région du dos et des extrémités, qui peuvent être l'expression de troubles psychiques et (ou) de conflits sociaux. Ici, *la fixation et la surcharge psychique*, ainsi que le développement de réactions tendancieuses à la maladie, *jouent souvent un rôle*. Le nombre des assurés qui demandent une rente à cause de douleurs dorsales ne fait que croître. Cette augmentation a de nombreuses raisons; l'une d'entre elles, et non la moindre, est d'ordre iatrogène (des indulgences antiphysiologiques, un traitement exa-

géré, le recours malencontreux à des appareils dans l'examen des cas et le traitement peuvent avoir pour résultat que des douleurs dorsales deviennent des affections dorsales).

Parfois, les différences apparaissent *entre l'assurance-accidents (CNA) et l'AI* lorsqu'il s'agit de porter un *jugement sur certains troubles psychogènes*. Dans les cas où des troubles psychiques se produisent par suite d'un accident, l'assurance-accidents demande une causalité naturelle, mais aussi, en plus de cela, une «*causalité adéquate*» (d'importance légale): les facteurs psychiques préexistants, étrangers à l'accident, doivent être insignifiants; il faut que les conséquences de l'accident soient objectivement graves; celui-ci doit être en mesure de provoquer, selon le cours naturel des choses, donc chez de nombreux individus qui auraient été touchés de la même manière, les mêmes troubles psychiques. Lorsqu'une causalité naturelle et une causalité adéquate sont probables, l'assurance-accidents accorde une indemnité unique ou une rente; c'est le cas pour les névroses traumatiques ou névroses (authentiques) d'accident, de peur et de traitement.

L'assurance-accidents et le TFA parlent de «*névroses de traitement*» lorsqu'une mauvaise réaction psychique à un accident est due à un traitement médical défectueux, non adéquat, inutilement trop fréquent ou trop intensif. Ladite assurance n'accorde cependant ni indemnité en capital, ni rente, lorsqu'elle ne trouve aucune causalité adéquate et qu'une instabilité psychique préexistante ou une structure spéciale de la personnalité a été, à son avis, seulement «*déclenchée*» ou démasquée par l'accident, donc si la part des facteurs étrangers à l'invalidité est prédominante. Cette condition est remplie, dans l'assurance-accidents, en cas de névrose de rente, de névrose de revendication, de fausse névrose d'accident et de réactions tendancieuses à un accident. Ladite assurance ne revient pas sur un refus. Cette pratique, ainsi que la jurisprudence du TFA à ce sujet, ont été critiquées ces derniers temps; des tribunaux cantonaux adoptent parfois des conclusions différentes et définissent la «*causalité adéquate*» selon des critères moins rigoureux.

L'indemnité en capital de l'assurance-accidents (art. 82 LAMA et 23 LAA) semble avoir perdu, au cours de ces dernières années, un peu de son efficacité thérapeutique. Les conditions mises à son octroi sont un pronostic favorable (qui n'est pas vérifié dans les cas particuliers) et une causalité adéquate.

Contrairement à ladite assurance, *l'AI ne connaît pas d'indemnité de ce genre*. Elle doit examiner, dans tous les troubles psychiques et surtout psychogènes survenus après un accident, s'il y a ou s'il n'y a pas une atteinte à la santé mentale ayant valeur de maladie. La cause – traumatisme, singularité préexistante ou prédisposition éventuellement déclenchée par l'accident – est sans importance pour l'AI. Lorsque l'assurance-accidents a

répondu négativement, à défaut d'une causalité adéquate, l'AI doit, le cas échéant, accorder une rente, si les troubles considérés ont valeur de maladie. Elle est tenue d'accorder ses prestations aussi pour des singularités préexistantes ou pour de mauvaises réactions psychiques à des accidents si ces dernières ont valeur de maladie (tableau 1). Le TFA a constaté que l'AI doit – indépendamment de l'assurance-accidents – décider, selon ses propres critères, si elle a affaire à une atteinte à la santé mentale ayant valeur de maladie.

Résumé

Dans l'AI aussi, les aspects psychiatriques deviennent de plus en plus importants. Cette assurance attend du médecin qu'il lui donne des informations sur l'état de santé, la capacité de travail et les mesures de réadaptation ayant des chances de succès. L'administration, tenant compte aussi d'informations supplémentaires concernant les possibilités de gain (employeur, office régional AI), prend la décision juridique consistant à dire s'il y a, dans le cas considéré, une atteinte à la santé mentale, ayant valeur de maladie, qui diminue la capacité de gain pour une longue période et peut donner droit à une rente.

Il a été expliqué si et dans quelles circonstances la capacité de travail et de gain peut être diminuée lors des troubles psychiques les plus fréquents. Des difficultés particulières se présentent au médecin, à l'administration et aux autorités de recours lorsqu'il y a des troubles psychogènes. Il est alors souvent nécessaire de poser au médecin des questions supplémentaires (existence d'une fixation, pronostic d'un refus de rente éventuel). Des soucis tout aussi graves sont causés par les problèmes «réactions tendancieuses à des accidents ou à des maladies (névroses de rentes), singularités socio-culturelles, aggravation et simulation, psychorhumatologie, aggravation iatrogène de troubles psychogènes, prévention de la chronification et de l'invalidisation». On a montré, pour terminer, les différences entre l'assurance-accidents obligatoire et l'AI lorsqu'une décision doit être prise à propos de certains troubles psychogènes.

Problèmes d'application

Prise en compte des cotisations personnelles; modification de la jurisprudence¹

(N° 206 du supplément 2 aux directives sur les cotisations des travailleurs indépendants et des non-actifs (DIN), imprimé N° 318.102.032.)

La RCC de mars 1986 a publié, à la page 170, un arrêt du TFA du 5 décembre 1985, dans lequel la question de la prise en compte des cotisations personnelles des personnes de condition indépendante a été étudiée à fond. Le TFA y est parvenu à la conclusion que la conversion du revenu communiqué de 90,6 à 100 pour cent, telle qu'elle est prévue par le supplément 2 aux DIN, valable dès le 1^{er} janvier 1983, n'est pas compatible avec le but de la prise en compte qui est d'annuler la déduction des cotisations personnelles admise par le droit fiscal, mais non admise par celui de l'AVS. Les caisses de compensation devraient, à cet effet, prendre en compte soit les cotisations effectivement payées pendant les années de calcul, soit celles dont le montant a été fixé au cours de ces années (c'est-à-dire les cotisations qui ont été l'objet d'une décision ou qui ont été facturées sans décision formelle). Interrogé par plusieurs intéressés au sujet de cet arrêt, l'OFAS déclare que les méthodes de prise en compte qui y sont exposées doivent être appliquées par les caisses. Il n'y a pas de changement pour celles qui ont, jusqu'à présent, pris en compte les cotisations payées pendant les années de calcul (N° 209 DIN). A la prochaine occasion, l'OFAS adaptera ces directives à la nouvelle jurisprudence, après avoir demandé l'avis de la commission des cotisations.

Le décompte des cotisations dues par les entrepreneurs d'automobiles postales et leurs conducteurs¹

(N° 112.1 des directives sur la perception des cotisations, imprimé N° 318.102.04.)

Selon la réglementation actuelle, qui remonte à une circulaire de l'OFAS du 18 juillet 1974, le décompte des cotisations est différent selon qu'un entrepreneur d'autos postales dirige, parallèlement, une entreprise qui est assujettie à l'assurance-accidents obligatoire ou ne l'est pas. Dans le premier cas, les PTT doivent faire le décompte des cotisations d'employeur et de salariés pour l'entrepreneur et les conducteurs avec la caisse fédérale de compensa-

¹ Extrait du Bulletin de l'AVS N° 141.

tion. Dans le second, les PTT bonifient à l'entrepreneur la totalité des cotisations d'employeur; celui-ci doit alors faire le décompte des cotisations d'employeur et de salariés pour lui-même et pour ses salariés avec la caisse de compensation cantonale ou professionnelle à laquelle il est affilié pour son entreprise.

Ces modes de décompte qui diffèrent selon la situation occasionnent aux PTT un travail disproportionné et empêchent l'utilisation d'un système automatisé. A la demande de la Conférence du service postal des voyageurs, l'OFAS a donc cherché, en 1985, en collaboration avec la caisse fédérale de compensation, une solution plus simple. En accord avec les intéressés, il a été décidé que cette nouvelle solution serait adoptée dès le *1^{er} juin 1986*; voici comment elle se présente:

Le statut des entrepreneurs d'autos postales (en même temps gérants d'agences postales) en matière de cotisations ne change pas; ils restent des salariés. De même, il n'y a pas de changement dans le mode de décompte des entrepreneurs d'autos postales qui travaillent exclusivement pour les PTT, donc qui ne dirigent pas, parallèlement, une entreprise, ni n'occupent du personnel; comme par le passé, l'entreprise des PTT doit faire le décompte de leurs salaires avec la caisse fédérale de compensation.

En revanche, *pour tous les entrepreneurs d'autos postales qui occupent des employés chargés de conduire les véhicules, il faudra désormais appliquer la procédure prévue par l'article 36 RAVS* (voir le N° 112.1, modifié avec effet au 1^{er} janvier 1986, des directives sur la perception). La personne interposée salariée (entrepreneur) sera affiliée elle-même à une caisse. Son employeur (les PTT) lui bonifiera la cotisation d'employeur due sur les salaires qu'il paie pour elle et ses employés. Ladite personne interposée devra faire les décomptes, avec la caisse à laquelle elle est affiliée, des cotisations d'employeur et de salariés dues sur son salaire et sur le salaire de ses employés, et payer ces cotisations (voir N°s 113 ss des directives).

La caisse fédérale de compensation établira à temps les avis de mutation nécessaires à l'enregistrement des cotisants.

Renonciation à la perception de cotisations sur des rémunérations de faible importance, tirées d'une activité accessoire¹

(N°s 139 ss des directives sur la perception des cotisations, imprimé N° 318.102.04.)

Des réclamations nous incitent à rappeler aux caisses de compensation les instructions applicables à de tels cas. Nous renvoyons en particulier au N° 153 desdites directives (dans la teneur valable depuis le 1^{er} janvier 1984), selon lequel l'employeur qui veut renoncer à prélever les cotisations doit préalablement requérir le consentement de la caisse de compensation et lui

¹ Extrait du Bulletin de l'AVS N° 141.

présenter le texte remis au salarié conformément au N° 149.1 des directives, dans la mesure où une formule de la caisse n'est pas utilisée.

En outre, il est bien évident que l'employeur ne peut imposer au salarié la renonciation à une telle perception. Il serait tout aussi faux d'admettre, d'une manière générale, que toute rémunération allant jusqu'à 2000 francs par an provienne d'une activité accessoire. On observera exactement, à ce propos, les N^{os} 140 ss des directives.

Les caisses sont priées d'informer les employeurs, sous une forme adaptée à leur situation, au sujet des conditions qui doivent être remplies pour renoncer à la perception; elles procéderont à des contrôles périodiques conformément au N° 155 des directives. Dans les cas où la dernière information remonte à une date assez éloignée, il faudrait en donner une nouvelle dans un proche avenir.

En bref

L'AVS/AI à la Foire suisse d'échantillons

Depuis 1980, le visiteur de cette Foire peut s'informer au sujet de l'AVS et de l'AI dans un stand installé par les caisses de compensation du nord-ouest (cf. RCC 1981, p. 307).

Lors de la Foire de cette année, à Bâle, du 8 au 17 mars, un peu plus de 1300 renseignements ont été donnés par ce stand AVS/AI. Il est vrai que le succès de ce dernier a été un peu moins grand que d'autres fois, probablement à cause de l'emplacement assez peu favorable qui lui a été assigné. Plus des trois quarts des visiteurs n'avaient pas encore atteint la limite d'âge (62/65 ans). Le test que l'on pouvait se procurer dans ce stand et à l'aide duquel on pouvait vérifier ses connaissances au sujet de l'AVS a obtenu un bon succès.

Le deuxième samedi de cette Foire, une conférence de presse a été consacrée au thème: «Qu'est-ce que le citoyen suisse veut savoir de son AVS?». Elle a été dirigée principalement par M. Kurt Widmer, de la caisse argovienne de compensation, et par M. René Winkler, caisse de compensation de l'Union économique de Bâle. Son écho a été réjouissant.

Si l'on trouve une solution satisfaisante au problème de l'emplacement, le stand de l'AVS/AI sera de nouveau ouvert au public lors de la prochaine Foire de Bâle, du 14 au 23 mars 1987.

Bibliographie

Eric Etienne: Inventaire des institutions de Suisse romande spécialisées dans l'approche de la toxicomanie. 82 pages. Avril 1986. 5 francs. Publié par l'Hospice général, Institution genevoise d'action sociale, Service d'information sociale et juridique, case postale 430, 1211 Genève 3.

Serge Gaillard et Urs Oberhänsli: Die Kosten einer Einführung des flexiblen Rentenalters unter Berücksichtigung der zukünftigen Entwicklung des Finanzhaushalts der AHV. Document pouvant servir à la discussion du projet N° 9: «Mechanismen und Entwicklung der schweizerischen Wirtschaft und deren soziale Auswirkungen» du Fonds national suisse. 36 pages. Mars 1986. Institut des recherches économiques empiriques de l'Université de Zurich, Zollikerstrasse 137, 8008 Zurich.

Ulrich Meyer-Blaser: Die Bedeutung der Sonderschulzulassung für den Leistungsanspruch gegenüber der Invalidenversicherung. Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle, fascicule 2/1986, pages 65-83. Editions Stämpfli, Berne.

Etranger – un autre handicap? Fascicule 2/1986 de la revue de réadaptation «Pro Infirmis». Ce numéro est consacré aux problèmes des étrangers invalides en Suisse. Il contient des articles d'Andrea Lanfranchi, Annelies Brühmann-Debrunner, Peter Ohnemus, Ellen Thiele, Oscar Tosato, Helen Böhler, Alfons Berger, etc. Plusieurs de ces articles sont en français ou sont suivis de résumés en français et en italien. Pro Infirmis, case postale 129, 8032 Zurich.

Ferien für Behinderte 1986. Brochure publiée par la Mobility International Schweiz. Contient toutes sortes de conseils sur l'organisation des vacances, une liste de logements adéquats en Suisse et à l'étranger, des renseignements sur les transports, sur la possibilité de recourir à des aides bénévoles, etc. Groupe de travail «Ferien für Behinderte», Feldeggstrasse 71, 8032 Zurich.

Guide des hôtels suisses pour invalides. 5^e édition remaniée (en allemand), 1986. Association suisse des invalides, Amthausgasse 11, 4600 Olten.

Interventions parlementaires

Postulat Carobbio, du 12 mars 1986, concernant des indemnités de l'AC pour les rentiers AVS au chômage partiel

M. Carobbio, conseiller national, a présenté le postulat suivant:

«Vu les effets probablement négatifs de la décision du TFA refusant le droit aux prestations de l'assurance-chômage aux rentiers AVS qui travaillent encore et sont au chômage partiel, les soussignés demandent au Conseil fédéral

- d'examiner la possibilité de proposer une modification du texte de la loi, afin d'établir le principe du droit à l'indemnité en cas de chômage partiel,
- ou d'étudier subsidiairement la possibilité d'introduire, par voie d'ordonnance d'exécution de l'assurance-chômage, une disposition interprétant la loi dans ce sens.»

«Visti i possibili effetti negativi della decisione del Tribunale federale delle assicurazioni che nega il diritto alle prestazioni dell'assicurazione disoccupazione ai beneficiari di rendite AVS che ancora lavorano e che vengono messi in disoccupazione parziale, i sottoscritti chiedono al Consiglio federale

- di esaminare la possibilità di proporre una modifica del testo di legge allo scopo di stabilire il principio del diritto all'indennità in caso di disoccupazione parziale,
- oppure di valutare in via subordinata la possibilità di introdurre in sede d'ordinanza d'applicazione dell'AD una disposizione interpretativa della legge in tale senso.»

(15 cosignataires)

Postulat Ziegler, du 17 mars 1986, concernant les prestations pécuniaires des assurances sociales

M. Ziegler, conseiller national, a déposé le postulat suivant:

«Le Conseil fédéral est invité à proposer de modifier les dispositions de la loi sur l'AVS concernant les cotisations de sorte qu'à l'avenir, les prestations pécuniaires de l'assurance-accidents obligatoire et de l'assurance militaire soient, d'une manière générale, assujetties à l'AVS.»

Interpellation Eppenberger-Nessler, du 19 mars 1986, concernant la réinsertion professionnelle des femmes mariées

M^{me} Eppenberger, conseillère nationale, a présenté l'interpellation suivante:

«Je prie le Conseil fédéral de répondre aux questions suivantes:

1. N'estime-t-il pas lui aussi que l'obligation faite par la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle (LPP) peut avoir des effets très durs pour les femmes qui désirent se réinsérer dans la vie professionnelle après avoir arrêté de travailler un certain temps, leurs chances sur le marché de l'emploi risquant de se trouver diminuées?

2. Le Conseil fédéral est-il disposé, pour encourager la réinsertion professionnelle des femmes mariées, de créer par voie d'ordonnance une réglementation spéciale, en se fondant sur l'article 2, 2^e alinéa, de la LPP?»

(28 cosignataires)

Postulat Jelmini, du 20 mars 1986, concernant le financement du 2^e pilier

M. Jelmini, conseiller aux Etats, a présenté le postulat suivant:

«Il Consiglio federale è invitato ad esaminare la possibilità di introdurre un sistema parziale di ripartizione nel finanziamento del 2° pilastro.»

«Le Conseil fédéral est invité à examiner les possibilités d'introduire un système partiel de répartition pour le financement du 2^e pilier.»

(11 cosignataires)

Motion Nussbaumer, du 20 mars 1986, concernant l'encouragement de l'accession à la propriété de logements

M. Nussbaumer, conseiller national, a déposé la motion suivante:

«Le Conseil fédéral est chargé de soumettre au Parlement des propositions visant:

1. à introduire un droit de préemption légal en faveur des locataires et des collectivités de locataires qui désirent acheter un logement pour leur propre usage. Il est dans l'ordre des choses que le locataire désireux d'acquérir un logement se trouve en position de faiblesse. Il convient donc de renforcer sa position par des mesures appropriées, telles que temps de réflexion suffisant et protection contre les abus de la spéculation. Pour ce qui est des personnes ayant un revenu modeste, il faut en tout premier lieu mettre à leur disposition les moyens financiers prévus dans la loi qui encouragent la construction et l'accession à la propriété de logements, ce qui serait un bon moyen d'accorder la priorité aux mesures d'encouragement de la construction de logements nécessitant peu de terrain;

2. à compléter les textes légaux relatifs au 2^e et au 3^e pilier, afin que l'argent ainsi économisé serve réellement à la prévoyance individuelle assurée grâce à la propriété du logement;

3. à modifier les dispositions légales de façon à favoriser le placement des fonds amassés par les caisses de retraite ailleurs que sur le marché du logement. On pourrait notamment envisager d'édicter des dispositions plus libérales pour les placements effectués dans les secteurs autres que l'immobilier et de limiter efficacement la possession de titres de propriété immobilière.»

(22 cosignataires)

Informations

Entrée en vigueur de la deuxième révision de la LPC

Le Conseil fédéral a fixé au 1^{er} janvier 1987 l'entrée en vigueur de la deuxième révision de la LPC. Les travaux préparatoires nécessaires – modification d'ordonnances, législations cantonales, mesures administratives, etc. – sont en cours. La révision apportera des améliorations considérables, notamment, pour les personnes séjournant dans des foyers, pour celles qui paient des loyers élevés, et pour celles qui reçoivent des soins à domicile. Certaines restrictions (prise en compte plus forte de la fortune, imputation plus forte des prestations des caisses de pension, etc.) seront simultanément introduites. Les principaux éléments de cette révision et le texte des dispositions révisées ont été publiés dans la RCC 1985, p. 498.

Afin que, cette année déjà, les cas spéciaux puissent être mieux pris en considération, Pro Infirmis et Pro Senectute disposent, depuis 1986, sur la base de cette deuxième révision, de moyens financiers plus élevés.

Ordonnance concernant le fonds de garantie LPP

Le Conseil fédéral a adopté, le 7 mai 1986, une ordonnance importante sur le fonctionnement du fonds de garantie LPP. Ce fonds, alimenté par les institutions de prévoyance du 2^e pilier, verse des subsides aux institutions de retraite présentant une structure d'âge défavorable et garantit le paiement des prestations légales aux assurés au cas où lesdites institutions deviendraient insolvables. Il couvre aussi les dépenses incombant à l'institution supplétive pour des cas d'assurance survenus avant que l'employeur ne se soit affilié à une institution de prévoyance.

Ordonnance sur l'encouragement de la propriété du logement

Le Conseil fédéral a adopté, le 7 mai également, une ordonnance sur «l'encouragement de la propriété du logement au moyen de la prévoyance professionnelle vieillesse». Cette ordonnance, qui entrera en vigueur le 1^{er} juin prochain, traite de l'utilisation de la prestation en capital et de la mise en gage des prestations de vieillesse pour acquérir la propriété d'un logement servant aux propres besoins d'un assuré ou pour amortir une dette hypothécaire grevant la propriété du logement d'un assuré. Il faut toutefois constater que cette ordonnance ne s'applique qu'au régime obligatoire de la prévoyance professionnelle.

Subventions versées par l'AI et l'AVS à des institutions pour invalides et personnes âgées

Octobre 1985 - mars 1986

Subventions de l'AI pour des constructions

a. Ecoles spéciales

Coire: Construction d'un bâtiment d'exploitation pour le service de pédagogie curative. 400 000 francs.

Lausanne: Agrandissement des bâtiments du home-école de La Cassagne. 895 000 francs.

Lenzburg: Reconstruction de l'école de pédagogie curative avec 42-60 places. 1 280 000 francs.

Loèche VS: Construction du home d'enfants de Saint-Antoine, 2^e étape. 1 538 000 francs.

Sorengo TI: Diverses transformations de l'«Ospizio Bambini». 350 000 francs.

Wetzikon ZH: Agrandissement et transformation de l'école spéciale. 651 262 francs.

b. Ateliers protégés avec ou sans home

Arllesheim BL: Reconstruction de l'atelier d'occupation «Haus Birke», Bromhügelweg 2, pour 20 adultes handicapés. 369 000 francs.

Bachs ZH: Acquisition et aménagement d'un immeuble devant abriter un home avec atelier d'occupation pour 22 invalides. 1 700 000 francs.

Bâle: Acquisition et transformation du bâtiment Friedensgasse 72 pour y installer un home avec atelier d'occupation destiné à des invalides. 650 000 francs.

Bitsch VS: Construction d'un atelier protégé pour 65 invalides, ainsi que d'un home pour 50 à 60 invalides. 1 800 000 francs.

Konolfingen BE: Acquisition et transformation de l'immeuble d'Aebnit pour y installer une communauté de travail et d'habitation groupant des handicapés mentaux (jeunes gens et adultes). 600 000 francs.

Lausanne: Aménagement d'un atelier protégé dans l'institut de La Cassagne pour 6 à 8 adultes handicapés. 150 000 francs.

Münchenstein BL: Acquisition et aménagement de l'immeuble de l'Emil-Frei-Strasse 41 pour y installer un home avec atelier protégé destiné à des handicapés psychiques; 1^{re} étape: acquisition (200 000 francs).

Muri BE: Acquisition et aménagement d'un immeuble pour y installer un home et un atelier d'occupation destinés à 10 invalides. 650 000 francs.

Otten: Transformation et agrandissement de l'atelier protégé de VEBO. 2 000 000 de francs.

Reinach BL: Acquisition et aménagement d'un immeuble pour y abriter le centre de réadaptation de Kirschgarten, destiné à recevoir 135 invalides. 3 600 000 francs.

Rumedingen BE: Aménagement d'une communauté de travail et d'habitation pour 28 jeunes gens et adultes souffrant d'une invalidité mentale. 687 000 francs.

Sargans SG: Reconstruction de l'atelier protégé pour 60 invalides. 1 900 000 francs.
Seewen SZ: Reconstruction de l'atelier protégé et construction d'un home pour 106, respectivement 39 invalides. 7 680 000 francs.

Sursee LU: Acquisition et aménagement d'un atelier pour 55 handicapés psychiques. 1 836 000 francs.

c. Homes

Bârau BE: Construction d'un home pour 48 invalides. 2 660 000 francs.

Neu St. Johann SG: Aménagement d'un home pour des invalides adultes. 895 000 francs.

Sargans SG: Acquisition de 2 appartements pour y installer 6 invalides «Im Kauen». 201 850 francs.

Zoug: Aménagement d'un home de transition pour 13 handicapés psychiques. 575 000 francs.

d. Centres de jour

Lausanne: Aménagement du Centre culturel des sourds, avenue de Provence 16. 320 000 francs.

Subventions de l'AVS pour des constructions

a) Homes pour personnes âgées et pour personnes nécessitant des soins

Fribourg: Reconstruction du home médicalisé «La Providence». 2 300 000 francs.

Gais AR: Transformation du home. 640 000 francs.

Horw LU: Transformation et agrandissement du home de Kirchfeld. 610 000 francs.

Laufenburg AG: Reconstruction d'un home. 2 530 000 francs.

Laupen BE: Reconstruction du home. 1 695 000 francs.

Oltén: Transformation et assainissement du home de Ruttigen. 1 050 000 francs.

Reinach BL: Transformation et agrandissement du home d'Aumatt. 1 940 000 francs.

Worben BE: Transformation de la cuisine et du restaurant du home. 700 000 francs.

b) Autres homes

Bremgarten BE: Reconstruction du home pour personnes âgées. 1 620 000 francs.

Castelrotto TI: Transformation et agrandissement du Ricovero Malcantonese di Castelrotto. 3 300 000 francs.

Genève: Reconstruction d'un home de l'Association Notre-Dame-de-Compassion. 1 750 000 francs.

Genève: Transformation du Foyer Saint-Paul. 500 000 francs.

Lotzwil BE: Reconstruction du home pour personnes âgées. 1 690 000 francs.

Oberkirch LU: Reconstruction du home pour personnes âgées. 1 310 000 francs.

Rämismühle ZH: Reconstruction du home. 1 730 000 francs.

Rehetobel AR: Agrandissement du home pour personnes âgées de la Krone. 730 000 francs.

Saanen BE: Transformation et agrandissement du home pour personnes âgées de Pfyffenegg. 830 000 francs.

Zermatt VS: Reconstruction du home pour personnes âgées. 2 250 000 francs.

Zollikon ZH: Reconstruction du home pour personnes âgées de Rebwies. 4 170 000 francs.

Allocations familiales dans le canton de Vaud

Allocations pour enfants aux agriculteurs indépendants, membres de la Fédération rurale vaudoise de mutualité et d'assurances sociales (FRV)

Le 5 décembre 1985, l'Assemblée des délégués de la Fédération rurale vaudoise de mutualité et d'assurances sociales (FRV) a fixé uniformément à 30 francs par mois et par enfant, à partir du 1^{er} janvier 1986, le montant de l'allocation pour enfant versée aux agriculteurs indépendants. Cette allocation est octroyée, *quel que soit le revenu des parents*, de la naissance jusqu'au 31 décembre de l'année pendant laquelle l'âge de 20 ans est atteint. Jusqu'ici, l'allocation s'élevait à 25 francs (50 fr. en cas de formation agricole ou viticole) jusqu'au 31 décembre de l'année pendant laquelle l'intéressé atteignait l'âge de 16 ans ou jusqu'au 31 décembre de l'année des 25 ans en cas d'études ou d'apprentissage.

Les allocations de ménage et de naissance n'ont pas subi de modification.

Répertoire d'adresses AVS/AI/APG

Page 14, Caisse fédérale de compensation:

26.1 Caisse auxiliaire de l'administration générale de la Confédération: tél. (031) 61 64 25 et 61 64 27; Rentes: tél. (031) 61 64 06 et 61 64 14.

26.2 Caisse auxiliaire PTT: Rentes: Bundesgasse 32, Berne, tél. (031) 61 64 06 et 61 64 14.

Jurisprudence

AVS / Cotisations dues sur le revenu d'une activité indépendante

Arrêt du TFA, du 5 novembre 1985, en la cause E. M.
(traduction de l'allemand).

Articles 8, 1^{er} alinéa, et 9, 4^e alinéa, LAVS; article 25, 4^e alinéa, RAVS. L'application de l'article 25, 4^e alinéa, RAVS peut avoir pour effet d'imposer au travailleur indépendant une charge de cotisations plus lourde que cela serait le cas en prélevant une cotisation de 7,8 pour cent sur la somme des revenus des années de calcul. On ne saurait y voir une violation de la loi; en effet, le taux de cotisation prévu par l'article 8, 1^{er} alinéa, LAVS se rapporte aux revenus tirés d'une activité indépendante, qui ont été déterminés selon l'article 9 LAVS et les dispositions d'exécution promulguées sur cette base (4^e alinéa).

Articoli 8, capoverso 1, e 9, capoverso 4, LAVS; articolo 25, capoverso 4, OAVS. L'applicazione dell'articolo 25, capoverso 4, OAVS può avere come effetto d'imporre al lavoratore indipendente un onere di contribuzione più gravoso di quello che risulterebbe prelevando un contributo del 7,8 per cento sulla somma dei redditi degli anni di calcolo. In questo non c'è violazione della legge; in effetti, il tasso del contributo previsto dall'articolo 8, capoverso 1, LAVS si riferisce ai redditi derivanti da un'attività lucrativa indipendente, che sono stati determinati secondo l'articolo 9 LAVS e le disposizioni esecutive emanate su questa base (capoverso 4).

E. M. a entrepris, le 1^{er} janvier 1978, une activité lucrative indépendante. Sur la base des communications fiscales, il se révéla que le revenu obtenu en 1978, tiré de cette activité, soit 85 654 francs, différait sensiblement des gains réalisés en 1979 (152 894 fr.) et en 1980 (273 751 fr.) au sens de l'article 25, 4^e alinéa, RAVS. La caisse de compensation calcula donc les cotisations de 1978, 1979 et 1980 d'après le revenu actuel de chacune de ces années; pour les cotisations de 1981, année précédant la prochaine période ordinaire de cotisations

(1982/1983), elle se fonda sur le revenu moyen des années de calcul 1979/1980, comme d'ailleurs aussi pour les cotisations de 1982/1983. Les premiers juges et le TFA ont rejeté les recours formés contre les décisions rendues dans ce sens. Voici un extrait des considérants du TFA :

c. Le recourant allègue seulement que l'article 25, 4^e alinéa, RAVS ne doit pas être appliqué dans son cas ; en effet, il en résulterait pour lui une charge de cotisations qui dépasserait la limite de 7,8 pour cent fixée par l'article 8, 1^{er} alinéa, LAVS. Cette objection ne peut cependant être acceptée, et voici pourquoi.

Selon les règles valables jusqu'à la fin de l'année 1978, alors que l'article 25, 4^e alinéa, RAVS n'existait pas, le revenu obtenu pendant la première année d'une période ordinaire de cotisations constituait toujours la seule base de calcul pour les quatre premières années de cotisations lorsque l'assuré entreprenait une activité indépendante au début d'une telle période, ou pour un des autres motifs justifiant l'application de la procédure extraordinaire. Lorsque le revenu touché pendant la première année était très élevé ou très bas par rapport à celui des années suivantes, cela donnait des résultats qui ne pouvaient être satisfaisants ; afin d'assurer, aussi dans ces cas exceptionnels, une fixation adéquate des cotisations, il fut décidé d'ajouter ce 4^e alinéa de l'article 25 (cf. RCC 1978, p. 123). Grâce à cette nouvelle disposition, il est possible effectivement de ne pas utiliser comme base de calcul unique, pour quatre années entières, le revenu d'une seule année qui n'est pas représentatif ; cependant, même sous le régime de ce nouvel alinéa, il n'est pas exclu qu'un revenu annuel particulièrement élevé ou bas influence le montant des cotisations pendant quatre ans au total, par le fait que – comme ici – le revenu élevé de 1980 est pris en compte entièrement pour l'année de cotisations 1980 et, pour les années de 1981 à 1983, en moyenne avec les revenus plus bas touchés en 1979. Il peut en résulter parfois une différence de cotisations sensible selon la manière dont le revenu de la personne indépendante se répartit sur les différentes années. Le résultat global des cotisations peut différer sensiblement – vers le haut ou vers le bas – de la somme que l'assuré devrait payer si les cotisations sur les revenus totaux des années en question étaient calculées d'après le taux fixé à l'article 8, 1^{er} alinéa, LAVS. Cette conséquence se produit nécessairement, dans des cas tels que le cas présent, lorsque l'on passe de la procédure extraordinaire de calcul des cotisations à la procédure ordinaire. Pour ce motif, et parce que des raisons d'application pratique s'opposent à la promulgation de dispositions spéciales supplémentaires introduisant de nouvelles subtilités, et aussi parce que les règles adoptées n'entraînent pas de résultats vraiment injustes, on ne peut voir ici une violation du principe de l'équité (ATF 107 V 206, consid. 3b, RCC 1982, p. 180 ; ATF 106 V 76, fin du consid. 2 ; RCC 1976, p. 280, fin du consid. 1). De même, il n'y a pas ici de violation de l'article 8, 1^{er} alinéa, LAVS. En effet, le taux de cotisations prévu dans cette disposition se rapporte au revenu d'une activité indépendante calculé d'après l'article 9 LAVS et les dispositions d'exécution promulguées sur cette base légale (4^e al.).

Arrêt du TFA, du 4 février 1986, en la cause U. H.
(traduction de l'allemand).

Articles 8, 1^{er} alinéa, et 9, 4^e alinéa, LAVS; article 25, 3^e alinéa, RAVS. L'application de l'article 25, 3^e alinéa, RAVS peut conduire à une charge de cotisations plus lourde que si une cotisation de 7,8 pour cent était prélevée sur le revenu obtenu pendant l'année de cotisations correspondante. Cette disposition est néanmoins conforme à la loi.

Le TFA, se référant à son arrêt E. M. du 5 novembre 1985, dans lequel il avait déclaré conforme à la loi la charge de cotisations plus lourde dans la procédure selon l'article 25, 4^e alinéa, RAVS, a confirmé sa jurisprudence dans cet arrêt aussi en ce qui concerne la procédure selon l'article 25, 3^e alinéa.

Articoli 8, capoverso 1, e 9, capoverso 4, LAVS; articolo 25, capoverso 3, OAVS. L'applicazione dell'articolo 25, capoverso 3, OAVS può condurre a un onere di contribuzione più gravoso che se fosse prelevato un contributo del 7,8 per cento sul reddito ottenuto durante il corrispondente anno di contribuzione. Tuttavia questa disposizione è conforme alla legge.

Il TFA, riferendosi alla sua sentenza E. M. del 5 novembre 1985, nella quale aveva dichiarato conforme alla legge l'onere di contribuzione più gravoso nella procedura secondo l'articolo 25, capoverso 4, OAVS, ha confermato la propria giurisprudenza in questa sentenza anche per quel che riguarda la procedura secondo l'articolo 25, capoverso 3.

AVS / Compensation de rentes avec des cotisations dues

Arrêt du TFA, du 25 avril 1985, en la cause J. N.
(traduction de l'allemand).

Article 106, 1^{er} alinéa, OJ. Les envois adressés poste restante sont réputés notifiés au moment où ils sont retirés au bureau de poste; si le retrait n'intervient pas pendant le délai de garde d'un mois, l'envoi est réputé notifié le dernier jour de ce délai. (Considérant 2.)

Articles 20, 2^e alinéa, et 11, 2^e alinéa, LAVS. Principes généraux applicables à la compensation (confirmation de la jurisprudence). Lorsque, dans le cadre de la procédure de compensation, l'administration examine d'office la situation financière du débiteur de cotisations et qu'il apparaît que le paiement de la cotisation minimale mettrait celui-ci dans une situation intolérable, elle doit engager la procédure de remise de cotisations prescrite par l'article 11, 2^e alinéa, LAVS. (Considérant 3b.)

S'il résulte d'une instruction complémentaire, consécutive au renvoi de la cause à l'administration, que les revenus du recourant n'ont à aucun moment dépassé le minimum vital selon le droit de la poursuite pour dettes, toute compensation est exclue et la caisse doit restituer les montants déjà compensés durant la procédure de recours; s'il s'avère que la caisse aurait été en droit de compenser, mensuellement, une somme inférieure à celle qu'elle a retenue mais que, dans l'éventualité d'une compensation correctement effectuée jusqu'à concurrence d'un montant plus faible, la dette de cotisations serait déjà éteinte au moment de l'instruction complémentaire, il convient de s'en tenir à la compensation effectivement opérée. (Considérant 4b.)

Articolo 106, capoverso 1, OG. Gli invii indirizzati fermo posta sono ritenuti notificati nel momento in cui sono ritirati all'ufficio postale; se il ritiro non ha luogo nel periodo di giacenza di un mese l'invio si reputa notificato l'ultimo giorno di tale periodo. (Considerando 2.)

Articolo 20, capoverso 2 e articolo 11, capoverso 2, LAVS. Principi generali della compensazione (conferma della giurisprudenza). L'amministrazione, la quale, nell'ambito di un procedimento di compensazione, determinando le condizioni finanziarie del debitore di contributi accerta che il pagamento del contributo minimo rappresenterebbe un onere troppo grave, promuove la procedura di condono dei contributi secondo l'articolo 11, capoverso 2, LAVS. (Considerando 3b.)

Se da accertamenti complementari successivi al rinvio degli atti all'amministrazione, risulta che le entrate del ricorrente non hanno superato in nessun momento il minimo di esistenza stabilito dal diritto esecutivo, ogni compensazione è esclusa e la cassa deve restituire gli importi già compensati durante il procedimento ricorsuale; se risulta che la cassa avrebbe potuto mensilmente compensare un importo inferiore a quello ritenuto, ma che nell'ipotesi di una corretta compensazione dell'importo inferiore il debito contributivo sarebbe già stato estinto nel momento degli accertamenti complementari, è opportuno attenersi alla compensazione effettivamente eseguita. (Considerando 4b.)

L'assuré J. N., né en 1916, est affilié à une caisse de compensation depuis le 1^{er} janvier 1976 en qualité de personne sans activité lucrative. Le 23 juillet 1981, cette caisse a fixé les cotisations pour les années 1976 à 1980 et pour les mois de janvier à mars 1981; cela faisait une somme totale de 750 francs (cotisations minimales). Les recours formés contre les décisions de la caisse à ce sujet sont restés sans résultat (arrêt du TFA du 3 janvier 1983).

Au début d'août 1983, J. N. fut mis aux poursuites pour les cotisations non payées, plus les frais, mais également sans succès.

Depuis le 1^{er} avril 1981, J. N. reçoit une rente ordinaire de vieillesse pour couple qui s'élève à 972 francs par mois. Par décision du 18 août 1983, la caisse l'informe qu'elle compenserait avec ladite rente, en septembre, octobre et novembre 1983, le montant total de sa dette, soit 948 francs (cotisations de

750 francs, frais de sommation et de poursuites). Par la suite, elle déduit de cette rente, au cours de ces trois mois, 316 francs par mois.

Par jugement du 2 juillet 1984, le juge cantonal a rejeté un recours formé contre la décision du 18 août. A la demande de l'assuré, ce juge a envoyé son jugement non pas au domicile, mais «poste restante» sous pli recommandé. Cet envoi n'a cependant pas été retiré jusqu'au 28 avril 1984; la poste le renvoya alors à l'autorité de première instance avec la remarque «envoi non retiré». Ladite autorité tenta une nouvelle notification le 29 août suivant, mais sous pli non recommandé.

J. N. a interjeté recours de droit administratif le 22 septembre 1984 en indiquant qu'il avait reçu le jugement cantonal le 6 septembre. Il a proposé, en substance, que la décision du 18 août 1983 soit annulée.

La caisse et l'OFAS ont conclu au rejet de ce recours.

Le TFA a admis celui-ci et a renvoyé l'affaire à la caisse, pour que celle-ci procède, après examen, dans le sens des considérants suivants:

1. ...

2. a. Selon l'article 106, 1^{er} alinéa, en corrélation avec l'article 132 OJ, le recours de droit administratif doit être déposé devant le TFA dans les trente jours dès la notification de la décision de première instance. Ce délai ne peut être prolongé (art. 33, 1^{er} al., en corrélation avec l'art. 135 OJ). Dans la supputation des délais, le jour duquel le délai court n'est pas compté (art. 32, 1^{er} al., OJ). Selon l'article 32, 3^e alinéa, le délai n'est considéré comme observé que si le recours est parvenu au TFA – ou, à son intention, à la poste suisse – le dernier jour du délai au plus tard.

b. Un envoi recommandé est considéré, en principe, comme notifié au moment où son destinataire le reçoit effectivement. Lorsque le facteur ne peut atteindre le destinataire, il laisse dans la boîte aux lettres ou la case postale de l'ayant droit un avis de retrait, indiquant le délai de garde; l'envoi est alors considéré comme notifié au moment où il est retiré au guichet postal. Si le destinataire ne retire pas l'envoi pendant ce délai (sept jours), la notification est réputée avoir eu lieu le septième et dernier jour du délai (art. 169, 1^{er} al., lettres d et e, de l'ordonnance (1) relative à la loi sur le service des postes, RS 783.01; ATF 104 Ia 466, 100 III 3, 97 III 10; RCC 1974, p. 546; «Droit du travail et AC», 1980, N° 46, p. 113).

Une deuxième expédition éventuelle et la réception ultérieure de l'envoi ne sauraient modifier les règles ci-dessus, étant sans valeur juridique (RCC 1978, p. 101).

c. Les objets de correspondance adressés poste restante – inscrits ou non – sont conservés à l'office de destination pendant un mois (art. 166, 2^e al., lettre a, de ladite ordonnance sur le service des postes). S'ils ne peuvent être remis pensant ce délai, ils sont renvoyés sans retard à l'office d'expédition (art. 169, 1^{er} al., lettre g, et 2^e al., lettre b, de ladite ordonnance).

En ce qui concerne la date de la notification, il faut procéder, s'agissant d'envois poste restante, de la même manière que pour les envois recommandés qui sont adressés au domicile ou au commerce, ou à un autre lieu de séjour, ou encore

au titulaire d'une case postale. L'envoi poste restante est considéré comme notifié au moment où il est retiré au bureau de poste; si ce retrait n'a pas lieu dans le délai de garde, on considère l'envoi comme notifié le dernier jour de ce délai. Le fait que le délai de garde pour les envois poste restante a été fixé à un mois à cause des exigences particulières liées à ce genre de notification, alors que le délai de retrait des envois recommandés, qui ne sont pas remis poste restante, est limité à sept jours ne saurait modifier cette situation juridique.

d. D'après ce qui vient d'être dit, la seconde expédition du jugement cantonal (29 août 1984) est sans importance dans le cas présent. Il faut, bien plutôt, tenir compte du fait que l'autorité de première instance a envoyé son jugement (c'était le 25 juillet 1984) «poste restante»; cet envoi est arrivé le même jour à l'office postal de destination. Le délai de garde d'un mois a donc expiré le 25 août suivant. Peu importe que ce jour ait été un samedi, puisque l'assimilation du samedi aux jours fériés reconnus par l'Etat influence seulement la fin et non pas le début des délais fixés selon le droit fédéral (ATF 108 III 51, consid. 2, et 94 III 87, consid. 1). Le jugement cantonal doit donc être considéré comme notifié le 25 août 1984, dernier jour du délai de garde. Par conséquent, le recours de droit administratif du 22 septembre 1984 a été déposé en observation du délai de 30 jours fixé par l'article 106 OJ; il doit donc être examiné.

3. a. ... (pouvoir d'examen, cf. ATF 104 V 6, consid. 1).

b. Selon l'article 20, 2^e alinéa, LAVS, les cotisations AVS peuvent être compensées avec des rentes AVS échues. Il faut admettre, à ce propos, que cette disposition de la loi a un caractère obligatoire et que la caisse de compensation a non seulement le droit, mais aussi le devoir, dans le cadre des prescriptions légales, de compenser des cotisations dues avec des prestations échues (ATFA 1961, p. 29, RCC 1961, p. 117; RCC 1971, p. 477; arrêt non publié O. du 30 juillet 1982). On peut aussi, selon la pratique, inclure dans la créance de compensation les frais de poursuites et les autres frais d'administration (ATFA 1956, pp. 190 ss, RCC 1956, p. 368; ATFA 1953, p. 288, RCC 1954, p. 190; RCC 1971, p. 477; arrêts non publiés F. du 12 mars 1984 et O. du 30 juillet 1982). La compensation des cotisations dues (que celles-ci soient formatrices de rentes ou non) avec la rente ne peut se faire, cependant, que dans la mesure où la déduction qui affecte les rentes mensuelles ne porte pas atteinte au minimum vital reconnu par le droit des poursuites (ATF 107 V 75, RCC 1983, p. 69, consid. 2; ATF 106 V 137, RCC 1981, p. 320).

Lorsque les revenus de l'assuré ne dépassent pas ce minimum vital, une compensation est exclue. Dans ce cas, la caisse doit, en principe, déclarer irrécouvrables les cotisations et frais d'administration dus (art. 42, 1^{er} al., RAVS). En ce qui concerne les cotisations minimales, il faut appliquer cependant la procédure de remise définie par l'article 11, 2^e alinéa, LAVS (ATF 108 V 49, RCC 1983, p. 197).

En revanche, si les revenus du cotisant dépassent ce minimum, on peut opérer la compensation de manière à ne pas toucher à celui-ci. Lorsque la compensation du montant total n'est pas possible en une seule fois, on l'effectuera par des montants partiels répartis sur quelques mois.

4. a. ...

b. Dans son préavis adressé aux premiers juges, la caisse a allégué que la compensation du montant non payé (948 fr.) avec des parts de 316 francs de 3 rentes mensuelles s'élevant chacune à 972 francs n'avait pas mis l'intéressé dans une situation pénible. Les premiers juges relèvent que le recourant n'a pas allégué une violation de la règle concernant le minimum vital et que cette compensation ne lui impose pas une charge excessive. On peut répliquer que le recourant a allégué, en première instance, son insolvabilité, son faible revenu, le fait qu'il touchait des PC et qu'il était en retard dans le paiement de son loyer; en outre, la caisse a produit un acte de défaut de biens du recourant pour une somme de 890 francs. Il est donc évident que les premiers juges – comme l'administration – se sont fondés sur une constatation des faits manifestement incomplète (art. 105, 2^e al., OJ) lorsqu'ils ont admis que les conditions d'une compensation étaient remplies. Leur jugement, ainsi que la décision de caisse, doivent donc être annulés et l'affaire doit être renvoyée à l'administration pour examen des arguments du recourant.

Si la caisse parvient, en procédant à cette instruction complémentaire, à la conclusion que les revenus du recourant n'ont à aucun moment dépassé le minimum vital selon le droit de la poursuite pour dettes, toute compensation est exclue et elle devra restituer les montants déjà compensés, soit 948 francs. Pour le reste, elle procédera de la manière prévue sous considérant 3b.

Si les revenus dépassent le minimum en question, alors la compensation peut avoir lieu; s'il s'avère que la caisse aurait été en droit de compenser, mensuellement, une somme inférieure à celle qu'elle a retenue mais que, dans l'éventualité d'une compensation correctement effectuée jusqu'à concurrence d'un montant plus faible, la dette de cotisations serait déjà éteinte au moment de l'instruction complémentaire, il convient de s'en tenir à la compensation effectivement opérée: bien que le minimum vital n'ait pas été garanti au recourant dans la compensation effectuée, celui-ci ne se trouve pas, au moment de ladite instruction, dans une situation différente de celle qui se serait présentée en cas de compensation correcte.

5. ...

AI/Conditions d'assurance donnant droit aux prestations

Arrêt du TFA, du 13 juin 1985, en la cause E. H.

Articles 6 et 9 LAI. Clause d'assurance: Droit éventuel à des mesures de réadaptation en faveur d'un mineur, domicilié en Suisse, ayant acquis la nationalité suisse postérieurement à la survenance de l'invalidité et qui, avant sa naturalisation, ne satisfaisait ni aux exigences de l'article 6, 2^e alinéa, ni à celles de l'article 9, 3^e alinéa, LAI.

Articoli 6 e 9 LAI. Presupposto assicurativo. Diritto eventuale a provvedimenti d'integrazione a favore di un minorenne, domiciliato in Svizzera e naturalizzato svizzero successivamente all'insorgere dell'invalidità e che prima della naturalizzazione non adempiva nè le condizioni dell'articolo 6, capoverso 2, nè quelle dell'articolo 9, capoverso 3, LAI.

E. H., domicilié à Lausanne, est né à Mexico, le 9 octobre 1967, d'un père d'origines espagnole, française et mexicaine, et d'une mère d'origine portugaise, au cours d'un séjour professionnel effectué au Mexique par son père, de 1966 à 1969, pour le compte d'une entreprise suisse. Peu après sa naissance, il a souffert de convulsions de type épileptique; au retour de ses parents en Suisse, en mai 1969, son père a sollicité pour lui la prise en charge par l'AI de mesures médicales, qui ont été refusées par décision de la caisse de compensation du 19 décembre 1969, les conditions prévues par l'article 9, 3^e alinéa, LAI n'étant pas réalisées. Cette décision a été confirmée par un jugement du tribunal cantonal des assurances du 3 avril 1970.

E. H. a acquis la nationalité suisse, en même temps que ses parents, le 3 décembre 1974. Depuis lors, il a bénéficié de diverses prestations de l'AI, notamment d'une formation scolaire spéciale. Le 2 septembre 1982, le centre de réadaptation de X a présenté pour lui une demande en vue d'obtenir de cette assurance des mesures médicales (traitement de l'épilepsie et médicaments spécifiques). Par décision du 9 mars 1983, la caisse de compensation précitée les a derechef refusées, considérant que le requérant était «entré en Suisse en qualité d'étranger et porteur d'une affection congénitale», de sorte qu'il fallait admettre – s'agissant de mesures médicales – qu'il n'était pas assuré lors de la survenance de l'invalidité.

Par jugement du 18 juillet 1983, le tribunal cantonal des assurances a rejeté le recours formé contre cet acte administratif par le père d'E. H., qui agissait au nom de ce dernier.

E. H. a interjeté recours de droit administratif contre ce jugement.

La caisse intimée a conclu au rejet du recours. De son côté, l'OFAS a proposé de l'admettre et de renvoyer la cause à la caisse de compensation pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Le TFA a admis ce recours dans le sens des considérants suivants:

1. Selon l'article 128 OJ, le TFA connaît en dernière instance des recours de droit administratif contre des décisions au sens des articles 97 et 98, lettre b à h, OJ, en matière d'assurances sociales. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent en principe être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dès lors qu'aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 110 V 51, consid. 3b, RCC 1985, p. 55, et les références citées).

Il s'ensuit en l'espèce que le TFA ne peut examiner que la question des mesures médicales refusées au recourant par la décision de la caisse de compensation du 9 mars 1983. Dans la mesure où le recourant conclut également à l'octroi d'autres prestations de l'AI, son recours de droit administratif est irrecevable.

2. a. A teneur de l'article 12, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré a droit aux mesures médicales qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle et sont de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou à la préserver d'une diminution notable.

Les assurés mineurs qui n'exercent pas d'activité lucrative doivent être considérés comme invalides lorsque l'atteinte à leur santé aura pour conséquence probable, à l'avenir, une incapacité de gain (art. 5, 2^e al., LAI). Dès lors, selon la jurisprudence, des mesures médicales appliquées à de jeunes gens peuvent tendre de manière prédominante à la réadaptation professionnelle et être prises en charge par l'AI, malgré le caractère encore momentanément labile de l'affection, lorsque, à défaut de ces mesures, il n'y aurait qu'une guérison imparfaite, ou qu'il subsisterait un état stabilisé défectueux qui entraverait la formation professionnelle ou la capacité de gain, voire toutes les deux (ATF 105 V 20, RCC 1979, p. 556). Cependant, dans ce cas également, la prise en charge de mesures médicales présuppose que celles-ci ne ressortissent pas d'emblée au domaine de l'assurance-maladie, c'est-à-dire qu'il ne doit pas s'agir, par exemple, de mesures qui doivent être appliquées durant une période illimitée, destinées au traitement de l'affection comme telle, et qui, par conséquent, ne tendent pas de manière prédominante à la réadaptation (ATF 100 V 107, RCC 1974, p. 549, consid. 2; RCC 1981, p. 520, consid. 3b).

b. Dans son préavis, l'OFAS estime que l'état de santé du recourant «ne laisse pas présumer une capacité de gain future», de sorte que d'éventuelles mesures médicales ne peuvent pas lui être accordées en vertu de l'article 12 LAI. Au vu des pièces dont on dispose au dossier, notamment d'un rapport du professeur B. du 31 août 1982, cette appréciation paraît fondée. Quoi qu'il en soit, il est indéniable que les mesures prétendues ont pour objet le traitement de l'affection comme telle et qu'elles ne permettraient de toute façon pas d'aboutir à une guérison ou à un état stabilisé. En effet, aux termes du rapport précité, le recourant souffre d'arriération mentale moyenne sur atteinte organique (anoxie néonatale), d'hypsarythmie et de psychotisation secondaire; le traitement médical dont il a besoin consiste en des contrôles de l'évolution de l'épilepsie, ainsi que des contrôles psychiatriques, qui seront nécessaires «pour plusieurs années». Par conséquent, il s'agit d'un traitement quasi permanent de l'affection comme telle, qui ne tend pas de manière prépondérante à la réadaptation. Le recourant ne peut donc pas bénéficier de mesures médicales selon l'article 12 LAI, et cela indépendamment du point de savoir s'il était ou non assuré au moment de la survenance de l'invalidité. Dès lors, l'octroi éventuel de telles mesures ne peut entrer en ligne de compte qu'en application de l'article 13 LAI.

3. a. Selon l'article 13 LAI, les assurés mineurs ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales (1^{er} al.). Le Conseil fédéral

désigne les infirmités donnant lieu à de telles mesures. Il peut exclure la prise en charge du traitement d'infirmités peu importantes (2^e al.). Se fondant sur cette délégation de compétence, et conformément à l'article 3 RAI, le Conseil fédéral a édicté l'OIC du 20 octobre 1971. Aux termes de l'article 1^{er}, 1^{er} alinéa, OIC, sont réputées infirmités congénitales au sens de l'article 13 de la loi des infirmités qui existent à la naissance accomplie de l'enfant et sont mentionnées dans la liste figurant à l'article 2, ou qui sont désignées ultérieurement comme telles par le Département fédéral de l'intérieur selon l'article 3, 2^e alinéa. Le moment où une infirmité congénitale est reconnue comme telle n'importe pas. La prédisposition à une maladie n'est pas réputée infirmité congénitale. Selon les chiffres 387 à 389 de l'ordonnance précitée, certaines formes de l'épilepsie sont reconnues comme infirmités congénitales.

b. Tant la décision litigieuse que le jugement entrepris se fondent sur l'idée que les troubles actuellement invoqués par le recourant sont en relation avec l'affection constatée peu après la naissance de ce dernier et que cette affection présente en outre les caractéristiques d'une infirmité congénitale au sens des dispositions rappelées ci-dessus. Les pièces du dossier ne permettent toutefois pas de répondre de manière définitive à ces questions. A cet égard, le recourant allègue qu'il était guéri en 1972 déjà et que «la détérioration ultérieure de la santé n'est pas due à une infirmité congénitale». Si tel était le cas, le traitement litigieux ne relèverait de toute façon pas de l'AI: par définition, il ne tomberait pas sous le coup de l'article 13 LAI et ne pourrait pas non plus, ainsi qu'on l'a vu, être pris en charge en vertu de l'article 12 LAI. Pour sa part, l'OFAS, qui rapporte l'opinion de son service médical, est de l'avis (sans toutefois se prononcer sur l'existence d'une infirmité congénitale) que l'épilepsie est en l'occurrence demeurée, après 1972, dans une «phase latente». Sur le plan médical, une instruction complémentaire s'avérerait donc nécessaire. Mais, préalablement, il convient d'examiner si, dans l'éventualité envisagée par l'administration et par les juges cantonaux, le refus de la caisse se justifierait déjà par le fait que, selon les termes de la décision du 9 mars 1983, le recourant est «entré en Suisse en qualité d'étranger». Ce refus pose ainsi le problème de l'exigence relative à la *clause d'assurance*, à laquelle est en principe subordonné le droit aux prestations de l'AI.

c. Selon l'article 6, 1^{er} alinéa, LAI, les ressortissants suisses, les étrangers et les apatrides ont droit aux prestations de l'AI, sous réserve de l'article 39, s'ils sont assurés lors de la survenance de l'invalidité. Les étrangers et les apatrides n'ont droit aux prestations, sous réserve de l'article 9, 3^e alinéa, qu'aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile civil en Suisse et que si, lors de la survenance de l'invalidité, ils comptent au moins dix années entières de cotisations ou quinze années ininterrompues de domicile en Suisse (2^e al.).

En ce qui concerne le droit à des mesures de réadaptation – dont font partie les mesures médicales – en faveur de mineurs étrangers ou apatrides, l'article 9, 3^e alinéa, LAI dispose ce qui suit:

«Les étrangers et apatrides, mineurs, qui ont leur domicile civil en Suisse, ont droit aux mesures de réadaptation s'ils remplissent eux-mêmes les conditions prévues à l'article 6, 2^e alinéa, ou si:

a. leur père ou mère est assuré et, lorsqu'il s'agit d'étrangers ou d'apatrides, compte au moins dix années entières de cotisations ou quinze années ininterrompues de domicile civil en Suisse lors de la survenance de l'invalidité, et si b. eux-mêmes sont nés invalides en Suisse ou, lors de la survenance de l'invalidité, résident en Suisse sans interruption depuis une année au moins ou depuis leur naissance.»

d. En vertu de la jurisprudence, l'invalidité est réputée survenue, lorsque des mesures médicales sont en cause, au moment où l'infirmité constatée rend objectivement nécessaire, pour la première fois, un traitement médical ou un contrôle permanent; c'est le cas lorsque la nécessité du traitement ou du contrôle commence à de faire sentir et qu'il n'y a pas de contre-indication (ATF 105 V 60, consid. 2a, RCC 1979, p. 488, et arrêts cités).

Dans le cas particulier, il ressort du rapport du professeur B., déjà mentionné, que le recourant a été traité au Mexique, en octobre 1968, en raison de convulsions épileptiques, et qu'il a ensuite subi des examens détaillés, de juin à juillet 1969, peu après sa venue en Suisse au mois de mai précédent. Son père a alors requis pour lui des mesures médicales, qui ont été à juste titre refusées par la décision du 19 décembre 1969. Il est en effet indéniabie que le recourant ne remplissait pas les conditions prévues par l'article 9, 3^e alinéa, lettre b, LAI, qui lui étaient alors applicables, comme l'a constaté le tribunal cantonal des assurances dans son jugement du 3 avril 1970.

La naturalisation du recourant, en 1974, ne change rien au fait que les conditions d'assurance doivent être remplies au moment de la survenance de l'invalidité, ainsi que le TFA a eu l'occasion de le dire à propos de Suissesses ayant acquis la nationalité suisse par mariage (ATF 108 V 64, RCC 1983, p. 141, consid. 4b; RCC 1979, p. 120). A cet égard, le recourant se prévaut en vain de la jurisprudence selon laquelle un enfant de nationalité étrangère, adopté par un Suisse, peut prétendre des mesures de réadaptation dès le moment de l'adoption, même si l'événement assuré est survenu avant cette adoption. En effet, l'enfant adopté acquiert, selon l'article 267, 1^{er} alinéa, CCS, le statut juridique d'un enfant de ses parents adoptifs, de sorte qu'il doit être considéré, du point de vue du droit des assurances sociales, comme l'enfant issu de ces derniers; en revanche, en cas de naturalisation, il n'existe pas de norme légale qui permette de s'écarter des principes applicables en cette matière (cf. ATF 106 V 164, consid. 3, RCC 1981, p. 80; RCC 1983, p. 143).

Ainsi donc, si l'on devait en l'espèce se placer dans la situation de fait et de droit retenue par l'administration et par les juges cantonaux, il faudrait considérer que, pas plus qu'il ne remplissait, avant sa naturalisation, les conditions prévues par l'article 9, 3^e alinéa, LAI, le recourant ne satisfait aujourd'hui aux exigences de l'article 6, 1^{er} alinéa, LAI, en ce qui concerne l'octroi de mesures médicales tout au moins.

4. a. Nonobstant ce qui précède, l'OFAS propose, dans son préavis, d'admettre le recours et de renvoyer la cause à l'administration pour instruction complémentaire aux fins de vérifier si l'infirmité invoquée est bien d'origine congénitale. En effet, il estime que, le cas échéant, le droit à des mesures médicales

devrait être reconnu au recourant en se fondant sur l'article 9, 2^e alinéa, première phrase, LAI.

b. L'article 9, 2^e alinéa (anciennement 3^e alinéa), LAI constitue une exception à la règle selon laquelle le droit aux prestations est soumis à la clause d'assurance (sur d'autres exceptions, voir Ineichen, *Der Rechtsanspruch auf Eingliederungsmassnahmen nach Schweizerischem Invalidenversicherungsrecht*, thèse Fribourg 1966, pp. 42 ss). Dans son message à l'Assemblée fédérale relatif à un projet de loi sur l'AI ainsi qu'à un projet de loi modifiant celle sur l'AVS, du 24 octobre 1958, le Conseil fédéral a motivé l'introduction de cette norme par le fait qu'il convenait de prévoir un régime particulier pour les enfants de ressortissants suisses à l'étranger qui ne peuvent adhérer à l'assurance facultative (FF 1958 II 1195). L'exposé de ces motifs a été rappelé dans l'arrêt V. M. (ATFA 1962, p. 108, RCC 1962, p. 468). Lors de la création de l'AI, au stade des délibérations des experts, il était en effet question d'exclure la possibilité pour les mineurs d'adhérer à l'assurance facultative (rapport de la sous-commission II au plenum de la commission d'experts, du 30 avril 1956). Une telle limitation n'a cependant pas été retenue, l'article 2 LAVS ne fixant par ailleurs pas d'âge minimum à l'adhésion (voir également le chiffre 12 des directives de l'OFAS concernant l'assurance facultative des ressortissants suisses résidant à l'étranger). Les motifs rappelés ci-dessus sont donc inexacts: en réalité, l'existence d'une réglementation particulière pour les enfants de ressortissants suisses à l'étranger a été justifiée par le fait qu'il est logique d'accorder des mesures de réadaptation à des personnes qui peuvent; le cas échéant, prétendre ultérieurement une rente ordinaire ou extraordinaire (priorité de la réadaptation sur la rente; rapport de la sous-commission IV au plenum de la commission, du 23 mai 1956).

c. Par rapport au principe fondamental selon lequel, en matière d'assurances, l'intéressé doit être assuré au moment où l'événement dont on craint la survenance se produit, l'article 9, 2^e alinéa, LAI a le caractère d'une *loi spéciale*, qui régit un état de fait bien particulier, à savoir le cas des mineurs qui sont des ressortissants suisses et sont domiciliés à l'étranger. On ne saurait donc, par la voie de l'interprétation, étendre le champ d'application de cette norme à d'autres éventualités qui ne sont pas expressément visées par celle-ci. C'est dire que l'article 9, 2^e alinéa, LAI ne souffre guère d'être interprété de manière extensive et qu'il ne permet donc pas, *en lui-même*, de résoudre le présent litige dans le sens préconisé par l'OFAS.

Cela étant, on pourrait certes déduire des articles 6, 1^{er} alinéa, et 9, 3^e alinéa, LAI que le droit à des mesures de réadaptation ne peut pas être reconnu à un mineur domicilié en Suisse, ayant acquis la nationalité suisse postérieurement à la survenance de l'invalidité et qui, avant sa naturalisation, ne satisfaisait pas aux conditions d'assurance. Mais il faudrait alors constater, eu égard à l'article 9, 2^e alinéa, LAI, que l'enfant de parents suisses domiciliés à l'étranger serait mieux traité, sous l'angle de la réadaptation, que l'enfant de parents suisses domiciliés en Suisse, ce qui ne serait pas soutenable du point de vue de l'équité. Semblable raisonnement conduirait en outre à des situations illogi-

ques, voire absurdes. C'est ainsi qu'il suffirait en l'espèce que les parents du recourant se créent un domicile à l'étranger pour que cela entraîne l'obligation de l'AI d'accorder au recourant des mesures de réadaptation, s'il venait à résider en Suisse afin de s'y soumettre.

En vérité, il y a lieu de considérer que, par les articles 6, 1^{er} alinéa, et 9, 2^e alinéa, LAI, le législateur a voulu viser *tous* les ressortissants suisses mineurs, soit les mineurs assurés en vertu de l'article 1^{er} LAI, qui reconnaît la qualité d'assurés aux personnes affiliées à titre obligatoire ou à titre facultatif selon les articles 1^{er} et 2 LAVS, d'une part, et, d'autre part, ceux qui sont domiciliés à l'étranger et qui, précisément, ne remplissent pas la condition d'assurance. Cependant, il n'a eu en vue que les mineurs suisses de naissance et il n'a assurément pas eu conscience de la situation particulière qui pouvait résulter de l'acquisition par naturalisation de la nationalité suisse et pour laquelle la LAI ne fournit pas de réponse. On doit ainsi constater que la loi est entachée d'une pure lacune, qu'il convient de combler conformément aux principes exprimés par l'article 1^{er}, 2^e et 3^e alinéas, CCS. Or, il n'est pas douteux que si le législateur avait envisagé, quant au problème ici en discussion, l'éventualité de la naturalisation, il aurait également admis – pour les mêmes motifs qui ont présidé à l'adoption de l'article 9, 2^e alinéa, LAI – de faire abstraction de la clause d'assurance en présence de mineurs domiciliés en Suisse et qui se trouvent dans la situation de fait et de droit décrite ci-dessus.

Il est vrai que la volonté d'accorder des mesures de réadaptation à des personnes qui peuvent, le cas échéant, prétendre ultérieurement une rente ne s'est pas concrétisée en ce qui concerne les mineurs étrangers et apatrides, compte tenu des conditions énoncées par l'article 9, 3^e alinéa, LAI; mais, dans ce cas, le législateur entendait prévenir d'éventuels abus, en ce sens qu'il a voulu éviter que des ressortissants étrangers ne fassent venir en Suisse leur enfant invalide aux seules fins de le faire bénéficier des prestations de l'AI (Ineichen, op. cit., p. 44, note 12; de Capitani, Die Voraussetzungen für den Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, thèse Zurich 1966, p. 95) Or, comme on l'a vu, il n'a pas eu de préoccupations de cet ordre pour ce qui est des mineurs qui sont ressortissants suisses.

d. En conclusion, on doit admettre que le mineur naturalisé suisse et domicilié en Suisse a droit à des mesures de réadaptation indépendamment des exigences prescrites par les articles 6, 1^{er} alinéa, et 9, 3^e alinéa, LAI; un tel droit existe – toutes autres conditions étant réunies – à partir du moment de l'acquisition de la nationalité (cf. ATF 106 V 164, RCC 1981, p. 83), soit, en règle ordinaire, à partir de la date du décret de naturalisation du Grand Conseil du canton concerné.

5. Cela étant, il s'impose de renvoyer la cause à l'administration pour qu'elle procède à une instruction complémentaire sur le point de savoir si le recourant souffre ou non d'une infirmité congénitale et statue à nouveau sur les mesures médicales prétendues, conformément aux considérants qui précèdent.

AI/Moyens auxiliaires

Arrêt du TFA, du 17 janvier 1986, en la cause D. A.
(traduction de l'allemand).

Article 21, 2^e alinéa, LAI; chiffre 11.07 de l'annexe de l'OMAI. Un assuré remplit les conditions énumérées sous chiffre 11.07 de l'annexe de l'OMAI pour la remise de lunettes-loupes lorsqu'il doit, à cause de son grave handicap de la vue, recourir à ce moyen auxiliaire pour pouvoir lire et assimiler des textes d'une certaine longueur, imprimés en caractères de grandeur normale.

Articolo 21, capoverso 2, LAI; numero 11.07 dell'allegato dell'OMAI. Un assicurato soddisfa alle condizioni enumerate sotto il numero 11.07 dell'allegato dell'OMAI per la consegna di occhiali lente se, a causa della sua grave debolezza della vista, deve ricorrere a questo mezzo ausiliare per poter leggere ed assimilare dei testi di una certa lunghezza, stampati a caratteri di grandezza normale.

D. A., né en 1967, souffre de nystagmus congénital et d'amblyopie bilatérale (faiblesse de la vue). En avril 1984, il a demandé à l'AI de lui remettre des lunettes-loupes. Par décision du 15 octobre suivant, la caisse de compensation a rejeté cette demande; elle a motivé ce refus en alléguant que de telles lunettes étaient remises par l'AI, en vertu du chiffre 11.07 de l'annexe de l'OMAI, uniquement lorsqu'un assuré, souffrant d'une grave faiblesse de la vue, ne peut lire qu'avec ce moyen auxiliaire. Or, D. A. était capable de lire sans lui.

Le recours formé par le père de l'assuré a été admis par l'autorité cantonale (jugement du 30 mai 1985), qui a annulé la décision et renvoyé l'affaire à l'administration pour complément d'instruction. Dans ses motifs, ladite autorité a déclaré principalement que les lunettes en question sont un appareil de lecture au sens du chiffre 11.06* OMAI annexe, à la remise duquel l'assuré a droit s'il lui est nécessaire pour exercer une activité couvrant ses besoins, pour recevoir une formation scolaire ou une formation professionnelle. L'administration devait déterminer si l'une de ces conditions était remplie dans le cas présent.

La caisse a interjeté recours de droit administratif en concluant à l'annulation de ce jugement. On reviendra sur ces motifs, dans la mesure où cela sera nécessaire, dans les considérants ci-après.

L'assuré et l'OFAS ont proposé que le jugement cantonal et la décision soient annulés, et plaise à la Cour constater qu'un droit à la remise de lunettes-loupes par l'AI existait en l'espèce.

Le TFA a rejeté le recours pour les motifs suivants:

1. La décision de renvoi du tribunal de première instance est une décision finale qui peut être attaquée séparément par la voie du recours de droit administratif

(ATFA 1967, p. 189, consid. 1). Il faut donc examiner le présent recours. Dans la mesure où l'intimé présente, par voie de préavis, des propositions qui vont au-delà du rejet de recours de droit administratif, il ne s'agit pas de conclusions formelles. En effet, la procédure de recours en dernière instance ne connaît pas l'institution du «recours joint», par lequel des propositions indépendantes pourraient être présentées. Le TFA peut cependant, lorsque le litige concerne l'octroi ou le refus de prestations d'assurance s'écarter des conclusions des parties, à l'avantage ou au détriment de celles-ci (art. 132, lettre c, OJ). Rien n'empêche par conséquent la partie intimée de développer dans sa réponse au recours une argumentation qui conduira éventuellement le juge à réformer à son avantage la décision entreprise (ATF 106 V 248, consid. 1; RCC 1984, p. 286).

2. Selon l'article 21, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré a droit, d'après une liste que dressera le Conseil fédéral, aux moyens auxiliaires dont il a besoin pour exercer une activité lucrative ou accomplir ses travaux habituels, pour étudier ou apprendre un métier ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle. Selon le 2^e alinéa, l'assuré qui, par suite de son invalidité, a besoin d'appareils coûteux pour se déplacer, établir des contacts avec son entourage ou développer son autonomie personnelle, a droit, sans égard à sa capacité de gain, à de tels moyens auxiliaires conformément à une liste qu'établira le Conseil fédéral.

La compétence d'établir une liste des moyens auxiliaires et d'édicter des prescriptions plus détaillées au sens de l'article 21, 4^e alinéa, LAI a été déléguée par le Conseil fédéral, à l'article 14 RAI, au Département de l'intérieur, qui a promulgué l'ordonnance sur la remise de moyens auxiliaires par l'AI (OMAI) avec une liste de ces moyens. Selon l'article 2 OMAI, un droit à ceux-ci existe, dans les limites fixées par la liste en annexe, en faveur des assurés qui en ont besoin pour se déplacer, établir des contacts avec leur entourage ou développer leur autonomie personnelle (1^{er} al.); l'assuré n'a droit aux moyens auxiliaires désignés dans cette liste par un astérisque (*) que s'il en a besoin pour exercer une activité lucrative ou accomplir ses travaux habituels, pour étudier ou apprendre un métier ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle ou encore pour exercer l'activité nommément désignée à propos de certains moyens auxiliaires énumérés (2^e al., dans la teneur valable dès le 1^{er} janvier 1983).

Le chiffre 11 de l'OMAI annexe, dans la teneur qu'il avait à l'époque ici déterminante, celle de la décision attaquée (1984), prévoit, sous le titre «Moyens auxiliaires pour les aveugles et les graves handicapés de la vue», entre autres la prise en charge des moyens auxiliaires suivants par l'AI:

«11.06 * Appareils de lecture, lorsque les aveugles ou les graves handicapés de la vue en ont besoin durablement pour exercer une activité couvrant leurs besoins, pour leur scolarisation ou pour leur formation.

11.07 Lunettes-loupes, destinées aux graves handicapés de la vue qui ne peuvent lire que par ce moyen.»

3. a. L'autorité de première instance a nié le droit de l'intimé à la remise de lunettes-loupes en se référant au chiffre 11.07 de l'OMAI annexe. Elle a estimé cependant que le moyen auxiliaire demandé était un appareil de lecture au sens

du chiffre 11.06* de cette même ordonnance. La caisse, quant à elle, prétend que le droit à la remise de lunettes-loupes peut découler seulement du chiffre 11.07 de cette ordonnance; toutefois, l'intimé étant capable de lire aussi sans cet accessoire, les conditions du droit ne seraient pas remplies.

b. Il faut donner raison à la caisse en tout cas sur un point: le droit en question doit être examiné uniquement d'après le chiffre 11.07 de l'OMAI annexe, étant donné que les lunettes-loupes ne constituent pas un appareil de lecture au sens du chiffre 11.06* de cette ordonnance; par «appareil de lecture», il faut, selon la pratique administrative, entendre un appareillage technique (Macrolector, Magnivision; voir le N° 11.06.4* des directives sur la remise des moyens auxiliaires, valables dès le 1^{er} janvier 1984). En revanche, on ne peut partager l'opinion de la caisse lorsqu'elle dit que, selon le chiffre 11.07 OMAI annexe, un droit à la remise de ces lunettes par l'AI n'appartient qu'aux assurés qui, sans cet accessoire, ne pourraient pas lire du tout. Ainsi que l'OFAS le relève à bon droit, un assuré remplit les conditions prévues sous ce chiffre 11.07 pour la remise de lunettes-loupes lorsqu'il doit, à cause de son grave handicap de la vue, recourir à ce moyen auxiliaire pour pouvoir lire et assimiler des textes d'une certaine longueur, imprimés en caractères de grandeur normale.

c. L'intimé souffre d'une grave faiblesse de la vue. Selon un rapport du docteur H., oculiste, du 26 avril 1983, la vue à distance (non corrigée) est de 0,05 des deux côtés (corrigée: 0,1), tandis que la vue à courte distance se situe, après correction, entre 0,2 et 0,3. En outre, l'attestation du même médecin, du 14 août 1984, et la lettre du «Blindenleuchtturm» de Zurich à l'Office régional AI, du 21 juin 1984, indiquent que l'intimé est en mesure de lire des textes d'une certaine longueur, écrits en caractères de grandeur normale, seulement à l'aide de lunettes-loupes. Les conditions du droit à la remise de telles lunettes par l'AI sont donc remplies.

AVS/AI. Contentieux

Arrêt du TFA, du 23 octobre 1985, en la cause M. E.
(traduction de l'allemand).

Article 85, 2^e alinéa, lettre c, LAVS; articles 7 ss, 12, 52, 1^{er} alinéa, 58 et 62, 4^e alinéa, PA. Dans la procédure cantonale de recours, la maxime de l'intervention et le principe de l'application du droit sont valables d'office. Cependant, par analogie avec la loi sur la procédure administrative, ces principes ne sont pas valables d'une manière illimitée. Dans le cadre de l'obligation de collaborer, on observera notamment le principe du grief, selon lequel l'autorité de recours n'examine en principe que les points incriminés.

Articolo 85, capoverso 2, lettera c, LAVS; articoli 7 segg., 12, 52 capoverso 1, 58 e 62, capoverso 4, PA. Nella procedura cantonale di ricorso la massima inquisitoria e il principio dell'applicazione del diritto sono validi d'ufficio. Tuttavia, per analogia con la legge sulla procedura amministrativa, questi principi non sono validi in modo illimitato.

Nell'ambito dell'obbligo di collaborare, si osserverà specialmente il principio di censura, secondo il quale l'autorità di ricorso, per principio, esamina solo i punti incriminati.

Par deux décisions rendues le 21 juin 1984, la caisse de compensation a perçu de M. E., pour 1982 et 1983, des cotisations personnelles sur un revenu de 760 500 francs. Ces décisions étaient fondées sur une communication de l'administration cantonale de l'IDN¹.

L'assuré a recouru contre ces deux décisions. Il a rappelé qu'il avait fait opposition contre la taxation de l'impôt fédéral direct en alléguant «qu'un bénéficiaire immobilier sur une fortune d'enfants pour lequel ces enfants ont été taxés valablement en matière d'impôts cantonaux ne peut être additionné au revenu tiré de l'activité lucrative du père»; en outre, il avait été contesté «que le gain revenant aux enfants lors de la vente des immeubles en question puisse être soumis à l'impôt sur le revenu». L'assuré a demandé que les cotisations soient fixées non pas sur la base de la communication fiscale, «mais conformément aux données fournies dans sa déclaration d'impôts (revenu de 1979: 304 634 fr., de 1980: 279 644 fr.)».

Saisie de l'opposition faite en procédure de taxation fiscale, l'administration de l'IDN établit, en date du 13 septembre 1984, une nouvelle communication fiscale qui servit de base à la caisse de compensation pour rendre deux décisions rectifiées, le 16 octobre 1984, concernant les années 1982 et 1983. Dans ces deux décisions, le revenu annuel déterminant fut fixé à 21 500 francs. Se fondant sur elles, la commission de recours déclara le recours sans objet (19 octobre 1984). Sa décision a passé en force sans avoir été attaquée.

D'autre part, l'assuré a recouru, en date du 31 octobre 1984, contre les décisions du 16 octobre en proposant que les bénéfices immobiliers réalisés par lui en 1979 et 1980 ne soient pas pris en compte dans le calcul du revenu déterminant. Les immeubles en question faisaient partie de sa fortune privée et ne figuraient pas dans les bilans et les comptes de résultats de son entreprise. La commission de recours estima que ces immeubles appartenaient à la fortune commerciale, si bien que le recours devait être rejeté. En outre, elle déclara ce qui suit dans son jugement du 7 février 1985:

«Les cotisations qui sont l'objet du présent recours étaient déjà mentionnées dans les anciennes décisions. Le recourant n'a pas allégué, dans son ancien recours, que les bénéfices immobiliers ne représentent pas un revenu soumis à cotisations. En faisant preuve de l'attention nécessaire, il aurait pu produire, déjà dans son premier recours, les arguments qu'il fait valoir maintenant. Le

¹ Cet impôt est nommé «impôt fédéral direct» depuis le 1^{er} janvier 1984.

présent recours se révèle par conséquent aussi tardif, si bien qu'il ne peut être examiné.»

Finalement, la commission de recours a décidé que le recours était rejeté «dans la mesure où il y avait lieu de l'examiner».

L'assuré a renouvelé, par la voie du recours de droit administratif, sa demande présentée en première instance. Voici un extrait des considérants du TFA:

2. La commission de recours a traité le cas, avant tout, quant au fond et a motivé sa décision dans ce sens que les immeubles doivent, selon elle, être rattachés à la fortune commerciale; par conséquent, les revenus qui en sont tirés sont à considérer comme le revenu d'un travail. A titre secondaire, elle a déclaré que le recourant aurait pu produire ses arguments concernant les produits de ces immeubles déjà dans son recours du 23 juillet 1984 contre les anciennes décisions du 21 juin 1984. Le recours du 31 octobre de cette même année serait donc tardif et ne devrait par conséquent pas être examiné.

La caisse de compensation relève à bon droit, dans sa réponse au recours de droit administratif, que cette manière de procéder n'est pas correcte. Il faut, normalement, commencer par trancher la question de l'entrée en matière; s'il faut nier la possibilité d'entrer en matière, alors on renonce à prendre une décision sur la question matérielle, ce qui toutefois n'exclut pas, selon la pratique, une allusion à la situation juridique matérielle dans les considérants.

3. En ce qui concerne l'entrée en matière dans la procédure de recours cantonale, il faut se demander si le recourant s'est déjà opposé, dans son recours du 23 juillet, à la prétendue inclusion des revenus tirés de ses immeubles privés, ou si l'autorité de première instance aurait dû, alors, examiner d'office ce point d'après le dossier. Si tel n'était pas le cas, il faudrait se poser une autre question: le recourant pouvait-il encore, dans son recours du 31 octobre formé contre les décisions modifiées du 16 octobre, faire valoir ce grief?

Dans la procédure cantonale de recours, la maxime de l'intervention (art. 85, 2^e al., lettre c, LAVS) et le principe de l'application du droit sont valables d'office, y compris la possibilité de modifier le jugement attaqué à l'avantage ou au détriment de la partie recourante. Etant donné que les mêmes principes se trouvent aussi dans la PA, on peut renvoyer à la jurisprudence concernant ce point, bien que ladite loi ne soit pas applicable à la procédure cantonale. Dans l'arrêt W. P. (ATF 110 V 52, consid. 4 = RCC 1985, p. 56), le TFA a déclaré ce qui suit à propos de ces principes:

Dans la procédure suivie devant la commission fédérale de recours AVS/AI pour les assurés à l'étranger, procédure qui est régie par la PA, il faut observer aussi les règles générales de la procédure (chap. II, art. 7 ss, PA; Saladin, Das Verwaltungsverfahrenrecht des Bundes, pp. 92 et 163). Selon l'article 12 PA, l'autorité constate les faits d'office. Selon l'article 62, 4^e alinéa, de la même loi, les motifs invoqués à l'appui du recours ne lient en aucun cas l'autorité de recours. Sont donc valables la maxime de l'intervention et le principe de l'application du droit effectuée d'office (Saladin, pp. 113 ss). La maxime de l'intervention signifie que l'administration et le juge doivent d'eux-mêmes se charger

d'établir les faits déterminants d'une manière exacte et complète (ATF 104 V 211, fin du consid. b, 97 V 177, 96 V 95 ss; ATFA 1967, pp. 144 ss; RCC 1979, p. 79, fin du consid. 2b; RJAM 1982, N° 492, p. 143, et N° 496, p. 158; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2^e éd., p. 206). Le principe de l'application du droit effectuée d'office oblige le juge à appliquer aux frais constatés la règle de droit qu'il considère comme pertinente et à donner à cette règle l'interprétation dont il est convaincu qu'elle est la meilleure (Gygi, ouvrage cité, p. 212).

Ces deux principes ne sont toutefois pas valables d'une manière illimitée. Ils trouvent leur corrélation dans les diverses obligations des parties (art. 13 PA), notamment dans l'obligation d'indiquer les motifs (art. 52, 1^{er} al., PA; cf. ATF 104 V 211, consid. b, et 97 V 173, RCC 1972, p. 479; Gygi, pp. 208 ss; Saladin, p. 119; Pfeiffer, Der Untersuchungsgrundsatz und die Officialmaxime im Verwaltungsverfahren, pp. 123 ss). On tiendra compte en outre du principe du grief, selon lequel l'autorité de recours n'a pas à examiner si la décision attaquée se révèle correcte sous tous ses aspects entrant en considération; elle doit, bien plutôt, considérer seulement les griefs présentés (Gygi, pp. 241 ss; Jost, Zum Rechtsschutz im Wirtschaftsverwaltungsrecht, Revue de droit suisse 101/1982 II, p. 513). Ces principes servent à opérer une différenciation entre deux secteurs de la jurisprudence (Gygi, pp. 44 et 213). En résumé, on peut dire que l'autorité de recours n'effectue ou n'ordonne des instructions complémentaires, et n'examine des questions de droit non soulevées par les parties, que si elle a des raisons suffisantes pour le faire, compte tenu des arguments présentés par les parties ou d'autres indices ressortant du dossier.

4. a. Dans le recours de droit administratif, il est rappelé que le recourant n'a pas seulement critiqué l'inclusion du revenu des enfants, mais qu'il a demandé aussi la fixation des cotisations «selon les données de l'opposant dans sa déclaration d'impôts»; c'est là un fait important. En agissant ainsi, il n'a «en tout cas pas préjugé lui-même de la prise en compte du produit de l'immeuble dans le calcul des cotisations AVS». Ce faisant, le recourant veut apparemment alléguer qu'il a contesté, déjà dans le premier recours contre les anciennes décisions de cotisations, l'inclusion des produits des immeubles privés.

Un grief servant à motiver un recours ne peut être reconnu que si la teneur ou du moins le sens du mémoire de recours indique, avec une clarté suffisante, ce que le recourant entend, concrètement, contester. La proposition citée par le recourant, formulée dans le recours du 23 juillet, disait ceci:

«La décision concernant les cotisations personnelles AVS/AI/APG pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 1983 devrait être fondée non pas sur la communication d'impôt fédéral pour la 21^e période, mais sur les données fournies par l'opposant dans sa décision d'impôts (revenu de 1979: 304 634 fr.; de 1980: 279 644 fr.).»

Dans la motivation de son recours, l'assuré a répété entre autres les propositions faites dans son opposition du 27 juin 1984 à la taxation d'impôt fédéral direct en concluant de la manière suivante:

«Il faut se fonder, pour l'imposition, sur les données fournies par l'opposant dans sa déclaration d'impôts (revenu de 1979: 304 634 fr.; de 1980: 279 644 fr.);

il faut en outre renoncer à une imposition de bénéfices immobiliers des enfants dans le revenu de l'opposant;

A titre éventuel, au cas où l'autorité maintiendrait qu'il existe une obligation de payer des impôts sur les bénéfices immobiliers en matière d'impôt fédéral direct, les trois enfants de l'opposant devraient être taxés séparément par voie de décision sujette à recours.»

A ce propos, l'assuré a allégué, dans l'essentiel, ce qui suit:

«Dans le cadre de l'opposition – dont une copie est jointe et qui fait partie intégrante de ce recours – à la taxation d'impôt fédéral direct pour la 21^e période, il a été allégué, en principe, qu'un bénéfice immobilier sur la fortune d'enfants pour lequel ces enfants ont été taxés valablement en matière d'impôts cantonaux ne peut être additionné au revenu du travail du père. En outre, il a été contesté que le gain versé aux enfants lors de la vente de l'immeuble puisse, d'une manière générale, être soumis à l'impôt sur le revenu.»

De ces déclarations, on ne peut manifestement pas conclure que le recourant ait entendu critiquer aussi l'inclusion de propres bénéfices immobiliers privés. Il ressort d'une manière particulièrement claire de l'acte d'opposition fiscale, joint au recours du 23 juillet et considéré comme partie intégrante de celui-ci, que le recourant tenait alors uniquement à exclure les revenus des enfants.

b. Le recourant semble en outre exprimer, dans son recours de droit administratif, que l'autorité de première instance aurait dû examiner d'office la question de la séparation des bénéfices immobiliers privés selon le principe de la légalité de tout acte administratif. Selon l'arrêt W. P. (ATF 110 V 52, RCC 1985, p. 53), cependant, elle n'aurait été tenue de le faire – à défaut d'un grief expressément ou implicitement formulé – que s'il y avait eu, «en se fondant sur les déclarations des parties ou sur le dossier, suffisamment de raisons pour adopter une telle solution.»

Quels étaient les indices qui auraient dû inciter la commission de recours à examiner le problème en question? Le recours de droit administratif ne le dit pas, pas plus que les pièces actuellement disponibles. La déclaration d'impôts à laquelle se réfère le mémoire de recours du 23 juillet contre les décisions du 21 juin n'a pas été présentée alors par le recourant, selon la liste des annexes; pour l'autorité de recours, il n'y avait alors aucune raison de demander d'office cette déclaration d'impôts. On peut, à ce propos, renoncer à se demander si ladite déclaration devait même inciter les premiers juges à examiner d'office la question de la séparation d'éventuels bénéfices immobiliers privés.

5. a. Il reste donc à examiner si le grief concernant l'inclusion injustifiée de bénéfices immobiliers privés dans le revenu du travail soumis à cotisations pouvait être présenté encore dans le recours ultérieur du 31 octobre contre les décisions – parfaitement correctes en ce qui concerne le revenu des enfants – du 16 octobre de cette même année 1984. Ce faisant, il faut prendre en considération la situation spéciale suivante qui caractérise le cas présent:

La caisse de compensation a remplacé les décisions attaquées du 21 juin, pendant la procédure de recours cantonale, par des nouvelles décisions du 16 octobre dans lesquelles le grief concernant l'inclusion de revenus d'enfants a été,

incontestablement, pris entièrement en considération. Là-dessus, l'autorité de première instance a classé la procédure en cours, par décision du 19 octobre, en la déclarant sans objet. Cette décision de radiation n'a pas été attaquée par l'assuré. Cependant, celui-ci a recouru contre les nouvelles décisions le 31 octobre en produisant un nouveau grief: dans le revenu réduit désormais de celui des enfants, on a inclus aussi le revenu tiré d'immeubles privés appartenant au recourant lui-même; or, ce revenu ne peut être considéré comme le revenu d'une activité lucrative soumis à cotisations.

b. La possibilité de reconsidérer une décision administrative, à certaines conditions, en première instance, a été prévue par l'article 58 PA. Selon cette disposition, l'administration peut procéder, jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours, à un nouvel examen de la décision attaquée (1^{er} al.). Elle notifie sans délai une nouvelle décision aux parties et en donne connaissance à l'autorité de recours (2^e al.). Celle-ci continue à traiter le recours dans la mesure où la nouvelle décision de l'autorité inférieure ne l'a pas rendu sans objet (1^{re} phrase du 3^e al.). Cette disposition n'est certes pas applicable, en principe, selon l'article 1^{er}, 3^e alinéa, PA, à la procédure devant les autorités cantonales de dernière instance. Toutefois, selon la jurisprudence du TFA, il n'est pas contraire au droit fédéral que les cantons appliquent une procédure conforme à l'article 58 PA en se fondant sur des dispositions expresses ou en suivant par analogie une certaine pratique (ATF 103 V 109, consid. 2, RCC 1978, p. 103). Dans l'arrêt non publié en la cause G. du 21 décembre 1982, le TFA a précisé que les cantons doivent, en appliquant une telle procédure, agir non seulement selon le 1^{er} alinéa de l'article 58 PA, mais aussi en appliquant par analogie les alinéas 2 et 3 (cf. également l'arrêt non publié en la cause B. du 9 juillet 1984).

c. Si la commission de recours avait donc été tenue, sur proposition ou d'office, d'examiner le recours du 23 juillet contre les décisions du 21 juin aussi du point de vue – seul litigieux aujourd'hui – du calcul des cotisations sur la base de revenus tirés d'immeubles privés, elle n'aurait pas dû classer ce premier recours comme étant sans objet, mais elle aurait dû rendre un jugement matériel sur ce point. Si, à cette époque, le recourant avait estimé que la commission avait négligé une telle mesure, il aurait pu interjeter recours de droit administratif contre la décision de radiation de cette autorité de première instance. Or, le recourant n'a pas attaqué cette décision, qui a passé en force; en revanche, il a recouru contre les décisions de caisse – rendues en cours de procédure – du 16 octobre 1984, en s'adressant à l'autorité de première instance. On peut se demander si cette manière d'agir était admissible ou si le recours du 31 octobre contre les décisions rendues «lite pendente» devrait être, éventuellement, interprété par analogie comme un recours de droit administratif contre la décision judiciaire de radiation. Cette question, toutefois, peut rester indécise pour les raisons suivantes:

Si le recours du 31 octobre devait être interprété, par analogie, comme un recours de droit administratif contre la décision de radiation, on pourrait examiner seulement si la commission de recours a constaté les faits qui sont à la base de ladite décision d'une manière manifestement inexacte ou incomplète, ou au

mépris de règles essentielles de procédure (cf. art. 104, lettre b, en corrélation avec l'article 105, 2^e al., OJ). Or, il n'y a aucun indice qui permette de conclure à une constatation des faits manifestement déficiente si la commission de recours a admis que la caisse a rendu, le 16 octobre, de nouvelles décisions qui tenaient compte entièrement de la demande formulée expressément dans le recours du 23 juillet. Ainsi, la décision de radiation fondée sur cette base ne pourrait être considérée comme contraire au droit.

6. En considérant les choses de cette manière, il faut, d'une part, confirmer le jugement du 7 février 1985 dans la mesure où il refuse l'examen du recours du 31 octobre. D'autre part, étant donné que la commission de recours n'aurait pas dû juger – aussi matériellement – le recours qu'elle ne devait pas examiner, le jugement de première instance doit être annulé dans la mesure où il rejette le recours.

Arrêt du TFA, du 24 janvier 1986, en la cause J. S.

Article 69 LAI; article 111, en corrélation avec l'article 132, OJ. Conditions d'un effet suspensif du recours de droit administratif.

Articolo 69 LAI; articolo 111, in relazione con l'articolo 132, OG. Condizione per un effetto sospensivo del ricorso di diritto amministrativo.

Par décision du 26 janvier 1984, la caisse de compensation a signifié à J. S. que son droit à une rente entière de l'AI était supprimé. Par décision du 10 février 1984, elle a alloué une demi-rente simple d'invalidité à partir du 1^{er} mars 1984. Par jugement du 24 avril 1985, l'autorité de recours a rejeté le recours formé contre la première décision et supprimé tout droit à des rentes AI à partir du 1^{er} mars 1984. Elle a, en outre, condamné le recourant à restituer les rentes touchées à tort dès le 1^{er} mars 1984.

Dans son recours de droit administratif, J. S. conclut à l'annulation du jugement entrepris ainsi que des décisions rendues les 26 janvier et 10 février 1984 par la caisse de compensation; il demande l'octroi d'une «rente entière d'invalidité simple» à partir du 1^{er} mars 1984.

Dans son préavis, la caisse pose la question de l'opportunité d'un retrait de l'effet suspensif au recours, attendu que, jusqu'à droit connu, elle doit continuer à verser à l'assuré la demi-rente d'invalidité en vertu de la décision du 10 février 1984.

Le TFA s'est prononcé de la manière suivante sur la question de l'effet suspensif:

En vertu de l'article 111, 1^{er} alinéa, en liaison avec l'article 132 OJ, seul le recours de droit administratif dirigé contre une décision portant condamnation

à une prestation en argent a effet suspensif *ex lege*. Aux termes d'une jurisprudence constante, une décision porte condamnation à une prestation en argent lorsqu'elle impose à son destinataire l'obligation de payer une somme d'argent déterminée (ATF 111 V 56, consid. 3, et 110 V 42, consid. 3a; RCC 1984, p. 407; Grisel, Traité de droit administratif, pp. 923-924). En l'espèce, seul le chiffre 3 du dispositif du jugement attaqué, selon lequel J. S. est condamné à restituer les rentes touchées à tort dès le 1^{er} mars 1984, sous réserve de remise ou de réduction, répond à cette définition.

En revanche, selon l'article 111, 2^e alinéa, OJ, le recours dirigé contre une autre décision n'a d'effet suspensif que si le président de la Cour saisie le décide, d'office ou sur requête d'une partie, les dispositions contraires du droit fédéral étant réservées.

En l'espèce, la caisse intimée entend éviter apparemment de continuer à devoir servir au recourant la demi-rente simple qu'elle lui a allouée par sa décision du 10 février 1984, alors que, d'après les considérants du jugement attaqué et le chiffre 2 du dispositif de celui-ci, c'est *tout droit* à une rente d'invalidité et non seulement à une rente entière qui est supprimé à partir du 1^{er} mars 1984. Il résulte cependant de l'article 111, 2^e alinéa, OJ précité que, dans la mesure où il est dirigé contre cette partie du jugement cantonal, soit la suppression du droit à la rente, le recours de droit administratif *n'a pas* d'effet suspensif, celui-ci n'ayant été, jusqu'à ce jour, ni requis ni ordonné. Dans cette mesure, la requête de la caisse intimée est sans objet. Il n'y a pas lieu, en revanche, d'examiner d'office s'il convient d'accorder l'effet suspensif au recours de droit administratif, les parties ayant la possibilité de saisir en tout temps le tribunal d'une requête en ce sens.

Arrêt du TFA, du 5 décembre 1985, en la cause J. B.
(traduction de l'allemand).

Articles 150, 4^e alinéa, et 107, 1^{er} alinéa, OJ; article 21, 2^e alinéa, PA. L'article 107, 1^{er} alinéa, OJ n'est pas applicable seulement aux recours; il est applicable aussi, par analogie, à d'autres demandes liées à des délais, ainsi qu'aux avances de frais. (Considérant 2.)

Par «autorité incompétente» au sens de l'article 107, 1^{er} alinéa, OJ (et de l'art. 21, 2^e al., PA), il faut entendre toute autorité fédérale, cantonale ou communale; peu importe que l'autorité à laquelle la demande est adressée ait ou non une relation concrète avec le litige. (Considérant 2.)

Articoli 150, capoverso 4, e 107, capoverso 1, OG; articolo 21, capoverso 2, PA. L'articolo 107, capoverso 1, OG non è applicabile solo ai ricorsi; è anche applicabile, per analogia, a altre domande legate a dei termini, e agli anticipi sulle spese. (Considerando 2.)

Per «autorità incompetente» ai sensi dell'articolo 107, capoverso 1, OG (e dell'art. 21, cpv. 2, PA), si intende ogni autorità federale, cantonale o comunale; poco importa che l'autorità alla quale la domanda è indirizzata abbia o meno una relazione concreta con il litigio. (Considerando 2.)

Extrait des considérants du TFA:

1. a. Selon l'article 150, 1^{er} alinéa, en corrélation avec l'article 135 OJ, la partie qui saisit le TFA peut être invitée à fournir des sûretés lorsque l'objet du litige ou la manière dont la procédure est conduite le justifie. Si les sûretés ne sont pas fournies avant l'expiration du délai fixé, les conclusions de la partie sont irrecevables (art. 150, 4^e al.).

b. Selon la jurisprudence, le délai de paiement d'une avance est observé, en appliquant par analogie l'article 32, 3^e alinéa, OJ, lorsque le mandat est remis à la poste suisse ou que l'on remet à celle-ci un ordre de virement au plus tard le dernier jour de ce délai (ATF 110 V 220, consid. 2, RCC 1984, p. 344; ATF 104 II 63, consid. 2, 96 I 472, consid. 1).

2. Le recourant a payé l'avance demandée le dernier jour du délai, donc à temps, au bureau de poste; cependant, il a adressé ce paiement, par erreur, au Tribunal cantonal, qui l'a transmis au TFA après l'expiration du délai. On doit donc se demander si le délai de paiement a été observé lorsque l'avance a été payée à temps à une autorité incompétente.

Selon l'article 107, 1^{er} alinéa, OJ, le délai est aussi réputé observé lorsque le recours est adressé en temps utile à une autorité incompétente. Cette disposition est applicable par analogie à d'autres démarches liées à des délais, ainsi qu'au paiement d'avances. En effet, il n'y a aucune raison de traiter la partie qui a commis une telle erreur d'une manière moins favorable que lorsqu'il y a dépôt d'un recours. Dans la procédure de recours de droit administratif, il faut donc appliquer, en cas de paiement d'avances au sens de l'article 150, 1^{er} alinéa, OJ, les principes développés à propos de l'article 107, 1^{er} alinéa, de la même loi. Certes, on peut se demander si cette règle est valable pour toute autorité incompétente ou seulement pour les autorités qui ont un certain rapport avec le litige dans un cas concret. Cette dernière condition n'est pas exigée en procédure de recours de droit administratif (art. 107, 1^{er} al., OJ; a propos d'autres moyens de droit devant le Tribunal fédéral, voir par exemple ATF 103 I a 54 et 91 II 142). Il doit s'agir cependant d'une autorité fédérale, cantonale ou communale (Grisel, Traité de droit administratif, t. 2, p. 894, lettre b; cf. ATF 101 I b 102, consid. 2, et 97 I 857, consid. 3). Sont réservées les fautes d'adresse qui constituent des abus de droit. Cependant, une telle erreur n'a pas été commise en l'espèce par le recourant lorsqu'il a adressé son paiement au Tribunal cantonal. Il a donc effectué ce versement à temps, si bien qu'il y a lieu, de ce point de vue, d'examiner le recours de droit administratif.

Chronique mensuelle

La *commission du Conseil national* chargée d'examiner l'*initiative populaire pour l'abaissement de l'âge AVS* a siégé le 13 mai. On trouvera des précisions à ce sujet à la page 343.

La *commission fédérale de la prévoyance professionnelle* a décidé, lors de sa 5^e séance qui a eu lieu le 21 mai, d'entrer en matière sur un concept visant à utiliser les ressources du 3^e pilier pour l'acquisition d'un logement; ce concept avait été présenté par l'Association suisse des banquiers. La commission a chargé un groupe de travail de lui présenter un rapport sur cette question. En outre, elle a décidé d'adresser une lettre au Conseil fédéral au sujet de la récente circulaire de l'Administration fédérale des contributions concernant le régime fiscal de la prévoyance professionnelle.

La *commission des questions d'organisation technique* a tenu sa 14^e séance le 28 mai sous la présidence de M. Thomas Gächter, chef de section à l'Office fédéral des assurances sociales. Elle a examiné principalement la question de l'établissement d'un réseau d'informations entre la Centrale de compensation et les caisses. Cette innovation doit permettre aux caisses, dans une première phase, de consulter les registres centraux de ladite Centrale; dans une seconde phase, on introduira la communication directe des informations. Ce système remplacera l'actuel échange d'informations au moyen de supports magnétiques. En outre, la commission s'est prononcée au sujet du remboursement des frais occasionnés aux caisses de compensation par l'inscription des indemnités de chômage dans les CI; elle a également donné son avis sur des projets de suppléments aux directives concernant la comptabilité et les mouvements de fonds des caisses, ainsi qu'aux directives sur le certificat d'assurance et le CI.

La *commission mixte de liaison entre les autorités fiscales et l'AVS* a siégé le 30 mai sous la présidence de M. C. Crevoisier, directeur suppléant de l'Office fédéral des assurances sociales. Le principal objet des discussions a été la question du droit de déduire les cotisations dues par les indépen-

dants aux 2^e et 3^e piliers pour le calcul du revenu qui est déterminant dans l'AVS/AI/APG. La commission a choisi une solution qui, pour des raisons pratiques, s'adapte à la réglementation fiscale et ne désavantage pas les indépendants par rapport aux salariés. Dans le domaine du 2^e pilier, cela exige une modification du RAVS, qui devra encore être soumise à la Commission fédérale de l'AVS/AI.

Les PC à l'AVS et à l'AI en 1985

Les dépenses consacrées aux PC en 1985 ont de nouveau augmenté plus fortement (hausse d'environ 4 pour cent) que les prestations en espèces de l'AVS (+2,0 pour cent) et celles de l'AI (+2,5 pour cent). Cette évolution montre l'importance croissante des PC dans notre politique sociale. Il faut, en premier lieu, améliorer la situation financière des rentiers qui ne disposent que de faibles revenus; c'est un point sur lequel tout le monde est d'accord.

L'évolution du nombre des bénéficiaires de PC, telle qu'elle est illustrée par le graphique ci-après, indique clairement que de grands besoins se firent sentir pendant les premières années après l'instauration de ces prestations, et cela jusqu'à l'entrée en vigueur de la huitième révision de l'AVS en 1973. A partir de ce moment-là, et jusqu'à la fin des années 70, on a observé une stagnation de cette évolution, car les PC étaient encore considérées alors comme une solution transitoire qui ne devait plus être améliorée. Cependant, par suite d'un changement dans notre «philosophie» politique, l'importance des PC s'est de nouveau accrue au cours de ces dernières années, et ce phénomène s'est reflété aussi dans le nombre des bénéficiaires.

Résultats des comptes

Le tableau 1 montre que pendant les cinq dernières années, aussi bien les dépenses totales que le nombre des cas et les frais moyens par cas ont augmenté. La hausse plus forte de 1982 et de 1984 s'explique par les augmentations de rentes de ces années-là, étant donné que, chaque fois, l'on a également élevé les limites de revenu déterminant le droit aux PC.

Evolution des dépenses totales pour les PC, du nombre de cas et des moyennes par cas, de 1981 à 1985

Tableau 1

| Année | Dépenses totales en millions de francs | Augmentation en pour-cent | Nombre de cas ¹ | Modification en pour-cent | Moyenne par cas, en francs ¹ | Augmentation en pour-cent |
|-------|--|---------------------------|----------------------------|---------------------------|---|---------------------------|
| 1981 | 425,4 | 2,6 | 116 400 | + 1,2 | 3655 | 1,4 |
| 1982 | 543,7 | 27,8 | 119 659 | + 2,8 | 4544 | 24,3 |
| 1983 | 581,4 | 6,9 | 122 444 | + 2,3 | 4748 | 4,5 |
| 1984 | 675,8 | 16,2 | 125 977 | + 2,9 | 5364 | 13,0 |
| 1985 | 702,1 | 3,9 | 128 283 | + 1,8 | 5473 | 2,0 |

¹ Un cas peut comprendre plus d'une personne (par exemple couples, veuve avec enfants).

Versements effectués

(en milliers de francs)

Tableau 2

| Cantons | PC à l'AVS | | PC à l'AI | | PC à l'AVS/AI | |
|--------------------|------------|---|-----------|---|---------------|---|
| | Montant | Différence par rapport à l'année précédente | Montant | Différence par rapport à l'année précédente | Montant | Différence par rapport à l'année précédente |
| Zurich | 70916 | + 0,9 | 20 561 | + 9,8 | 91 477 | + 2,7 |
| Berne | 94913 | + 4,1 | 21 022 | + 3,3 | 115 935 | + 3,9 |
| Lucerne | 29 538 | + 3,4 | 6 733 | + 3,9 | 36 272 | + 3,5 |
| Uri | 2 175 | + 5,5 | 377 | - 4,7 | 2 552 | + 3,8 |
| Schwyz | 5 059 | + 6,8 | 1 008 | - 1,3 | 6 067 | + 5,3 |
| Unterwald-le-Haut | 1 667 | + 8,0 | 335 | + 3,6 | 2 002 | + 7,3 |
| Unterwald-le-Bas | 1 336 | + 10,3 | 403 | + 2,1 | 1 739 | + 8,3 |
| Glaris | 2 234 | + 8,2 | 665 | + 2,6 | 2 900 | + 6,8 |
| Zoug | 2 391 | - 0,9 | 638 | + 3,4 | 3 029 | + 0,1 |
| Fribourg | 20 495 | + 1,8 | 4 295 | + 0,7 | 24 790 | + 1,6 |
| Soleure | 11 744 | + 1,4 | 3 727 | + 9,5 | 15 470 | + 3,2 |
| Bâle-Ville | 18 372 | + 3,2 | 5 086 | + 18,9 | 23 458 | + 6,2 |
| Bâle-Campagne | 9 070 | + 6,6 | 2 831 | + 4,1 | 11 900 | + 6,0 |
| Schaffhouse | 4 534 | + 0,9 | 1 074 | + 9,8 | 5 608 | + 2,5 |
| Appenzell Rh.-Ext. | 3 979 | - 4,1 | 680 | + 4,0 | 4 660 | - 3,0 |
| Appenzell Rh.-Int. | 1 162 | - 1,2 | 167 | - 2,2 | 1 328 | - 1,3 |
| Saint-Gall | 34 563 | + 1,8 | 6 564 | + 4,7 | 41 127 | + 2,3 |
| Grisons | 9 351 | + 1,7 | 2 097 | + 9,5 | 11 449 | + 3,0 |
| Argovie | 17 876 | + 10,3 | 4 824 | + 15,0 | 22 700 | + 11,3 |
| Thurgovie | 13 551 | + 2,1 | 2 283 | + 5,7 | 15 833 | + 2,6 |
| Tessin | 43 990 | + 1,3 | 11 367 | + 0,7 | 55 357 | + 1,2 |
| Vaud | 85 974 | + 0,7 | 16 504 | + 8,8 | 102 477 | + 1,9 |
| Valais | 11 852 | + 4,6 | 3 945 | + 18,0 | 15 797 | + 7,6 |
| Neuchâtel | 21 609 | + 11,9 | 3 821 | + 10,4 | 25 430 | + 11,7 |
| Genève | 43 057 | + 4,9 | 9 095 | + 16,9 | 52 152 | + 6,8 |
| Jura | 8 336 | + 8,4 | 2 300 | + 9,1 | 10 636 | + 8,6 |
| Total | 569 744 | + 3,1 | 132 401 | + 7,5 | 702 145 | + 3,9 |

Nombre de cas

Chez les personnes qui touchent une rente de vieillesse, la part des bénéficiaires de PC a légèrement diminué; en revanche, la proportion des rentiers de l'AI qui ont besoin de PC a augmenté à 21,1 pour cent. Cela explique aussi pourquoi la dépense totale consacrée aux PC a augmenté, chez les invalides, de 7,5 pour cent, alors que la hausse n'a été que de 3,1 pour cent chez les bénéficiaires de rentes de vieillesse. La tendance à la hausse, chez les personnes qui bénéficient de rentes AI, persiste depuis cinq ans.

Nombre de cas et effectifs des bénéficiaires de PC parmi les rentiers de l'AVS/AI, 1981-1985

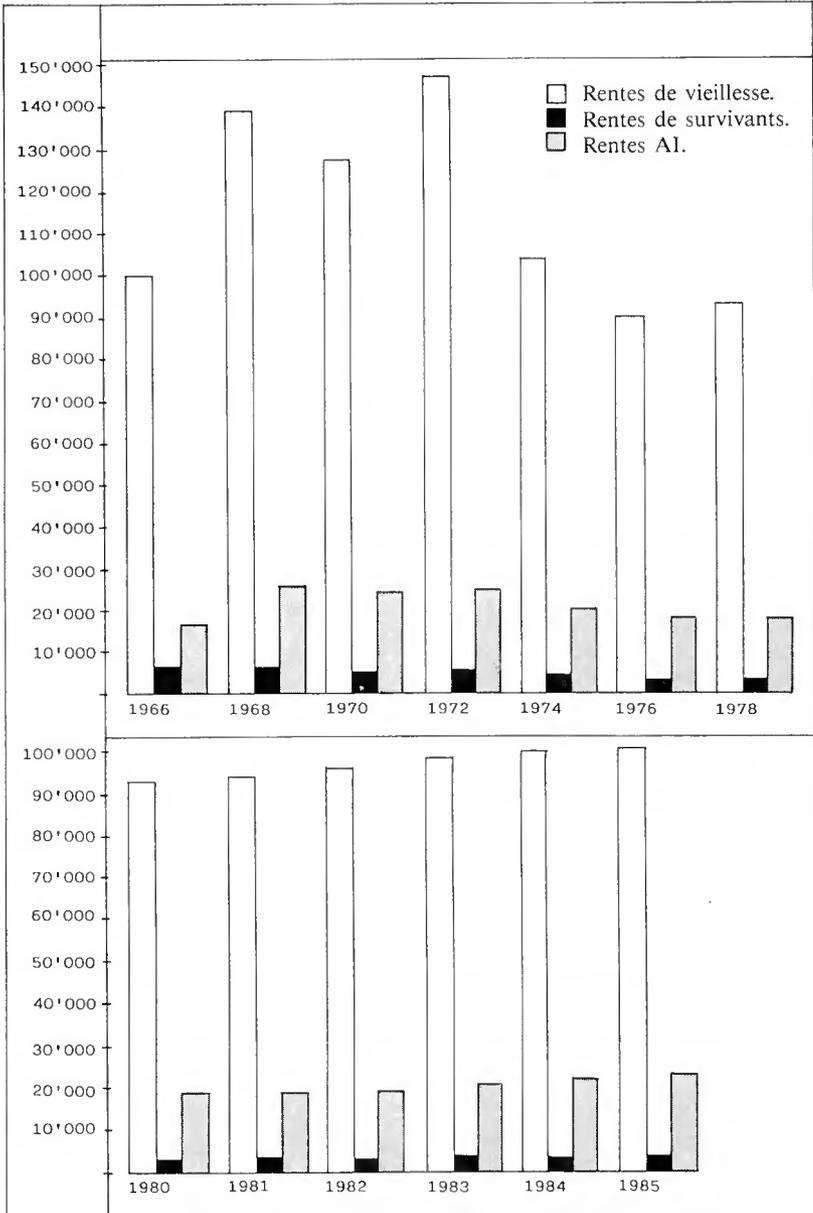
Tableau 3

| Année | Personnes touchant des rentes de vieillesse | Personnes touchant des rentes de survivants | Personnes touchant des rentes AI | Total |
|--|---|---|----------------------------------|---------|
| Nombre de cas à la fin de l'année | | | | |
| 1981 | 94 240 | 3 210 | 18 950 | 116 400 |
| 1982 | 96 686 | 3 175 | 19 798 | 119 659 |
| 1983 | 98 366 | 3 144 | 20 934 | 122 444 |
| 1984 | 100 573 | 3 041 | 22 363 | 125 977 |
| 1985 | 101 536 | 3 171 | 23 576 | 128 283 |
| Proportion de rentiers AVS/AI touchant des PC (en %) | | | | |
| 1981 | 12,66 | 5,76 | 18,17 | 12,87 |
| 1982 | 12,87 | 5,67 | 18,80 | 13,11 |
| 1983 | 12,95 | 5,62 | 19,47 | 13,27 |
| 1984 | 13,10 | 5,50 | 20,40 | 13,51 |
| 1985 | 13,08 | 5,78 | 21,14 | 13,61 |

Subventions de la Confédération et des cantons aux PC

Les PC sont financées par la Confédération et les cantons; ceux-ci peuvent faire appel aux communes pour contribuer à ce financement. Les cantons financièrement forts (ZH, ZG, BS et GE) reçoivent 30 pour cent, les cantons de force financière moyenne 30 à 70 pour cent et les cantons financièrement faibles (UR, OW, FR, AI, VS, NE et JU) 70 pour cent de subventions pour leurs dépenses affectées aux PC. La capacité financière des cantons est déterminée d'après la loi fédérale du 19 juin 1959 sur la compensation financière entre cantons; elle est recalculée tous les deux ans.

Nombre des bénéficiaires de PC 1966-1985, répartis en bénéficiaires de rentes de vieillesse, de rentes de survivants et de rentes AI



Nombre de cas de PC par cantons en 1985

(entre parenthèses, changement par rapport à l'année précédente)

Tableau 4

| | Bénéficiaires de rentes de vieillesse | Bénéficiaires de rentes de survivants | Bénéficiaires de rentes AI | Total |
|--|---|---|-------------------------------|------------------|
| Zurich | 13 951 (- 254) | 310 (- 22) | 3 556 (+ 162) | 17 817 (- 114) |
| Berne | 15 827 (+ 414) | 443 (+ 12) | 3 394 (+ 160) | 19 664 (+ 586) |
| Lucerne | 5 815 (- 72) | 242 (+ 11) | 1 268 (+ 81) | 7 325 (+ 20) |
| Uri | 501 (+ 8) | 15 (- 2) | 99 (+ 7) | 615 (+ 13) |
| Schwyz | 1 052 (+ 4) | 31 (- 4) | 217 (+ 6) | 1 300 (+ 6) |
| Unterwald- le-Haut | 377 (+ 25) | 9 (- 2) | 86 (+ 3) | 472 (+ 26) |
| Unterwald- le-Bas | 271 (+ 6) | 19 (+ 3) | 87 (+ 15) | 377 (+ 24) |
| Glaris | 432 (+ 49) | 8 (- 4) | 122 (+ 7) | 562 (+ 52) |
| Zoug | 474 (+ 18) | 7 (- 2) | 122 (+ 5) | 603 (+ 21) |
| Fribourg | 4 424 (+ 275) | 150 (+ 23) | 880 (+ 35) | 5 454 (+ 333) |
| Soleure | 2 403 (+ 41) | 70 (- 5) | 642 (+ 27) | 3 115 (+ 63) |
| Bâle-Ville | 3 736 (- 118) | 60 (+ 4) | 1 134 (+ 91) | 4 930 (- 23) |
| Bâle-Campagne | 1 450 (+ 100) | 49 (+ 18) | 524 (+ 37) | 2 023 (+ 155) |
| Schaffhouse | 843 (+ 11) | 35 - | 197 (+ 13) | 1 075 (+ 24) |
| Appenzell Rh.-E. | 750 (- 13) | 12 (- 5) | 140 - | 902 (- 18) |
| Appenzell Rh.-I. | 225 (- 4) | 8 (+ 1) | 44 (+ 1) | 277 (- 2) |
| Saint-Gall | 6 062 (- 57) | 148 (+ 15) | 1 187 (+ 9) | 7 397 (- 33) |
| Grisons | 2 258 (+ 81) | 93 (+ 5) | 468 (+ 34) | 2 819 (+ 120) |
| Argovie | 2 959 (+ 89) | 112 (+ 17) | 1 011 (+ 73) | 4 082 (+ 179) |
| Thurgovie | 2 265 (+ 29) | 53 (+ 2) | 431 (+ 17) | 2 749 (+ 48) |
| Tessin | 8 842 (- 65) | 418 (+ 14) | 1 692 (- 32) | 10 952 (- 83) |
| Vaud | 12 352 (+ 81) | 317 (+ 3) | 2 728 (+ 157) | 15 397 (+ 241) |
| Valais | 2 431 (- 28) | 87 (+ 8) | 801 (+ 50) | 3 319 (+ 30) |
| Neuchâtel | 3 020 (- 63) | 288 (+ 41) | 902 (+ 108) | 4 210 (+ 86) |
| Genève | 7 202 (+ 338) | 122 (- 14) | 1 502 (+ 129) | 8 826 (+ 453) |
| Jura | 1 614 (+ 68) | 65 (+ 13) | 342 (+ 18) | 2 021 (+ 99) |
| Total | 101 536 | 3 171 | 23 576 | 128 283 |
| Augmentation par rapport à l'année précédente | + 963 (+ 1,0%) | + 130 (+ 4,3%) | + 1 213 (+ 5,4%) | + 2 306 (+ 1,8%) |

Dépenses de la Confédération et des cantons de 1981 à 1985

(en millions de francs)

Tableau 5

| Année | PC à l'AVS | | | PC à l'AI | | | PC à l'AVS/AI | | |
|-------|------------|---------|-------|-----------|---------|-------|---------------|---------|-------|
| | Conféd. | Cantons | Total | Conféd. | Cantons | Total | Conféd. | Cantons | Total |
| 1981 | 182,2 | 169,1 | 351,3 | 38,5 | 35,7 | 74,2 | 220,6 | 204,8 | 425,4 |
| 1982 | 231,5 | 219,5 | 451,0 | 47,4 | 45,3 | 92,7 | 278,8 | 264,9 | 543,7 |
| 1983 | 247,3 | 231,8 | 479,1 | 52,5 | 49,8 | 102,3 | 299,8 | 281,6 | 581,4 |
| 1984 | 286,5 | 266,2 | 552,7 | 63,4 | 59,7 | 123,1 | 349,9 | 325,9 | 675,9 |
| 1985 | 295,8 | 273,9 | 569,7 | 67,7 | 64,7 | 132,4 | 363,5 | 338,6 | 702,1 |

En 1985, la Confédération a dû dépenser 13,6 millions de plus, et les cantons 12,7 millions de plus, pour les PC. La Confédération a supporté – comme l’année précédente – 51,8 pour cent des dépenses totales consacrées aux PC.

Subventions aux institutions d'utilité publique

Les subventions AVS et AI prévues par l'article 10 LPC en faveur de ces institutions ont atteint un montant total de 13,7 millions. Le tableau 6 montre leur répartition au cours de ces cinq dernières années.

En millions de francs

Tableau 6

| Année | Pro Juventute | Pro Infirmis | Pro Senectute | Total |
|-------|---------------|--------------|---------------|-------|
| 1981 | 1,7 | 4,1 | 5,0 | 10,8 |
| 1982 | 1,4 | 4,3 | 6,5 | 12,1 |
| 1983 | 1,9 | 4,1 | 6,4 | 12,4 |
| 1984 | 2,0 | 5,2 | 7,5 | 14,7 |
| 1985 | 1,7 | 5,3 | 6,7 | 13,7 |

Ces contributions fédérales supplémentaires permettent avant tout d'apporter une aide individuelle correspondant aux besoins réels. Cette aide est régie par les directives des institutions d'utilité publique, établies en collaboration étroite avec l'OFAS. Selon ces instructions, une aide est accordée seulement lorsque l'assuré vit dans des conditions modestes et se trouve particulièrement dans l'embarras, par exemple par suite du refus d'une prestation d'assurance telle que moyen auxiliaire, mesure médicale, etc.

Coup d'œil sur l'avenir immédiat

A partir de 1986, le premier «paquet» de la nouvelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons entre en vigueur en ce qui concerne les PC. Les cantons financièrement forts devront supporter 90 pour cent (jusqu'à présent 70 pour cent) des dépenses consacrées aux PC, les cantons de force financière moyenne 65 à 90 pour cent (au lieu de 30 à 70 pour cent) et les cantons financièrement faibles 65 pour cent (au lieu de 30 pour cent). Ces dépenses augmenteront sensiblement ces prochains temps; dans deux ou trois ans, elles auront atteint le seuil du milliard.

Il s'agit de combler, surtout par ce moyen-là, les lacunes de notre sécurité sociale; telle est la volonté clairement exprimée par les responsables.

L'élévation des limites de revenu et des déductions pour loyer dès le début de 1986 aura pour effet un supplément de dépenses d'environ 50 millions. La deuxième révision des PC, que le Conseil fédéral a récemment mise en vigueur au 1^{er} janvier 1987, entraînera encore des dépenses de plus: environ 180 millions de francs. Ainsi, les cantons devront dépenser, dès l'année prochaine, à peu près 730 millions, et la Confédération 220 millions, pour que soient couverts les besoins vitaux des rentiers de l'AVS et de l'AI.

Le statut des étrangers dans l'AI. Conditions d'invalidité, conditions d'assurance

Pour qu'une prestation de l'AI (rente, allocation pour impotent, mesure de réadaptation) puisse être accordée et payée, il faut que les conditions d'invalidité donnant droit au genre de prestation en cause soient remplies (par exemple, s'il s'agit d'une rente, les conditions de l'article 29, 1^{er} al., LAI). En ce qui concerne les conditions d'invalidité, on ne fait pas de différence selon la nationalité de l'intéressé. Cependant, il ne suffit pas qu'elles soient remplies pour que la prestation soit accordée; il faut, en même temps, que les conditions d'assurance le soient également. Ainsi, par exemple, une rente ordinaire ne peut être servie, malgré l'existence prouvée d'une invalidité pouvant ouvrir droit à une rente, si l'intéressé n'a pas été assuré lors de la survenance de l'invalidité (art. 6, 1^{er} al., LAI, en corrélation avec l'art. 29, 1^{er} al., LAI) ou si la durée minimale de cotisations n'était pas encore accomplie à cette date (art. 36 et art. 6, 2^e al., LAI).

Bien entendu, ces conditions d'assurance doivent être remplies par les Suisses et les étrangers. Or, chez les Suisses, cela est relativement simple: un ressortissant suisse qui a toujours été domicilié dans son pays remplit par exemple toujours les conditions d'assurance donnant droit à des mesures de réadaptation; en revanche, lorsqu'il s'agit d'étrangers, la situation juridique est assez différenciée, et cela pour deux raisons:

- Tous les étrangers n'ont pas les mêmes conditions à remplir;
- Tous les étrangers séjournant en Suisse n'y ont pas leur domicile (exemple: les saisonniers), et la fluctuation entre la Suisse et l'étranger est en moyenne plus grande chez les étrangers que chez les Suisses.

Quelques chiffres

Dans le registre central des assurés de l'AVS, englobant toutes les personnes qui paient des cotisations ou qui en ont payé naguère, ou qui ont touché des prestations de l'AVS, ou encore en touchent actuellement, on trouve, à côté des 7 millions de Suisses, 6 millions d'étrangers provenant de plus de 170 pays. Cela montre l'importance de l'AVS et de l'AI pour les étrangers. Le nombre élevé de ceux-ci s'explique par une forte fluctuation. Il y avait néanmoins en Suisse, en 1985, selon l'OFIAMT, environ 950000 étrangers enregistrés.

Bien qu'un très grand nombre de ces étrangers n'obtiennent jamais des prestations de l'AI¹, soit parce qu'ils ne deviennent pas invalides, soit parce qu'ils quittent la Suisse et ne remplissent pas les conditions d'assurance donnant droit à de telles prestations, ces chiffres montrent néanmoins l'importance de cette catégorie. Il est donc indispensable que les organisations privées de l'aide aux invalides connaissent exactement aussi les aspects spécifiquement «étrangers» de l'AI.

Etrangers «conventionnels» et «non conventionnels», réfugiés et apatrides reconnus

D'après la loi, les étrangers et apatrides assujettis à l'AI ont droit aux prestations :

- s'ils ont leur domicile civil en Suisse et
- s'ils ont, lors de la survenance de l'invalidité,
 - payé des cotisations pendant dix ans, ou bien
 - eu leur domicile en Suisse pendant quinze ans sans interruption (art. 6, 2^e al., LAI).

Les étrangers et apatrides mineurs ont droit aux prestations s'ils remplissent eux-mêmes ces conditions ou si leurs parents les remplissent, et s'ils sont nés eux-mêmes (donc les mineurs) invalides en Suisse, ou s'ils ont résidé dans ce pays sans interruption depuis au moins une année ou depuis leur naissance (art. 9, 3^e al., LAI).

Ces conditions fixées par la loi ont été adoucies par des conventions internationales, et la protection sociale des étrangers englobés dans ces accords est assimilée, dans une large mesure, à celle des Suisses, en ce qui concerne l'AI. Toutefois, dans le cas des «prestations de besoin» (rentes AI extraordi-

¹ En 1984, environ 35 000 étrangers touchaient une rente AI (sans rentes complémentaires et rentes d'enfants); plus de la moitié d'entre eux vivaient à l'étranger.

naires), il existe une période d'attente de cinq ans, que l'on peut d'ailleurs accomplir en invoquant la prescription acquisitive.

Actuellement, la Suisse compte 20 conventions internationales bilatérales concernant l'AI; elles ont été conclues avec la Belgique, la République fédérale d'Allemagne, le Danemark, la France, la Grèce, la Grande-Bretagne, Israël, l'Italie, la Yougoslavie, le Liechtenstein, le Luxembourg, les Pays-Bas, la Norvège, l'Autriche, le Portugal, Saint-Marin, la Suède, l'Espagne, la Turquie et les Etats-Unis. Un accord avec la Finlande sera conclu prochainement.

Ce réseau de conventions englobe 95 pour cent des étrangers qui ont payé des cotisations AVS/AI ou qui ont ou avaient leur domicile en Suisse.

Les étrangers qui peuvent demander des prestations AI en vertu d'une convention de sécurité sociale sont appelés ici «étrangers conventionnels». On applique aux autres étrangers – les «non conventionnels», donc ceux qui proviennent de pays avec lesquels aucune convention n'a été conclue – les dispositions plus restrictives de la loi. Ces étrangers moins favorisés ne constituent que 5 pour cent de l'effectif total des assurés, mais ils proviennent de plus de 140 pays.

On applique aux réfugiés et apatrides reconnus l'arrêté fédéral concernant le statut des réfugiés et apatrides dans l'AVS et l'AI, publié dans le «Recueil LAVS/RAVS». Leur statut est analogue à celui des étrangers «conventionnels»; il ne sera pas évoqué ci-après. Dans le cas des étrangers qui ne sont pas reconnus comme réfugiés ou apatrides d'après les prescriptions helvétiques, le statut dépend uniquement de leur nationalité.

Les divers genres de prestations

Il n'est pas possible de donner ici un exposé absolument complet. Les solutions adoptées dans les conventions internationales sont en effet très variées, si bien qu'une énumération de toutes les variantes sortirait du cadre que s'est fixé l'auteur du présent article. Nous nous contenterons, par conséquent, de tracer les grandes lignes du sujet et d'indiquer quels sont les points de vue qui méritent une attention particulière. En outre, il faudra se borner à présenter le statut des étrangers qui habitent en Suisse. En évoquant la destinée de ceux qui ont quitté notre pays définitivement, on dépasserait également les limites du présent exposé. Toutefois, il convient de mentionner les séjours brefs ou de moyenne durée que des étrangers domiciliés en Suisse ont effectués hors de nos frontières, étant donné que de telles absences peuvent remettre en question un droit aux prestations ou empêcher sa naissance.

Il importe de savoir que les conditions des droits envers l'AI ne dépendent pas (ou ne dépendent qu'indirectement) des permis A, B ou C de la police des étrangers (permis pour saisonniers, permis à l'année, permis de domicile). Sont déterminants, bien plutôt, les critères suivants :

- le domicile civil en Suisse selon les articles 23ss du code civil, ou
- le séjour habituel (régulier) en Suisse, appelé dans certaines conventions «habitation» ou «résidence», ou encore
- les deux choses à la fois.

Les mesures de réadaptation de l'AI

Les conditions légales valables pour les étrangers «non conventionnels» ont déjà été définies. Le domicile civil en Suisse est indispensable, dans leur cas, aussi bien pour *ouvrir droit* à la prestation que pour le *bénéfice* de celle-ci.

Chez les étrangers «conventionnels», la condition du droit est que la personne qui demande une prestation soit affiliée à l'AVS/AI au moment de la réalisation du risque assuré, c'est-à-dire lorsqu'une mesure déterminée entre objectivement en ligne de compte pour la première fois. En outre, cette personne doit avoir accompli, avant cette date, selon la convention applicable, une durée de cotisations ou de séjour d'un an au moins. Quelques conventions renoncent, lorsqu'il s'agit de personnes actives, à exiger une durée minimale de cotisations. Le domicile civil ou – selon la convention applicable – le séjour habituel est la condition posée pour bénéficier des prestations. Pour les personnes non actives, le domicile en Suisse est, dans tous les cas, indispensable à l'octroi de mesures de réadaptation.

Dans le cas des enfants, il existe encore, à part les conditions déjà énoncées, des *conditions alternatives*, étant donné que des nouveau-nés et des enfants âgés de moins d'une année ne peuvent remplir la condition du séjour d'un an au moins.

Le droit aux mesures de réadaptation (mesures médicales ou professionnelles, formation scolaire spéciale, moyens auxiliaires, contributions aux soins) est reconnu en outre aux enfants mineurs nés en Suisse et ressortissants d'un pays «conventionnel», si, au moment où des mesures de réadaptation, de quelque genre qu'elles soient, entrent en ligne de compte objectivement pour la première fois,

- ces enfants ont leur domicile civil en Suisse (ou, selon la convention applicable, séjournent habituellement en Suisse) et
- ont séjourné en Suisse sans interruption depuis leur naissance ou
- sont nés en Suisse avec une infirmité congénitale.

Les enfants qui sont ressortissants d'un Etat «conventionnel» et sont nés invalides (c'est-à-dire avec une infirmité congénitale) dans leur pays d'origine sont assimilés par quelques conventions aux enfants nés invalides en Suisse, à condition que la mère ait séjourné, immédiatement avant cette naissance, dans ledit pays d'origine pendant une durée ne dépassant pas deux mois au total.

Rentes ordinaires (c'est-à-dire fondées sur des cotisations) de l'AI

Les conditions du droit sont les mêmes pour les étrangers «conventionnels» que pour les Suisses; cela signifie que les intéressés doivent:

- être invalides dans une mesure suffisante pour ouvrir droit à une rente, et en outre, lors de la survenance de cette invalidité,
 - être affiliés à l'AVS/AI (en raison de leur domicile ou de leur activité lucrative en Suisse) et
 - avoir payé des cotisations AVS/AI pendant un an.

La durée minimale de cotisations doit avoir été accomplie avant la réalisation du risque assuré. Celui qui immigre en Suisse en étant déjà invalide et qui, par conséquent, n'était pas affilié à l'AVS/AI lors de la survenance de son invalidité ne peut demander une rente ordinaire de l'AI pour ce cas d'assurance.

Quant aux étrangers «non conventionnels» domiciliés en Suisse, dont l'invalidité est suffisante pour ouvrir droit à une rente, ils peuvent demander une rente ordinaire de l'AI s'ils remplissent les conditions suivantes au moment où survient cette invalidité:

- être affiliés à l'AVS/AI, et
- avoir payé des cotisations pendant dix ans, ou bien en avoir payé pendant une année et avoir eu son domicile en Suisse pendant quinze ans sans interruption.

Rentes extraordinaires de l'AI

Les étrangers «conventionnels» qui n'ont pas droit à la rente ordinaire dépendant des cotisations payées, ou dont la rente ordinaire est basse, ont droit à la rente extraordinaire – qui, elle, ne dépend pas de telles cotisations – s'ils ont leur domicile en Suisse et y séjournent. Cette rente dépend toutefois d'autres conditions: durée de séjour en Suisse de cinq ans au moins, et limites de revenu. Elle peut aussi être demandée par des personnes qui, lors de la survenance de l'invalidité, n'étaient pas assurées en Suisse, ou qui se sont établies dans ce pays alors qu'elles étaient déjà invalides.

Les étrangers «conventionnels» domiciliés en Suisse, devenus invalides avant le 1^{er} décembre de l'année qui a suivi leur anniversaire de 20 ans, peuvent demander une rente extraordinaire de l'AI sans limite de revenu; il faut que leur invalidité atteigne au moins 66 2/3 pour cent. Le montant de cette prestation s'élève alors à un minimum augmenté, c'est-à-dire à 960 francs. Il n'est pas nécessaire que l'invalidité soit survenue en Suisse; en revanche, on exige ici aussi un délai d'attente de cinq ans.

Les étrangers «non conventionnels» n'ont pas droit aux rentes extraordinaires de l'AI, à moins d'avoir rempli, dans leur enfance, les conditions donnant droit à une réadaptation (art. 39, 3^e al., et 9, 3^e al., LAI).

Allocations pour impotents de l'AI

Chez les étrangers «conventionnels», l'octroi de ces allocations est soumis à deux conditions: être impotent et avoir été affilié à l'AVS/AI au moment où cette impotence est survenue. Les étrangers «non conventionnels» doivent remplir en outre les conditions déjà mentionnées ici plusieurs fois (art. 6, 2^e al., LAI).

Prestations complémentaires (PC)

Les étrangers des deux catégories qui ont leur domicile en Suisse et qui touchent une rente ordinaire ou extraordinaire, ou encore une allocation pour impotent de l'AI, ont droit, en cas d'indigence, aux PC tout comme les citoyens suisses. La condition, toutefois, est qu'ils aient séjourné en Suisse pendant quinze ans sans interruption immédiatement avant la date à partir de laquelle la PC est demandée. Pour les réfugiés et apatrides domiciliés en Suisse, l'assimilation aux ressortissants de ce pays est possible déjà après un séjour ininterrompu de cinq ans.

Prestations de Pro Infirmis

Les étrangers qui remplissent les conditions d'invalidité, mais non pas les conditions d'assurance donnant droit aux prestations de l'AI, peuvent s'adresser au besoin à Pro Infirmis qui reçoit de l'AI, chaque année, des ressources financières lui permettant d'apporter de l'aide dans des cas individuels. Pour obtenir des prestations en espèces, ces étrangers doivent avoir séjourné en Suisse pendant cinq ans au moins; ce délai, cependant, ne doit

pas être observé s'il s'agit de prestations en nature ou sous forme de services. Les services sociaux de Pro Infirmis sont toujours à disposition pour donner de plus amples renseignements.

Dispositions à observer tout particulièrement

En ce qui concerne la *clause d'assurance*, on notera que les étrangers qui – sans avoir leur domicile civil en Suisse – ont exercé une activité lucrative dans ce pays, puis sont tombés malades ou ont eu un accident, ce qui les a obligés de renoncer à leur travail, restent assurés s'ils ont séjourné en Suisse jusqu'à la survenance de l'invalidité. Ils sont alors soumis, selon la plupart des conventions de sécurité sociale, à l'obligation de payer des cotisations comme non-actifs, si bien qu'ils ont aussi la possibilité, en règle générale, de remplir la condition de la durée de cotisations d'une année au moins. S'ils quittent la Suisse après la survenance de la maladie ou de l'accident qui entraînent une invalidité, mais avant la survenance de l'événement assuré, ils perdent ainsi, normalement, leurs droits à des prestations de l'AI suisse. Seules les conventions avec la Belgique, la France et l'Espagne permettent de quitter la Suisse pendant le délai de 360 jours. Cette disposition est spécialement importante pour les saisonniers!

– Pendant la *période d'attente de cinq ans* à observer pour avoir droit à une rente AI extraordinaire, la présence effective et légitime de l'intéressé en Suisse est nécessaire. Un tel séjour n'est pas considéré comme interrompu si l'assuré s'absente (c'est-à-dire quitte le pays) pour trois mois au plus. Si cette absence dure plus longtemps, la période d'attente recommence à courir, en règle générale, lors du retour de l'assuré en Suisse.

– Lorsqu'une mère domiciliée en Suisse, ressortissante d'un pays « conventionnel », donne le jour à son enfant dans son pays d'origine, toutes les conventions ne prévoient pas que l'AI puisse lui accorder ses prestations en cas d'infirmité congénitale. En cas de naissance dans un pays tiers, la prise en charge de prestations n'est jamais possible.

Contentieux

Toutes les décisions de la caisse de compensation qui accordent ou refusent une prestation doivent indiquer les voies de droit. Si un assuré n'accepte pas une décision, il peut l'attaquer par la voie du recours dans un délai de trente jours. La procédure de recours est gratuite – excepté dans les cas de recours téméraire ou interjeté à la légère – et se déroule devant une autorité canto-

nale indépendante de l'administration. Les jugements cantonaux peuvent aussi être attaqués par l'assuré, qui les porte devant le TFA; celui-ci tranche définitivement (art. 69 LAI et 84-86 LAVS).

Dans la procédure de recours, on ne fait pas de différence entre Suisses et étrangers. La plupart des conventions permettent même à l'étranger de présenter son recours dans la langue de son pays; cette règle est valable également en procédure cantonale.

L'information au sujet des droits des étrangers

Les conditions d'assurance des étrangers, apatrides et réfugiés sont réglementées dans les textes législatifs et conventions ci-après:

- Loi fédérale sur l'AI (pour les étrangers «non conventionnels»): articles 6, 2^e alinéa, 9, 3^e alinéa et 39, 3^e alinéa;
- Conventions de sécurité sociale avec la Belgique, la République fédérale d'Allemagne, le Danemark, la Finlande (pas encore en vigueur), la France, la Grèce, la Grande-Bretagne, Israël, l'Italie, la Yougoslavie, le Liechtenstein, le Luxembourg, les Pays-Bas, la Norvège, l'Autriche, le Portugal, Saint-Marin, la Suède, l'Espagne, la Turquie, les Etats-Unis;
- Instructions de l'OFAS relatives à ces conventions;
- Arrêté fédéral sur le statut des réfugiés et des apatrides dans l'AVS/AI (contenu dans le Recueil LAVS/RAVS), et instructions de l'OFAS.

Les personnes qui ne sont pas juristes et qui aimeraient néanmoins s'informer rapidement sur les droits des étrangers envers l'AI peuvent consulter les mémentos publiés par le Centre d'information des caisses de compensation; on peut se les procurer auprès desdites caisses, dont les adresses figurent à la dernière page de chaque annuaire téléphonique.

Les mémentos suivants sont disponibles:

- Mémentos AVS et AI pour les ressortissants de tous les pays avec lesquels la Suisse a conclu une convention incluant l'AI (ces pays ont déjà été énumérés ci-dessus);
- Mémento AVS et AI pour les ressortissants des pays avec lesquels la Suisse n'a pas conclu de convention («étrangers non conventionnels»);
- Mémento AVS et AI pour les réfugiés et les apatrides.

Résumé

Lorsqu'il s'agit de droits à des prestations de l'AI suisse (réadaptation, rentes, allocations pour impotents), il faut faire la distinction entre les condi-

tions d'invalidité (par exemple art. 29, 1^{er} al., LAI pour les rentes AI) et les conditions d'assurance (clause d'assurance, durée minimale de cotisations ou de séjour, domicile et/ou séjour habituel en Suisse).

En ce qui concerne les conditions d'invalidité, la loi ne fait pas de différence entre Suisses et étrangers; en revanche, lorsqu'il s'agit des conditions d'assurance, il peut y avoir des différences entre Suisses et étrangers d'une part, ainsi qu'entre les diverses catégories d'étrangers, d'autre part. Il faut faire, en effet, la distinction entre ceux des étrangers dont les droits reposent sur la loi et ceux qui peuvent invoquer une convention conclue entre leur pays et le nôtre, grâce à laquelle leur statut est sensiblement plus favorable. Les réfugiés et apatrides reconnus ont également une situation relativement bonne dans l'AI, car ils peuvent se référer à l'arrêté fédéral de 1962 sur leur statut.

Etant donné qu'un droit aux prestations existe seulement lorsque les conditions d'assurance sont également remplies, celles-ci doivent toujours être vérifiées minutieusement.

Des mémentos spéciaux, que l'on peut commander auprès des caisses de compensation, donnent des informations au sujet des droits des étrangers, des réfugiés et des apatrides dans l'AI.

Le prochain numéro de la RCC paraîtra sous forme de double numéro 7/8 le 12 août.

Problèmes d'application

Examens effectués dans les centres d'observation professionnelle de l'AI (COPAI)¹

(Circulaire concernant les centres d'observation professionnelle dans l'AI, du 1^{er} février 1982, doc. 34.862; statuts des COPAI, du 10 septembre 1980, doc. 33.294.)

En parcourant les rapports des COPAI, on a dû constater que des assurés étaient, assez souvent, convoqués pour subir, dans ces centres, des examens professionnels dont l'exécution n'était pas indiquée dans leur cas. Nous tenons par conséquent à rappeler ici des directives qui doivent absolument être observées.

Les COPAI ont pour mission de déterminer, dans des cas spéciaux, la

¹ Extrait du Bulletin AI N° 263.

manière dont on peut mettre en valeur la capacité de travail de l'assuré. De tels examens sont effectués principalement lorsque cet assuré :

- se déclare incapable de travailler et demande une rente, alors qu'une réadaptation dans l'économie libre paraît réalisable, la santé de l'intéressé n'étant pas gravement atteinte;

- est capable de mettre en valeur, dans une mesure que l'office régional AI ne peut encore déterminer clairement, la capacité de travail qui lui reste selon une attestation médicale, en déployant une activité dans un certain domaine (p. ex. dans un domaine voisin de son ancienne activité).

Pour tous les autres examens professionnels, notamment en vue de la formation professionnelle initiale et d'un placement dans l'économie libre, ainsi que pour la préparation à un travail dans un atelier protégé, l'AI dispose, comme par le passé, des centres de réadaptation et d'un grand nombre de tels ateliers.

Notons qu'un séjour dans un COPAI, ainsi que tout autre séjour consacré à l'observation des aptitudes professionnelles de l'assuré, ne peuvent être prescrits que si les conditions suivantes sont remplies :

- la situation médicale a été suffisamment élucidée par le médecin de famille ou le spécialiste, par une clinique ou exceptionnellement par un COMAI, pour que l'on puisse se prononcer sur l'aspect professionnel du cas;

- la capacité de travail de l'assuré, ou son attitude à être réadapté, ne peut être déterminée d'une manière assez sûre au moyen d'un examen ambulatoire confié à l'office régional AI ou à un service social.

L'examen professionnel préliminaire doit – après consultation de l'ancien employeur – permettre de recueillir des informations, en particulier, sur le genre de l'activité exercée précédemment, les caractéristiques du poste de travail et l'attitude de l'assuré envers sa profession; il doit aussi révéler quelles sont les possibilités éventuelles de confier à celui-ci un emploi moins difficile dans la même entreprise.

Si quelque chose n'est pas clair, le COPAI doit avoir la possibilité de demander des précisions; il faut donc lui indiquer qui a examiné avant lui les aspects professionnels du cas.

L'étude des rapports a montré que dans de nombreux cas, la situation médicale et notamment psychologique n'avait pas été examinée d'une manière suffisante. Souvent une expertise psychiatrique approfondie aurait sans doute révélé que l'intéressé était, pratiquement, tout à fait incapable de travailler, ou bien au contraire capable de travailler dans une large mesure. Ceci vaut notamment pour les cas où il y a lieu de soupçonner une simulation ou une tendance à aggraver l'affection. Sur la base de tels résultats, l'office régional aurait alors, au besoin, pu se prononcer directement

sur la question de la réadaptation professionnelle; un examen par le COPAI n'aurait été nécessaire que dans des cas isolés.

En outre, les assurés dont l'incapacité de travail n'est due, pratiquement, qu'à l'abus d'alcool ne doivent, en règle générale, pas être examinés dans un tel centre; ou bien alors, ils devraient pour le moins avoir subi préalablement une cure de désintoxication. Si celle-ci a eu du succès, l'assuré aura, probablement, un choix relativement grand de possibilités professionnelles, avec ou sans l'aide de l'office régional; en cas d'échec de la cure, il n'a en général plus guère de chances de se réadapter. Enfin, les personnes qui ne pourront, selon toute probabilité, travailler que dans un atelier protégé doivent être considérées comme inaptes à subir un examen dans un COPAI. Les COPAI tiennent beaucoup à ce qu'on ne leur confie pas de cas de ce genre; en effet, l'atmosphère de travail souffre beaucoup de la présence des invalides de cette catégorie, dont le handicap est souvent très sérieux.

Coordination entre les PC et l'assurance-maladie¹

Dans un arrêt qui vient d'être publié (RCC d'avril 1986, p. 259), le TFA a constaté que l'obligation de l'assurance-maladie de verser des prestations a la priorité sur celle du régime des PC. C'est pourquoi il faut, dès à présent, observer la règle suivante: dans les cas où la caisse-maladie a réduit ses prestations ou ne les a pas versées, à cause de la prise en compte de PC, l'affaire devra être tout d'abord renvoyée à ladite caisse, pour que celle-ci fixe ses prestations d'après la nouvelle jurisprudence du TFA. Alors seulement, le remboursement éventuel de frais de maladie ou de soins sera effectué.

Assistance accordée sous forme de rentes à des membres de la famille¹

Les revenus tirés d'une assurance-rentes que des parents en ligne directe ascendante ou descendante, ou des frères et sœurs, ont conclue en faveur d'un bénéficiaire de PC ne sont pas pris en compte, ou ne le sont que partiellement, s'ils sont nécessaires à la couverture des besoins vitaux et si les prestations de l'AVS/AI, ainsi que les PC et d'autres revenus, ne suffisent pas à couvrir ces besoins (par exemple loyer, frais de pension dans un home, frais occasionnés par une infirmité ou par l'âge; voir aussi l'arrêt du TFA du 28 mai 1985 publié dans RCC 1986, p. 70).

¹ Extrait du Bulletin des PC N° 75.

En bref

Fusion du 2^e pilier avec le premier?

Dans la presse, comme dans les discussions publiques consacrées à la prévoyance professionnelle, on porte parfois des jugements négatifs sur certains aspects de ce système – spécialement sur l'aspect financier – en estimant qu'ils sont désavantageux pour notre économie; l'AVS, en revanche, est jugée plus sûre et plus robuste. Un citoyen ayant suggéré, en se fondant sur ces idées-là, une fusion de la prévoyance professionnelle avec l'AVS, M. Egli, président de la Confédération, lui a opposé, dans sa réponse, les arguments suivants:

«En principe, les dépenses d'une assurance-vieillesse sont indépendantes du système du financement, c'est-à-dire que le rapport cotisations/rentes n'est pas influencé par le système de la répartition des charges ou par celui de la capitalisation.

Chaque système a ses avantages et ses faiblesses. Un système qui ne comporterait que des avantages, cela n'existe pas. La conception différente du premier et du 2^e pilier doit être comprise comme une mesure de plus pour partager les risques, car on a séparé la dépendance par rapport aux effectifs, d'une part, et la dépendance par rapport aux facteurs économiques, d'autre part.

Le développement de l'AVS pendant les trente-cinq dernières années peut faire apparaître comme avantageux de nouveaux progrès dans ce secteur des assurances. Cependant, la grande épreuve reste encore à surmonter: par suite des modifications qui vont se produire dans les effectifs, il y aura, à partir de l'an 2000, un accroissement des dépenses de 30 à 50 pour cent. Cela signifie que le taux actuel des cotisations (8,4 pour cent des salaires) montera – sans augmentation des prestations – à 11, 12 ou 13 pour cent des salaires. Une hausse de 1 pour cent des salaires effectuée aujourd'hui aura pour effet, à cette époque, une hausse de 1,4 pour cent en moyenne. Une influence parallèle de la structure de la population n'existe pas dans la prévoyance professionnelle. On peut rappeler que les caisses de pensions ont un passé bien plus long et ont surmonté, dans la première moitié du siècle, de grandes difficultés. La prévoyance professionnelle en est encore à ses débuts. Des imperfections ne peuvent être entièrement évitées; il en

existe dans toute phase initiale, il y en a eu aussi lors des débuts de l'AVS. A notre avis, elles doivent susciter des corrections, mais ne constituent pas un motif de renoncer à une certaine conception.

La prévoyance-vieillesse repose sur le modèle des trois piliers qui est ancré dans la Constitution. Ces trois piliers se distinguent par leur assureur, leur organisation, leurs buts, les mécanismes de financement et la nature des prestations; cependant, ils sont tout à fait équivalents. La conception suisse est devenue, sur le plan international, un véritable modèle; d'autres pays – et justement ceux dans lesquels le premier et le 2^e pilier constituent une unité – cherchent à adopter eux aussi la conception des trois piliers. La prévoyance-vieillesse est un projet à long terme. C'est pourquoi l'on ne peut se fonder uniquement sur des critères momentanés; il faut aussi considérer les évolutions futures.»

Bibliographie

Séminaire OPPS (en allemand seulement). Exposés sur des thèmes actuels de la prévoyance professionnelle et sur la gestion des caisses de pensions. Environ 60 pages. Fr. 9.–. Office de la prévoyance professionnelle et de la surveillance des fondations du canton de Berne (OPPS), Gerichtsgasse 12, 3011 Berne.

Was tun im Notfall? Notfallplätze für Behinderte im Kanton Zürich. Conseils à l'intention des invalides et de leurs proches sur les possibilités d'hébergement en cas de détresse. Publié par la Conférence des handicapés du canton de Zurich, Seestrasse 37, 8002 Zurich. Tél. 01/202 25 25.

Interventions parlementaires

Motion de la commission du Conseil national, du 25 avril 1985, concernant la loi sur les allocations familiales dans l'agriculture

Le Conseil national a rejeté cette motion (RCC 1985, p. 586) lors des discussions au sujet des initiatives sur la politique familiale (voir aussi RCC 1986, pp. 41-43), en date du 10 mars, par 90 voix contre 38. La RCC avait omis de mentionner le résultat de ce vote dans le communiqué publié en avril (RCC 1986, p. 205).

Question ordinaire Blunschy, du 12 mars 1986, concernant les rentes AVS pour les Suisses de l'ancien Congo belge

M^{me} Blunschy, conseillère nationale, a posé la question ordinaire suivante:

«Les Suisses de l'étranger qui vivaient dans l'ex-Congo belge ont versé obligatoirement à l'Etat belge des cotisations AVS s'élevant à 14 pour cent du revenu provenant de leur activité lucrative. Lors de la proclamation de l'indépendance du Zaïre, le 30 juin 1960, la Belgique leur a certes garanti, en principe, les droits qu'ils avaient acquis envers l'assurance jusqu'à cette date, mais en les assortissant de conditions et de réserves très rigoureuses. L'indexation des rentes n'a été promise qu'aux ressortissants belges ainsi qu'aux citoyens des Etats qui ont conclu, avec le Royaume de Belgique, des conventions dites de réciprocité. Malheureusement, aucune convention de ce type n'a été passée entre la Suisse et la Belgique. Donc, les Suisses de l'ancien Congo belge reçoivent des rentes extraordinairement faibles qui n'atteignent que le dixième environ de ce que touchent les Belges ou les ressortissants d'autres Etats, quand bien même nos compatriotes ont versé des cotisations d'un montant équivalent. Depuis plus de 25 ans, l'Etat belge encaisse les intérêts des contributions versées, dans son ancienne colonie, par les Suisses qui y résidaient.

Compte tenu de cette situation, je demande au Conseil fédéral de répondre aux questions suivantes:

1. Pourquoi la Suisse n'a-t-elle pas conclu de convention appropriée avec la Belgique?
2. Que compte entreprendre le gouvernement dans le dessein d'aider ces ex-Suisses de l'étranger à faire valoir leurs droits?»

Interpellation Villiger, du 20 mars 1986, concernant l'économie souterraine

M. Villiger, conseiller national, a présenté l'interpellation suivante:

«Une étude du Fonds national suisse estime que la part de l'économie dite «souterraine» en Suisse se situe entre 3 et 6 pour cent du produit national, ce qui paraît modeste en regard d'autres pays. On n'en constate pas moins une montée constante de ce secteur depuis les années 60, ce qui laisse penser que cette «économie de l'ombre» risque de

poser des problèmes dans notre pays. Ceci m'amène à poser au Conseil fédéral les questions suivantes:

1. Juge-t-il alarmants l'ampleur et le taux de croissance de l'économie «grise» dans ses diverses formes?
2. Quelles sont les répercussions de l'économie clandestine sur l'économie nationale?
3. A combien estime-t-il la perte causée par l'économie parallèle en termes de fiscalité et d'assurances sociales?
4. Considère-t-il des dispositions pénales plus sévères comme un moyen approprié de répression de l'économie souterraine?
5. A quelles causes attribue-t-il l'expansion de cette «contre-économie»?
6. Voit-il des possibilités de remédier aux causes mêmes de ce phénomène?»

(36 cosignataires)

Informations

Initiative POCH pour l'abaissement de l'âge AVS

Le secrétariat de l'Assemblée fédérale a publié le communiqué de presse suivant à propos de la séance de la commission du Conseil national du 13 mai:

«La commission du Conseil national chargée d'examiner l'*initiative des Organisations progressistes (POCH)* «visant à abaisser à 62 ans pour les hommes et à 60 ans pour les femmes l'âge donnant droit à la rente AVS» (RCC 1983, p. 138) a siégé le 13 mai à Berne sous la présidence de M. Rolf Seiler (PDC, ZH) et en présence de M. Egli, président de la Confédération.

Après avoir entendu un représentant des auteurs de l'initiative et discuté de façon approfondie, notamment, du thème de l'introduction de la flexibilité de l'âge donnant droit à la retraite et de l'harmonisation de l'âge de la retraite entre hommes et femmes, la commission a décidé, par 16 voix contre 4, de proposer le rejet de l'initiative. Sa décision est en accord avec celle du Conseil des Etats du 12 mars 1986 (RCC 1986, p. 205).

Une proposition a surgi du sein de la commission; son auteur voulait que l'on oppose à l'initiative un contre-projet prévoyant la fixation dans la loi, à 62 ans au plus, de l'âge donnant droit à l'AVS et aux prestations de la prévoyance professionnelle. Cependant, cette proposition a été rejetée par 15 voix contre 6. La proposition d'accepter l'initiative a été repoussée par 15 voix contre 6. Une proposition de motion qui tendait à charger le Conseil fédéral de proposer aux Chambres fédérales, dans un délai de deux ans et sous certaines conditions précises, l'introduction de la flexibilité de l'âge de la retraite, a été également rejetée par 15 voix contre 6. Ces trois propositions seront reprises en tant que propositions de minorité.

A l'unanimité, la commission a décidé de proposer au Conseil national la transmission du postulat ci-après:

Le Conseil fédéral est chargé de soumettre aux Chambres fédérales, dans un délai d'une année, un rapport sur la modulation de l'âge ouvrant le droit à la rente dans l'AVS (retraite

à la carte). Ce rapport doit présenter différents modèles en vue de la réalisation de ce postulat très important de la politique sociale. Il doit également indiquer les possibilités de coordination avec les institutions de la prévoyance professionnelle (caisses de pensions).

Dans le sens d'une première étape allant vers une unification de l'âge légal du droit à la rente de l'homme et de la femme, le rapport exposera en particulier les conséquences juridiques et financières qui résulteraient de la possibilité d'une retraite anticipée pour les hommes dès l'âge de 62 ans.»

Journée d'étude sur la prévoyance professionnelle

Le CEDIDAC, Centre du droit de l'entreprise (droit industriel, droit d'auteur, droit commercial) de l'Université de Lausanne, organise pour le 9 octobre 1986, à la faculté de droit de Lausanne/Dorigny, une journée d'étude consacrée au thème «Prévoyance professionnelle et fiscalité».

Pour obtenir des renseignements plus détaillés, on s'adressera à CEDIDAC, Formation continue, Université de Lausanne, BFSH 1, 1015 Lausanne, tél. 021/20 03 73.

Nouvelles personnelles

Retraite de M. Josef Barmettler

M. J. Barmettler a pris sa retraite le 31 mars 1986 après avoir dirigé les caisses de compensation «Papier» (au service de laquelle il a été depuis le 1^{er} janvier 1948), «Industrie de la chaussure», «Fabricants de meubles» et «Matériaux de construction».

L'activité de M. Barmettler dans les assurances sociales remonte à 1942; pour commencer, il travailla dans l'administration de la caisse d'assurance-chômage et de la caisse de compensation militaire de l'industrie du papier, à Berne. En 1953, il déménagea, lui et ses caisses, à Zurich. Au sein de notre association, il s'est distingué de bonne heure comme spécialiste de la confection des formules. Nous lui sommes reconnaissants aussi pour son activité au service de plusieurs commissions.

Avec lui, c'est un des derniers «pionniers de l'AVS» qui a quitté son poste et ses lourdes responsabilités.

Nos meilleurs vœux l'accompagnent au seuil de cette troisième phase de son existence; puisse-t-il bien profiter de sa retraite à Ennetbürgen!

Association des caisses de compensation professionnelles

Caisse de compensation Zoug

Le gérant de la caisse de compensation du canton de Zoug, M. **Burkart Baumgartner**, a atteint la limite d'âge; il va quitter la caisse à la fin de juin. Le nouveau gérant sera M. **Josef Schneider**, qui était jusqu'à présent le suppléant de M. Baumgartner.

Caisse suisse de compensation

M. **Josef Anthenien**, licencié en sciences économiques, a été nommé chef de la section «Suisse à l'étranger» de la division AVS. Il succède à M. **Michel Valterio** qui a repris la direction de ladite division en remplacement de M. **Edoardo Torri**, retraité (cf. RCC 1986, p. 229).

Répertoire d'adresses AVS/AI/APG

Page 30, caisse 110, Patrons vaudois: Le nouveau N° de téléphone est 021/49 19 11.

Page 31: Commission AI du canton de Berne:

Nouveau domicile: Monbijoustrasse 120, tél. (031) 45 65 11.

Adresse postale: Case postale 2710, 3001 Berne.

Page 42, Tribunal des assurances du canton de Vaud:

Palais de Justice de l'Hermitage, Route du Signal 8, 1014 Lausanne, tél. (021) 49 15 11.

Jurisprudence

AVS / Qualification du revenu en matière de cotisations

Arrêt du TFA, du 21 mars 1986, en la cause R. M.
(traduction de l'allemand).

Article 5, 2^e alinéa, LAVS. Si, dans le cas particulier, les éléments qui caractérisent une activité salariée sont prédominants en ce qui concerne le risque couru par l'entrepreneur, l'organisation du travail et l'obligation d'observer des instructions, le revenu tiré de cette activité représente le revenu déterminant. En l'espèce, il s'agit du revenu tiré de l'acquisition d'annonces.

Articolo 5, capoverso 2, LAVS. Se, nel caso particolare, gli elementi che caratterizzano un'attività lavorativa sono predominanti per quanto riguarda il rischio assunto dall'imprenditore, l'organizzazione del lavoro e l'obbligo d'attenersi alle istruzioni, il reddito proveniente da questa attività rappresenta il reddito determinante. In questo caso, si tratta del reddito relativo all'acquisizione di inserzioni.

La caisse de compensation a demandé par voie de décision à M. C., copropriétaire d'une maison d'éditions, de payer les cotisations paritaires arriérées sur les rétributions versées à R. M. pour l'acquisition d'annonces. M. C. a recouru avec succès. Le jugement cantonal a été attaqué par R. M., qui l'a porté devant le TFA. Voici un extrait des considérants de ce tribunal :

1. ... (Pouvoir d'examen du tribunal et légitimation active de R. M.).
2. a. Chez une personne qui exerce une activité lucrative, l'obligation de payer des cotisations dépend, notamment, de la qualification du revenu touché dans un certain laps de temps; il faut se demander si cette rétribution est due pour une activité indépendante ou pour une activité salariée (art. 5 et 9 LAVS, art. 6 ss RAVS). Selon l'article 5, 2^e alinéa, LAVS, on considère comme salaire déterminant toute rétribution pour un travail dépendant effectué dans un temps déterminé ou indéterminé; quant au revenu provenant d'une activité indépendante, il comprend «tout revenu du travail autre que la rémunération pour un travail accompli dans une situation dépendante» (art. 9, 1^{er} al., LAVS).

Selon la jurisprudence, on ne se fonde pas, pour savoir si l'on a affaire, dans un cas donné, à une activité indépendante ou à une activité salariée, sur les règles du droit civil, ni sur l'existence d'un contrat de travail, mais l'on considérera les circonstances économiques. Les circonstances de droit civil peuvent certes fournir éventuellement quelques indices pour la qualification dans l'AVS, mais elles ne sont pas déterminantes. Est réputé salarié, d'une manière générale, celui qui dépend d'un employeur quant à l'organisation du travail et ne supporte pas le risque économique couru par l'entrepreneur.

On ne peut, cependant, en se fondant sur ces seuls principes, parvenir à des solutions uniformes, applicables d'une manière schématique. La multiplicité des aspects de la vie économique oblige de juger le statut d'une personne active, en ce qui concerne les cotisations, en considérant toutes les circonstances du cas. Etant donné que l'on voit souvent apparaître alors les caractéristiques de ces deux genres d'activité (salariée et indépendante), il faut, souvent aussi, fonder sa décision sur les caractéristiques qui prédominent dans le cas concret (ATF 110 V 78, consid. 4 a, avec références, et RCC 1984, p. 585).

L'application de ces principes aux cas de représentants de commerce conduit, en général, à admettre l'existence d'une activité salariée (ATF 97 V 137, RCC 1972, p. 330, consid. 2; RCC 1980, p. 111; arrêt F. du 15 octobre 1985), à moins que l'ensemble des circonstances n'incite à admettre, dans le cas particulier, l'existence d'une activité indépendante (RCC 1982, p. 208).

b. En l'espèce, la question litigieuse est de savoir si le recourant R. M. a exercé une activité indépendante ou une activité salariée, s'agissant des rétributions reçues de l'autre intéressé (M. C.). Contrairement à l'avis exprimé par M. C., il s'agit ici – autant que l'on peut parler de conclusions tirées de l'exposé des faits constatés par les premiers juges – d'une qualification juridique qui peut, en tant que question de droit fédéral, être librement examinée par le TFA, aussi dans le cadre du pouvoir d'examen restreint selon l'article 105, 2^e alinéa, OJ (arrêt I.-T. SA du 3 octobre 1984).

c. En ce qui concerne le critère du risque couru par l'entrepreneur, le tribunal de première instance s'est demandé si le bureau que R. M. s'est installé dans son appartement pour son activité professionnelle pouvait être considéré comme un local affecté à des fins commerciales. En tout cas, l'usage d'un tel bureau n'a pas entraîné de grosses dépenses, et il n'y a pas eu d'investissements importants (par exemple pour un ordinateur). De plus, R. M. n'a pas engagé de collaborateurs, si bien qu'il n'a pas couru, à cet égard, de risques particuliers, abstraction faite des frais qu'il a assumés lui-même, et qui ne devaient pas être très élevés. D'autre part, on ne saurait nier que même dans une exploitation gérée par un seul homme, sans investissements importants, un risque d'entrepreneur peut exister, les risques concernant l'avenir de l'entreprise, le maintien d'un minimum de commandes, etc., étant supportés par cet homme seul. En ce qui concerne l'organisation du travail, le tribunal relève que la grande liberté dont R. M. jouissait à cet égard ne constitue pas, en soi, l'indice d'une activité indépendante, pas plus que le fait que R. M. a, de son propre chef et à ses dépens, accordé des rabais. Pourtant, la liberté tolérée par

M.C. dans l'organisation du travail et dans l'obligation de rendre compte permet de conclure que le statut de R. M. était en bonne partie celui d'une personne indépendante.

Enfin, en ce qui concerne l'obligation d'observer des instructions, les pièces du dossier sont contradictoires. Tout bien considéré, on ne peut, en l'espèce, d'après les critères déclarés valables par la jurisprudence, trancher d'une manière définitive, et il faut par conséquent appeler d'autres éléments à la rescousse. On peut alléguer, dans ce sens, qu'il n'y a jamais eu de contrat de travail, mais qu'une solution a été trouvée, qui tenait compte des besoins des deux parties et garantissait notamment à R. M. l'indépendance souhaitée. Ainsi, il se justifie – toujours selon les premiers juges – d'admettre une activité indépendante.

d. L'avis exprimé par les premiers juges est en contradiction, quant à son résultat, avec les principes posés par la jurisprudence au sujet de la délimitation entre l'activité indépendante et l'activité salariée. Selon cette jurisprudence, il faut prendre en considération toutes les circonstances du cas; la décision doit être fondée sur les caractéristiques qui prédominent dans le cas concret (ATF 110 V 78, consid. 4a, avec références, RCC 1984, p. 585). Dans le cas présent, les éléments qui font conclure à l'existence d'une activité salariée prédominent très nettement. Ainsi que l'OFAS le relève pertinemment, il est incontestable que R. M. a dû, pendant un peu moins de quatre ans, aux frais et au nom de l'hebdomadaire publié par M. C., recueillir des annonces; une partie au moins de celles-ci était fournie par des clients que la direction de ce périodique lui assignait. Pour cette activité, R. M. recevait une rétribution mensuelle conformément à l'accord conclu. Des indices permettant de conclure à l'existence d'un risque important d'entrepreneur, par exemple placement d'un capital, frais de personnel etc., font totalement défaut. R. M. n'occupait pas, notamment – contrairement à ce qui se passait dans l'affaire G. M., RCC 1982, p. 208, où l'agent entretenait «un réseau étendu d'intermédiaires» – de sous-agents. L'opinion exprimée par les premiers juges à propos des risques d'une entreprise gérée par un seul homme n'est pas fondée. En effet, selon la jurisprudence, le fait que la propre existence dépend du succès du travail personnel ne peut être considéré comme un risque couru par une personne indépendante que si des investissements importants doivent être effectués, ou si des salaires doivent être payés à du personnel (RCC 1982, p. 210, et 1980, p. 112). Ces conditions ne sont certainement pas remplies en l'espèce. Il n'y a, en outre, aucune raison d'attribuer ici une importance primordiale à la question de l'organisation du travail et de l'obligation de suivre des instructions. L'absence d'un contrat de travail (écrit) ne permet pas non plus de conclure que les indices d'une activité indépendante prédominent.

3. ...

4. ... (Question des frais).

AVS / Cotisations des non-actifs

Arrêt du TFA, du 11 octobre 1985, en la cause W. D.

Articles 10, 1^{er} et 3^e alinéas, LAVS et 28 RAVS. Les dispositions édictées par le Conseil fédéral, prescrivant de déterminer les conditions sociales des personnes sans activité lucrative d'après leur fortune et leurs revenus sous forme de rentes, ainsi que le facteur de capitalisation utilisé pour la conversion de ces revenus en fortune, sont conformes à la loi¹.

Articoli 10, capoversi 1 e 3, LAVS e 28 OAVS. Le disposizioni emanate dal Consiglio federale che prescrivono di determinare le condizioni sociali delle persone senza attività lucrativa secondo il loro patrimonio e i loro redditi in forma di rendite, come pure il fattore di capitalizzazione utilizzato per la conversione di questi redditi in patrimonio, sono conformi alla legge¹.

Extrait de l'exposé des faits:

La caisse de compensation a fixé, par décisions, les cotisations personnelles dues par W. D., assuré sans activité lucrative, pour les années 1979 à 1983. Elle a pris comme base de calcul la fortune et le revenu sous forme de rente de l'assuré, multipliant ce dernier par le facteur 30 et l'ajoutant à la fortune. L'autorité cantonale de recours ayant rejeté le recours formé par W. D. contre ces décisions, l'assuré a interjeté recours de droit administratif.

Voici un extrait des considérants du TFA:

1. En vertu de l'article 10, 1^{er} alinéa, LAVS, les assurés n'exerçant aucune activité lucrative paient une cotisation de 210 à 8400 fr. par an «suivant leurs conditions sociales». L'article 10, 3^e alinéa, LAVS délègue au Conseil fédéral la compétence d'édicter des règles plus détaillées sur le calcul des cotisations. C'est ce que l'autorité exécutive a fait au moyen des articles 28 à 30 RAVS. Elle y concrétise la notion des conditions sociales en prescrivant de fixer les cotisations sur la base de la fortune et du revenu annuel acquis sous forme de rente multiplié par 30 (art. 28 RAVS; ATF 105 V 243, consid. 2, RCC 1980, p. 247). Le TFA a toujours admis la légalité et la constitutionnalité de cette solution (voir par ex. ATF 105 V 243 et les arrêts cités; RCC 1980, p. 247, et 1984, p. 505).

¹ Ce jugement a été rendu selon l'ancien droit (facteur de capitalisation 30); il peut toutefois être considéré comme étant encore valable à l'heure actuelle.

¹ Questa sentenza è stata emanata secondo il vecchio diritto (fattore di capitalizzazione 30); può tuttavia essere considerata ancora valida a tutt'oggi.

2. a. Le recourant remet en cause le facteur de multiplication 30 – qui correspond à un taux d'intérêt de 3 ½ % – utilisé, conformément à l'art. 28 RAVS, pour la conversion de revenus acquis sous forme de rente. Il invoque à cet égard l'augmentation du taux d'intérêt en Suisse, survenue depuis le moment de l'entrée en vigueur du RAVS, augmentation qui justifierait désormais l'utilisation du facteur 20 (correspondant à un taux d'intérêt de 5 %). Dans le cas particulier, il en résulterait, selon les calculs du recourant, un montant déterminant les cotisations de 1 760 839 fr. pour les années 1979 à 1981 et de 1 897 847 fr. pour les années 1982 et 1983.

b. Le TFA a déjà eu l'occasion d'examiner la légalité du facteur de multiplication 30, retenu par le Conseil fédéral à l'art. 28 RAVS, et de juger qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter, sur le point ici en discussion, de cette disposition réglementaire (RCC 1979, p. 553, consid. 2b; arrêt non publié C. du 30 mars 1976). Il s'est fondé sur les mêmes motifs qui, en 1970, ont conduit le Tribunal fédéral à maintenir à 3 ½ % le taux de l'intérêt pour la capitalisation de rentes dans le domaine de la responsabilité civile, malgré la hausse des taux d'intérêt. Le Tribunal fédéral a souligné à ce propos que le capital servi en lieu et place d'une rente d'invalidité est, comme celle-ci, fixé une fois pour toutes en considération d'un état qui doit, en général et selon les prévisions normales, se prolonger pendant une longue période. Ce n'est donc pas la situation momentanée du marché de l'argent qui est déterminante, mais son évolution probable à longue échéance. La fixation d'un taux de capitalisation plus bas vise aussi à compenser, en partie tout au moins, la dépréciation de la monnaie (ATF 96 II 446/7; cf. également ATF 108 II 441, 102 II 95, 101 II 353, où le Tribunal fédéral a ultérieurement confirmé, implicitement ou expressément, le taux de capitalisation de 3 ½ %; voir en outre *Zen-Ruffinen*, La perte de soutien, thèse Neuchâtel 1979, p. 125, et *Engel*, Traité des obligations en droit suisse, p. 348).

c. Il est vrai que les arguments invoqués par le recourant ne sont pas dénués de toute pertinence si l'on considère l'évolution du marché de l'argent de 1970 à nos jours. La preuve en est que le Conseil fédéral a prévu dans une ordonnance du 17 juin 1985 – qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 1986 – de réduire à 20 le facteur de multiplication en cause (RO 1985, p. 913). Selon les explications de l'OFAS, cette modification permettra d'aboutir à un calcul plus équitable des cotisations à la charge des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative; elle a également été motivée par le fait qu'une « lourde imposition » des revenus acquis sous forme de rentes « n'est guère compatible avec les mesures que l'on prend aujourd'hui pour encourager la prévoyance professionnelle » (voir RCC 1985, p. 443).

Ces circonstances ne sont toutefois pas suffisantes pour que le TFA se départisse de sa jurisprudence susmentionnée et qu'il s'écarte de la réglementation – applicable en l'espèce – qui demeurera en vigueur jusqu'au 31 décembre 1985, en prescrivant d'utiliser déjà maintenant le facteur de multiplication 20. En effet, la norme de délégation contenue à l'art. 10, 3^e alinéa, LAVS donne au Conseil fédéral un très large pouvoir d'appréciation, puisqu'elle ne comporte aucune prescription sur la *manière* dont l'autorité exécutive est chargée de

régler le calcul des cotisations des personnes n'exerçant pas d'activité lucrative. La Cour de céans doit en pareil cas se borner à examiner si les dispositions en cause sont propres à réaliser objectivement le but visé par la loi, sans se soucier de savoir si elles constituent le moyen le mieux approprié pour atteindre ce but (ATF 110 V 328/9). Dès lors, même si une diminution du facteur litigieux apparaît aujourd'hui souhaitable, le juge ne saurait intervenir dans la réglementation actuellement en vigueur sans remettre en question le pouvoir d'appréciation qu'il convient de réserver au Conseil fédéral.

d. Compte tenu de ce qui précède, le recours de droit administratif est mal fondé.

3. ... (Question des frais.)

AI/Moyens auxiliaires

Arrêt du TFA, du 3 février 1986, en la cause V.S.
(traduction de l'allemand).

Article 21 LAI; chiffres 14.01 et 14.04 de l'annexe de l'OMAI. En cas de changement d'appartement, l'enlèvement de moyens auxiliaires, accordés en vertu du chiffre 14.01 de l'annexe de l'OMAI, et la suppression des mesures architecturales, octroyées en vertu du chiffre 14.04 de la même annexe, ne peuvent être classés dans aucune des catégories énumérées dans ladite annexe. Le fait que la liste annexée à l'OMAI ne prévoit pas la prise en charge de tels frais de remise en état est légal et constitutionnel.

Articolo 21 LAI; numeri 14.01 et 14.04 dell'allegato dell'OMAI. In caso di cambio dell'appartamento, la rimozione dei mezzi ausiliari, accordati ai sensi del numero 14.01 dell'allegato dell'OMAI, e la soppressione delle misure architettoniche, concesse ai sensi del numero 14.04 dello stesso allegato, non possono essere classificati in nessuna delle categorie enumerate nel suddetto allegato. Il fatto che l'elenco allegato all'OMAI non preveda l'assunzione di tali spese di ripristino è legale e costituzionale.

Par décision du 21 septembre 1976, qui a passé en force, la caisse de compensation compétente a accordé à V.S., né en 1939, divers moyens auxiliaires, notamment un appareil de Sanett, ainsi que des aménagements nécessités par l'invalidité dans l'appartement occupé par V.S. Celui-ci a dû quitter ce logement, dont l'état primitif a été rétabli à la demande du propriétaire; il a alors demandé à l'AI de prendre en charge les frais de ces travaux de remise en état. La caisse a rejeté cette demande le 28 février 1984, une base légale faisant défaut.

L'autorité cantonale de recours a rejeté, par jugement du 4 septembre 1984, le recours formé contre cette décision.

L'assuré a renouvelé, par la voie du recours de droit administratif, sa demande de prise en charge des travaux en question. La caisse et l'OFAS ont conclu au rejet de ce recours.

Le TFA a rejeté celui-ci pour les motifs suivants:

1. ...

Selon le N° 14.01 OMAI annexe, l'assuré a droit à des installations sanitaires complémentaires automatiques s'il ne peut faire seul sa toilette qu'au moyen de cet appareil. La remise de tels moyens auxiliaires permet d'atteindre le but prévu par la loi: développer l'autonomie personnelle (art. 21, 2^e al., LAI). En outre, selon le N° 14.04 OMAI annexe, l'AI peut accorder des contributions aux aménagements de la demeure de l'assuré nécessités par l'invalidité, ainsi par exemple pour la pose de barres d'appui, la suppression de seuils, le déplacement de montants de portes, etc. Le but de ces mesures clairement définies est de permettre à l'assuré de se déplacer ou de faciliter ses déplacements, son aptitude à marcher étant entravée par l'invalidité (cf. art. 21, 2^e al., LAI). Ni la teneur de ces dispositions, ni le but légal visé par la remise de moyens auxiliaires et l'octroi desdites mesures architecturales ne permettent de conclure que l'AI doit prendre en charge aussi le démontage d'un moyen auxiliaire et le rétablissement de l'état primitif d'un appartement. En effet, en enlevant un moyen auxiliaire et en annulant certaines mesures d'adaptation architecturales que l'invalidité a nécessitées, on se borne à rétablir l'état primitif de l'appartement; de tels travaux ne visent pas un but prévu par la loi sur l'AI, notamment par l'article 21 LAI. Malgré les circonstances ici réunies, l'installation de moyens auxiliaires et les travaux d'adaptation architecturale, nécessités par l'invalidité dans un appartement, et d'autre part le fait d'enlever plus tard ces moyens auxiliaires et de rétablir l'état primitif des lieux ne constituent pas – contrairement à l'avis du recourant – une prestation globale. On ne peut parler ici d'une unité de faits puisque la question du paiement des frais de rétablissement se pose dans d'autres conditions que celle de l'octroi des prestations (en l'espèce, l'octroi prévu par la décision du 21 septembre 1976). La remise de moyens auxiliaires et les transformations dans un appartement sont accordées en raison de l'invalidité de l'assuré; en revanche, si l'on enlève plus tard ces moyens auxiliaires et si l'on annule lesdites transformations, c'est en vue d'un déménagement motivé par des raisons professionnelles, familiales ou personnelles, donc par une circonstance qui n'est pas liée directement à l'invalidité. D'après ce qui vient d'être dit, la prise en charge des frais de rétablissement ici demandée ne peut être englobée dans aucune des catégories de droits à des prestations énumérées dans l'annexe de l'OMAI.

2. ...

c. Selon l'article 21, 1^{er} et 2^e alinéas, LAI, l'assuré a droit, «d'après une liste que dressera le Conseil fédéral», à des moyens auxiliaires. La teneur de cette disposition indique que tous les moyens auxiliaires qui entrent en ligne de compte

pour une réadaptation ne doivent pas être admis dans la liste de l'OMAI; le Conseil fédéral, ou à sa place le Département de l'intérieur, peut faire un choix et restreindre le nombre des moyens auxiliaires. Ce faisant, le Conseil fédéral (ou le département) dispose d'une grande liberté de manœuvre, puisque la loi ne prescrit pas expressément de quels points de vue ce choix doit s'inspirer (ATF 105 V 27 ss, RCC 1979, p. 227).

D'après ce qui vient d'être dit, l'auteur des dispositions d'exécution était libre en principe – en vertu du pouvoir d'appréciation qui lui était confié (cf. Imboden/Rhinow, Schweizerische Verwaltungsrechtsprechung, 5^e éd., t. 1^{er}, N° 66, p. 405), et compte tenu du but défini par l'article 21 LAI, ainsi que des limites fixées par l'interdiction de l'arbitraire – de décider quelles prestations il admettrait dans la liste et lesquelles il excluait par un silence qualifié. Le TFA n'a aucune raison d'intervenir, en examinant la question de la violation éventuelle de ladite interdiction, dans cette large marge d'appréciation. A cet égard, le fait que les frais de rétablissement n'ont pas été admis dans la liste de l'OMAI n'apparaît pas comme arbitraire, puisque l'on n'a pas, par cette omission, effectué une différenciation non motivée, ni adopté une solution insoutenable, non fondée sur des raisons sérieuses; d'une part, en effet, le simple rétablissement de l'état primitif des lieux ne constitue pas, comme déjà dit, une mesure de réadaptation au sens de l'article 21 LAI, et, d'autre part, on peut opposer à la prise en charge des frais de rétablissement des arguments tirés de l'application pratique, car on devrait alors, à chaque déménagement, examiner si celui-ci est justifié par les intérêts légitimes de l'assuré ou s'il a été décidé sans raison valable. De tels examens auraient un caractère très problématique dans l'application pratique.

d. Le recourant objecte que le refus des prestations de l'AI pour l'enlèvement des moyens auxiliaires et l'annulation des mesures architecturales aurait, pour bien des assurés, un caractère prohibitif; en effet, ceux-ci devraient se demander s'ils peuvent vraiment solliciter de telles prestations, devant procéder ensuite à leurs frais au démontage de ces installations. Dans de nombreux cas, il faudrait – ne serait-ce que pour des raisons financières – renoncer à un déménagement qui aurait été indiqué pour des motifs d'ordre professionnel ou familial, si bien que le refus de la prise en charge pourrait représenter une violation de la liberté d'établissement garantie par la Constitution, ainsi que de la liberté personnelle.

En avançant de tels arguments, on oublie que l'AI – comme déjà dit – n'est pas, notamment dans le secteur des moyens auxiliaires, une assurance complète qui prétend couvrir tous les frais causés par l'invalidité; la caisse de compensation l'a rappelé avec raison. Il ne saurait être question ici, contrairement à ce qui est prétendu dans le recours de droit administratif, d'une violation de droits constitutionnels. Le fait que l'auteur de l'OMAI a décidé d'exclure la prise en charge des frais de rétablissement se révèle, d'après ce qui a été dit dans le présent arrêt, conforme à la loi et à la Constitution. Le jugement cantonal et la décision de caisse peuvent donc être confirmés.

Arrêt du TFA, du 17 février 1986, en la cause A. K.
(traduction de l'allemand).

Articles 21, 1^{er} alinéa, et 21 bis, 2^e alinéa, LAI. Tout comme les moyens auxiliaires, les prestations de services par des tiers ne peuvent remédier qu'à des déficiences de certaines parties du corps ou de certaines fonctions corporelles; elles sont accordées si elles permettent à l'invalidé de se rendre à son travail ou d'accomplir lui-même ses obligations professionnelles. (Précision de la jurisprudence.)

Il existe un droit aux prestations de services par des tiers lorsque l'invalidé remplirait les conditions de la remise d'un moyen auxiliaire déterminé, mais qu'en raison de circonstances personnelles, il n'est pas en mesure de l'utiliser. Les considérants de l'arrêt H. D. (ATFA 1968, p. 272, RCC 1969, p. 175) et de l'arrêt G. B. (RCC 1970, p. 385), selon lesquels il existe un droit à de telles prestations lorsque l'invalidé ne peut pas utiliser un certain moyen auxiliaire à cause du genre de son handicap, deviennent ainsi caducs.

Articoli 21, capoverso 1, e 21 bis, capoverso 2, LAI. Così come i mezzi ausiliari, anche le prestazioni di servizio da parte di terzi possono rimediare solo alle deficienze di alcune parti del corpo o di certe funzioni corporali; esse sono accordate se permettono all'invalido di recarsi al lavoro o di svolgere da solo i propri obblighi professionali. (Precisazione della giurisprudenza.)

Il diritto alle prestazioni di servizio da parte di terzi è riconosciuto quando l'invalido soddisferebbe alle condizioni per la consegna di un mezzo ausiliare determinato ma, a causa di circostanze personali, non è in grado di utilizzarlo. I considerandi della sentenza H. D. (DFTA 1968, p. 272, RCC 1969, p. 175) e della sentenza G. B. (RCC 1970, p. 385), secondo i quali esiste un diritto a tali prestazioni quando l'invalido non può utilizzare un certo mezzo ausiliare a causa del genere della sua infermità sono quindi caduchi.

L'assuré A. K. souffre d'une grave faiblesse de la vue. Après avoir suivi les cours d'une école pour aveugles avec l'appui financier de l'AI, il a appris le métier de masseur, qu'il exerce d'une manière indépendante depuis 1980. L'AI lui a accordé, à partir de 1978, divers moyens auxiliaires et une allocation pour impotent. En août 1983, l'assuré a demandé à l'AI de prendre en charge les frais d'un employé administratif, soit 297 fr. 60 par mois. Il a motivé cette requête en alléguant qu'il ne pouvait assumer d'une manière indépendante diverses tâches administratives dont il a précisé la nature; il a besoin, pour les accomplir, d'un aide pendant environ deux heures par semaine.

La caisse de compensation a nié un tel droit par décision du 15 novembre 1983. L'assuré a porté cette décision, par voie de recours, devant l'autorité de recours

cantonale. Celle-ci a annulé la décision et a renvoyé l'affaire à l'administration pour un examen plus approfondi. La motivation de ce tribunal peut être résumée de la manière suivante: En l'état du dossier, on ne peut déterminer si l'assuré a éventuellement droit, en principe, à la remise d'appareils de lecture et d'écriture, conçus pour les aveugles, ou à l'aménagement de son poste de travail, de manière à pouvoir assumer lui-même les travaux de bureau. Si la réponse était affirmative, il faudrait examiner s'il existe, dans le secteur des moyens auxiliaires destinés spécialement aux aveugles, des appareils ou des installations qui remplissent les conditions légales (modèle simple et adéquat) et qui permettraient à l'assuré d'effectuer lui-même les divers travaux administratifs. Si oui, il faudrait encore se poser une question: un tel moyen auxiliaire peut-il être remplacé par les services de tiers?

L'OFAS a interjeté recours de droit administratif en concluant au rétablissement de la décision de la caisse. Il a allégué dans l'essentiel, en se référant à l'arrêt H. L. (ATF 96 V 84, RCC 1970, p. 592): Pour l'accomplissement des travaux qui font partie des tâches habituelles de l'invalidé, mais qui ne peuvent, pour cause d'invalidité, être assumés par lui-même, aucune indemnité ne peut être accordée. Cela signifie que des moyens auxiliaires au poste de travail ne peuvent en tout cas pas être remplacés par des services de tiers au sens de l'article 21 bis, 2^e alinéa, LAI lorsque le travail à effectuer par l'homme n'est pas, dans son ensemble, accru. On ne saurait parler de prestations de services au sens de la loi que si, pour cause d'invalidité, l'aide d'un tiers doit nécessairement être demandée en lieu et place d'un moyen auxiliaire. C'est pourquoi il n'y a pas lieu d'examiner si l'assuré a besoin d'un moyen auxiliaire pour exercer son activité lucrative. Le problème réside bien plutôt dans le fait qu'un masseur non invalide est libre, lui aussi, d'assumer lui-même les travaux administratifs ou de confier ce soin à un employé.

Le TFA a admis le recours de droit administratif pour les motifs suivants:

1. a. Selon l'article 21, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré a droit, d'après une liste que dressera le Conseil fédéral (annexe de l'OMAI), aux moyens auxiliaires dont il a besoin notamment pour exercer une activité lucrative. L'article 21 bis, 2^e alinéa, LAI prévoit que l'assurance peut allouer des contributions à l'assuré qui a recours, en lieu et place d'un moyen auxiliaire, aux services de tiers. Selon l'article 9, 1^{er} alinéa, OMAI, le droit au remboursement des frais liés à l'invalidité, qui sont dûment établis et causés par les services spéciaux de tiers dont l'assuré a besoin, en lieu et place d'un moyen auxiliaire, est limité aux services qui sont nécessaires à l'assuré pour se rendre au lieu de travail ou exercer une activité lucrative.

A propos de l'article 21 bis, 2^e alinéa, LAI, admis dans cette loi dès le 1^{er} janvier 1968, le message du Conseil fédéral dit ceci à sa page 28:

«L'usage de certains moyens auxiliaires, par exemple des véhicules à moteur, requiert des connaissances et des aptitudes particulières. Lorsqu'un assuré ne remplit pas ces conditions, il est obligé de recourir à des prestations de services à défaut de pouvoir employer un moyen auxiliaire. Le fait que l'AI ne prévoit, pour remédier à la déficience de certaines fonctions corporelles, que la remise

d'appareils, et non la prise en charge de prestations de services, désavantage les assurés qui ne peuvent utiliser l'appareil en question.»

De ces commentaires, le TFA a conclu que l'AI ne peut rembourser les prestations de services de tiers que lorsque l'invalidé remplit les conditions d'octroi d'un moyen auxiliaire déterminé, dont il ne peut cependant se servir lui-même en raison du genre de son invalidité. Les contributions pour les prestations de services de tiers servent à compenser tout droit à un moyen auxiliaire déterminé, quel qu'il soit, sont l'utilisation «requiert des connaissances et des aptitudes particulières» que l'invalidé ne possède pas en raison de «la déficience de certaines fonctions corporelles» (ATFA 1968, p. 272, RCC 1969, p. 177). Dans un autre arrêt, en la cause G. B. (RCC 1970, p. 385), le TFA a répété que le droit au remboursement des frais de services de tiers suppose l'existence d'un droit à un moyen auxiliaire déterminé, que l'assuré, toutefois, ne peut utiliser «à cause du genre de son infirmité». La rédaction prévoyant que l'invalidé doit être incapable d'utiliser le moyen auxiliaire «à cause du genre de son infirmité» aurait cependant pour conséquence qu'un invalide n'aurait pratiquement jamais droit à des prestations de services; en effet, si un invalide a besoin d'un moyen auxiliaire déterminé précisément à cause de son infirmité, il est contradictoire que le droit au remboursement des frais de telles prestations dépende du fait que l'invalidé ne peut, à cause de la même infirmité, utiliser ce moyen. C'est pourquoi le message parle expressément de moyens auxiliaires dont l'utilisation exige «des connaissances et des aptitudes particulières»; l'assuré qui ne remplit pas ces conditions est obligé de recourir à des prestations de services. En outre, le message indique qu'aucun désavantage ne doit être occasionné aux assurés qui – justement parce qu'ils n'ont pas ces aptitudes – ne peuvent utiliser eux-mêmes ce moyen auxiliaire. Compte tenu du fait que de telles prestations de services peuvent représenter, pour l'assuré, une charge financière importante, il fut proposé dans le message que l'on insère dans la loi une disposition selon laquelle l'AI accorderait des contributions aux frais de prestations de services fournis par des tiers, qui sont nécessaires en lieu et place d'un moyen auxiliaire. Il en résulte d'une manière générale, que l'AI doit verser de telles contributions en tout cas lorsque l'invalidé remplit en soi la condition de la remise d'un moyen auxiliaire déterminé, mais qu'il ne peut l'utiliser pour des raisons liées à sa personne. Celles-ci peuvent, mais ne doivent pas nécessairement, être en rapport avec son infirmité. Il convient de préciser dans ce sens l'arrêt H. D. (RCC 1969, p. 177).

b. Selon la pratique, il faut entendre par moyen auxiliaire de l'AI un objet dont l'usage est de nature à compenser la perte de certaines parties du corps ou leur non-fonctionnement (ATF 101 V 269, RCC 1976, p. 329). Etant donné que les contributions versées pour les services de tiers au sens de l'article 21 bis, 2^e alinéa, LAI représentent seulement le remplacement d'un moyen auxiliaire auquel l'invalidé a droit en principe, mais qu'il ne peut utiliser lui-même pour des motifs liés à sa personne, les services de tiers, donnés à titre de mesure de remplacement, n'ont eux aussi qu'un caractère auxiliaire. Ces services doivent donc compenser – seulement en lieu et place du moyen auxiliaire – ladite «perte

de certaines parties du corps ou leur non-fonctionnement», mais ne doivent pas, compte tenu de leur nature, aller plus loin que le caractère seulement auxiliaire du moyen auxiliaire à la place duquel ils sont accordés. C'est dans ce sens qu'il faut comprendre que le TFA ait approuvé, dans l'arrêt H. L. (ATF 96 V 84, RCC 1970, p. 594), la pratique administrative selon laquelle on ne considère pas comme prestations de services au sens de l'article 21 bis LAI «les services de tiers consistant à exercer, à la place de l'invalidé, une activité lucrative ou un autre genre d'activité».

2. L'objet litigieux, dans la présente procédure, est uniquement de savoir si l'AI doit, en vertu de l'article 9 OMAI, prendre en charge les frais de l'employé occupé par l'intimé. A ce sujet, on constatera que l'activité de cet employé ne se borne pas à aider l'intimé – comme le ferait un moyen auxiliaire accordé éventuellement à cause de son invalidité, ou comme le feraient des prestations de services selon l'article 9, 1^{er} alinéa, OMAI – de manière à permettre la liquidation des affaires administratives de l'entreprise; cet employé doit bien plutôt se charger lui-même desdites affaires en lieu et place de l'intimé, sous sa surveillance il est vrai. Cette activité, malgré sa durée relativement brève (environ deux heures par semaine), sort du cadre d'une prestation de services au sens de l'article 9, 1^{er} alinéa, OMAI.

AI / Revision de la rente

Arrêt du TFA, du 2 juillet 1985, en la cause V. M.
(traduction de l'italien).

Article 41 LAI; articles 88 a, 1^{er} alinéa, et 88 bis, 2^e alinéa, lettre a, RAI. La caisse de compensation peut supprimer une prestation non seulement en cas de violation de l'obligation de renseigner, mais aussi lorsqu'elle n'a pas reçu, dans une procédure de revision, les pièces dont elle a requis la production sous menace de ladite suppression et en fixant un délai. (Confirmation de la jurisprudence dans ATF 107 V 24, considérant 1.)

La suppression de la prestation n'est pas subordonnée à la condition que l'administration ait déjà demandé toutes les pièces nécessaires pour rendre la décision; il suffit qu'elle ait requis la production des données de base propres à fonder une décision sur les prétentions de l'assuré, la faculté de recueillir ultérieurement des renseignements complémentaires lui étant réservée. (Considérant 2.)

La décision que la caisse de compensation est appelée à rendre – une fois produites les pièces qui faisaient auparavant défaut – déploie ses effets au plus tôt à partir du premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision soumise à condition résolutoire. (Précision de la jurisprudence; considérant 3.)

Articolo 41 LAI; articolo 8a, capoverso 1, e 88bis, capoverso 2, lettera a, OAI. La cassa di compensazione può sopprimere una prestazione, non solo in caso di violazione dell'obbligo d'informare, ma anche quando, in una procedura di revisione, non ha ricevuto i documenti di cui aveva richiesto la produzione con la comminatoria della suddetta soppressione e fissando un termine. (Conferma della giurisprudenza in DTF 107 V 24, considerando 1.)

La soppressione della prestazione non è subordinata alla condizione che l'amministrazione abbia già chiesto tutti i documenti necessari per rendere una decisione; è sufficiente che essa abbia richiesto la produzione dei dati di base necessari per fondare una decisione sulle pretese dell'assicurato, essendole riservata la facoltà di raccogliere ulteriormente informazioni complementari. (Considerando 2.)

La decisione che la cassa di compensazione è chiamata a rendere – una volta prodotti i documenti in precedenza mancanti – spiega i suoi effetti al più presto a partire dal primo giorno del secondo mese che segue l'intimazione della decisione soggetta a condizione sospensiva. (Precisazione della giurisprudenza; considerando 3.)

V. M., ressortissant italien, né en 1947, a touché depuis le 1^{er} mai 1972 une rente AI entière, puis une demi-rente dès le 1^{er} mai 1979. Lors d'une revision, la caisse de compensation a demandé à l'INPS, institut italien de la sécurité sociale, le dossier médical de cet assuré. Ce dossier n'arrivant pas, la caisse a relancé l'INPS le 1^{er} février 1983 avec copie à l'assuré; elle a précisé que le paiement de la rente serait suspendu si les documents en question ne lui parvenaient pas le 31 mai 1983 au plus tard. Cette sommation n'ayant eu aucun succès, la caisse a supprimé, par décision du 20 juin 1983 – notifiée le 24 –, le paiement de ladite rente à partir du 1^{er} juillet suivant; elle signala cependant qu'elle reconsidérerait le cas et rendrait une nouvelle décision dès qu'elle serait en possession des pièces demandées.

Avec l'aide du «Patronato INAL», l'assuré a recouru auprès de la commission de recours compétente et a demandé que la décision de la caisse soit annulée, car on ne pouvait le rendre responsable du retard de l'INPS. Enfin, le 15 juillet 1983, le dossier demandé parvint à la caisse; celle-ci reçut aussi des pièces sur la situation économique de l'assuré qu'elle avait demandées, plus tard, au Patronato. Se fondant sur les constatations du médecin de la commission AI, la caisse a conclu, dans son préavis, qu'il fallait maintenir la suppression de la rente.

Par jugement du 27 janvier 1984, la commission de recours a admis le recours et a annulé la décision; la seule question à trancher était de savoir si la caisse pouvait suspendre le paiement de la rente à cause du retard de l'INPS. Les premiers juges ont admis en principe que la jurisprudence du TFA dans l'arrêt A. M. (ATF 107 V 24, RCC 1982, p. 250), qui permettait une telle suspension, était applicable, mais seulement à la condition que le défaut de la production des pièces fût la cause qui avait empêché la caisse de rendre sa décision. Or, cela

n'était pas le cas ici, puisque la caisse, ayant reçu le dossier médical, avait encore dû demander des pièces concernant l'aspect économique du cas; donc, l'affaire n'avait pas encore été mûre pour une décision. La cause qui avait empêché la caisse de rendre sa décision n'avait pas été seulement l'absence des pièces médicales, si bien que les conditions de la suppression de la rente n'avaient pas été remplies.

Du reste, il faut, selon les premiers juges, admettre le recours quoi qu'il en soit, car la décision de suppression constitue une violation de l'article 88 a, 1^{er} alinéa, RAI (durée de l'amélioration: au moins trois mois) ou de l'article 88 bis, 2^e alinéa, lettre a, RAI (suppression au plus tôt dès le premier jour du deuxième mois qui suit la notification).

La caisse de compensation a interjeté recours de droit administratif en concluant à l'annulation du jugement du Tribunal de première instance et au rétablissement de la décision du 20 juin 1983. Elle allègue qu'indépendamment des documents économiques nécessaires, les pièces du dossier médical étaient, dans tous les cas, aussi indispensables, si bien que les conditions de la suppression de la rente étaient remplies. En ce qui concerne la date de cette suppression, la caisse conteste que les dispositions citées par les premiers juges soient applicables lorsque la rente est supprimée parce que les documents exigés n'arrivent pas à temps.

Le TFA a admis ce recours pour les motifs suivants:

1. Le seul point litigieux est de savoir si la caisse pouvait supprimer la rente parce que le dossier demandé à l'INPS n'avait pas été envoyé. Selon une jurisprudence constante, la caisse de compensation peut suspendre le versement d'une prestation non seulement en cas de refus de donner des informations, mais aussi lorsque, dans une procédure de revision, des pièces ne lui sont pas remises, alors qu'elle les avait demandées en fixant un délai et en menaçant de supprimer la prestation. Ce principe général est valable, selon le TFA, en cas de revision, non seulement dans les affaires internationales, mais aussi dans les litiges avec des assurés suisses, lorsque la caisse de compensation ne peut rendre sa décision à temps à cause d'un retard de l'assuré lui-même ou d'un tiers; peu importe que ce tiers soit un simple particulier ou une institution chargée de tâches officielles (ATF 107 V 24, RCC 1982, p. 252, arrêt A. M.).

En ce qui concerne sa nature juridique, un tel acte administratif n'est pas une décision incidente; c'est une décision finale soumise à condition résolutoire. La condition, c'était l'arrivée des pièces demandées et l'obligation de la caisse de rendre une nouvelle décision au cas où les nouvelles pièces inciteraient à porter sur le cas un jugement différent (Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, p. 107, et jurisprudence citée à cet endroit).

2. En l'espèce, la caisse estime que cette pratique est applicable, parce que l'INPS ne lui a pas envoyé le dossier médical demandé, malgré l'avertissement donné par elle quant aux conséquences d'une omission. Les premiers juges, en revanche, considèrent que les conditions ne sont pas remplies, puisque le dossier médical n'était, certes, pas disponible, mais que les informations d'ordre

économique, également nécessaires pour rendre la décision, n'avaient pas été demandées à temps à cause d'une négligence commise par la caisse, donc faisaient également défaut. Selon ces juges, ce qui est déterminant, c'est que la caisse ait été dans l'impossibilité de rendre sa décision non seulement à cause de l'absence des pièces médicales, mais aussi à cause de celle des documents sur l'aspect économique de la question.

Certes, il est exact que la question n'aurait pas pu être tranchée uniquement sur la base du dossier médical, et que la caisse a demandé des précisions d'ordre économique seulement après l'arrivée de ce dossier. Pourtant, on ne saurait en tirer les mêmes conclusions que les premiers juges. Le but de la pratique suivie dans l'arrêt A. M. (ATF 107 V 24, RCC 1982, p. 252) est d'empêcher que la caisse ne soit dans l'impossibilité de rendre une décision uniquement à cause de l'absence de dossiers. Cependant, il n'est nullement question de prescrire à la caisse comment elle doit procéder, en prétendant par exemple qu'elle ne pourrait menacer de suspendre une prestation qu'en réclamant simultanément toutes les pièces nécessaires à la décision. Les organes de l'AI doivent disposer de la plus grande liberté possible dans le choix de la procédure d'instruction des cas. Cela ne signifie pas qu'ils puissent, déjà au moment d'exiger des documents moins importants, menacer de suspendre les prestations, puis les suspendre effectivement. Inversement, on ne peut pas non plus exiger d'eux qu'ils connaissent, dès le début de la procédure, tous les documents qui pourraient éventuellement être nécessaires à leur décision.

Lorsqu'elle est en possession de certains éléments essentiels, et alors seulement, l'administration peut savoir si elle a besoin d'informations supplémentaires, et lesquelles.

On ne peut, en l'espèce, reprocher à la caisse de s'être fondée d'abord sur un dossier médical pour demander ensuite d'autres documents, notamment sur les aspects économiques du cas. Lorsqu'elle vit que le dossier médical n'arrivait pas, elle ne pouvait poursuivre l'examen de l'affaire dans ce sens et suspendit par conséquent la rente, à bon droit, en vertu de la pratique rappelée ci-dessus. A cet égard, le jugement de première instance n'est pas fondé.

3. L'autorité de première instance a montré, d'une manière détaillée, que la décision de la caisse n'est pas conforme à l'article 88 a, 1^{er} alinéa, RAI (durée de l'amélioration: au moins trois mois) ni à l'article 88 bis, 2^e alinéa, lettre a, RAI (suppression au plus tôt dès le premier jour du deuxième mois qui suit la notification). La caisse, en revanche, estime que ces dispositions ne sont pas applicables dans le cadre de la jurisprudence de l'arrêt A. M. (ATF 107 V 24, RCC 1982, p. 249).

En ce qui concerne l'article 88 a, 1^{er} alinéa, le TFA partage l'opinion de la caisse. Selon cette disposition, l'amélioration de la capacité de gain ou la diminution de l'impotence doit être prise en considération – s'il est question de supprimer ou de réduire des prestations – à partir du moment où l'on peut admettre que cette modification durera, probablement, assez longtemps; aux termes de la deuxième phrase de cette disposition, cette amélioration doit être en tout cas prise en considération «lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois

déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre». On ne voit pas comment cette prescription s'appliquerait lorsqu'on ne peut rien dire au sujet d'une éventuelle amélioration, le dossier ne fournissant aucun indice sur ce point-là.

En ce qui concerne l'article 88 bis, 2^e alinéa, lettre a, RAI, le TFA ne partage pas l'avis de la recourante. Selon cette disposition, les rentes ou les allocations pour impotents doivent être réduites ou supprimées au plus tôt à partir du premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. Cette disposition, valable dès le 1^{er} janvier 1983, garantit – contrairement à l'ancienne réglementation – que la prestation soit réduite ou supprimée seulement au bout d'un mois supplémentaire. De cette manière, l'assuré a le temps de prendre les dispositions qui s'imposent. Les mêmes égards se justifient lorsque la prestation est supprimée en vertu de la jurisprudence de l'arrêt A. M. cité ci-dessus (RCC 1982, p. 249). Certes, il s'agit ici – ainsi que l'OFAS et la caisse le relèvent – seulement d'une suspension et non pas d'une suppression définitive du droit; toutefois, une telle suppression peut se produire dès que les pièces demandées arrivent et donnent lieu à une nouvelle décision. Dans ce cas, cependant, la situation de l'assuré ne se distingue pas fondamentalement de celle qui se présente lors d'une révision ordinaire de rente. C'est pourquoi la décision notifiée le 24 juin 1983 pouvait déployer ses effets au plus tôt dès le 1^{er} août suivant. Compte tenu de ces considérations et de la teneur, valable dès le 1^{er} janvier 1983, de l'article 88 bis, 2^e alinéa, lettre a, RAI, la jurisprudence de l'arrêt A. M. doit être précisée dans ce sens: Une décision – qui confirme, après la production des pièces faisant défaut précédemment, la suppression de prestations décidée jusqu'alors seulement sous condition résolutoire – déploie ses effets au plus tôt à partir du premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision soumise à condition résolutoire.

4. ...

Arrêt du TFA, du 5 mars 1985, en la cause R. P.

Article 88a, 2^e alinéa, RAI. Cette disposition implique que le changement résultant d'une aggravation de l'incapacité de gain ait duré trois mois entiers avant d'ouvrir droit à une augmentation correspondante des prestations. Lorsque la période de carence commence le premier jour d'un mois, la prestation ne peut, par conséquent, être augmentée qu'à partir du premier jour du 4^e mois suivant. L'article 29, 1^{er} alinéa, deuxième phrase, LAI n'a alors aucune portée pratique.

Il est inexact de parler, à propos du laps de temps de 3 mois, d'un «délai d'attente». Il s'agit bien plutôt, comme à l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI, d'une «période de carence» ou «d'attente».

Articolo 88a, capoverso 2, OAI. Questa disposizione implica che il cambiamento derivante da un aggravamento dell'incapacità di guadagno sia durato tre mesi interi prima che sorga il diritto a un aumento corrispondente delle prestazioni. Quando il periodo d'attesa inizia il primo giorno di un mese, la prestazione, di conseguenza, può essere aumentata unicamente a partire dal primo giorno del quarto mese seguente. L'articolo 29, capoverso 1, seconda frase, LAI non ha allora una portata pratica. È inesatto, a proposito del lasso di tempo di tre mesi, parlare di un «periodo di franchigia». Si tratta piuttosto di un «periodo d'attesa», come all'articolo 29, capoverso 1, LAI.

Extrait des considérants du TFA :

1. En vertu de l'art. 41 LAI, si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée. Selon la jurisprudence, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 109 V 116, RCC 1983, p. 386; ATF 107 V 221, consid. 2, RCC 1983, p. 150; ATF 105 V 30 et les arrêts cités, RCC 1980, p. 58).

2. Seul est litigieux en l'espèce le point de départ du droit à la rente entière accordée au recourant par la décision du 9 novembre 1982.

a. Selon l'article 88a, 2^e alinéa, RAI, première phrase, si l'incapacité de gain ou l'impotence d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 88bis, 1^{er} alinéa, lettre a, RAI prévoit d'autre part que si la revision est demandée par l'assuré, l'augmentation de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, dès le mois où cette demande est présentée. Le TFA a admis la légalité de ces dispositions réglementaires (ATF 109 V 127, RCC 1983, p. 487; ATF 105 V 264, RCC 1980, p. 478). Il a en outre jugé que la règle posée par l'art. 88a, 2^e alinéa, RAI avait le pas sur celle de l'art. 88bis, 1^{er} alinéa, lettre a, RAI, de sorte qu'aucune augmentation de la rente ou de l'allocation pour impotent ne peut intervenir avant l'écoulement de la période de carence de trois mois, même si la revision est demandée par l'assuré (ATF 105 V 264, RCC 1980, p. 478).

De ce qui précède, il résulte qu'une augmentation du droit à la rente ne pouvait en l'espèce intervenir à partir du mois où la demande de révision a été présentée (décembre 1981) que si la période de trois mois était à ce moment-là écoulée. Dans la mesure où le recourant soutient le contraire, il se méprend sur la portée des dispositions réglementaires précitées.

b. La commission de l'AI a admis, en se fondant sur le rapport du docteur S. du 11 février 1982, qui faisait état d'une chute du recourant, survenue le 3 février 1982 et suivie «de traumatisme», que le droit à une rente entière avait en

l'occurrence pris naissance le 1^{er} mai 1982. De leur côté, les juges cantonaux ont fixé le début de ce droit au 1^{er} avril 1982, après avoir constaté que l'incapacité de gain de l'assuré s'était aggravée à partir du 1^{er} janvier 1982, date de la remise de son commerce.

Il y a lieu d'admettre, avec les juges cantonaux, que c'est principalement la cessation par le recourant de son activité lucrative, motivée par des raisons de santé, qui a justifié la révision de la rente dont il bénéficiait, et non pas l'événement du 3 février 1982. La commission AI l'a d'ailleurs expressément reconnu en procédure cantonale. Il est vrai que le recourant fait valoir, pour sa part, que son invalidité atteignait 80 % «depuis bien longtemps» et que «l'incapacité de gain était bien antérieure au 1^{er} janvier 1982». Cependant, s'il est exact que l'état de santé de l'assuré paraît s'être progressivement aggravé, depuis juin 1981, époque où la seconde décision de révision a été rendue, il n'en reste pas moins que l'intéressé a été capable d'exercer son activité de commerçant jusqu'à la fin de l'année 1981. Au vu des pièces, on est fondé à considérer qu'il ne subissait pas, avant la remise de son commerce, une incapacité de gain suffisante pour ouvrir droit à une rente entière. A cet égard, il sied de rappeler que l'invalidité est une notion juridique, fondée sur des éléments d'ordre essentielle-ment économique et ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle tel que le détermine le médecin; ce sont les conséquences économiques de celle-ci qu'il importe d'évaluer (ATF 109 V 23, RCC 1983, p. 379; ATF 106 V 88, RCC 1980, p. 561; ATF 105 V 207-208).

Ainsi donc, on peut tenir pour établi que c'est à partir du 1^{er} janvier 1982 que le recourant a présenté le degré d'invalidité de 80% constaté par la commission AI dans son prononcé du 20 octobre 1982.

c. Dans son préavis, l'OFAS, tout en admettant que l'incapacité de gain de l'assuré était «entière» dès le 1^{er} janvier 1982, estime que la période de trois mois se terminait en l'occurrence à «fin mars 1982» et que le droit à une rente entière a en conséquence pris naissance le 1^{er} mars 1982.

Cette opinion ne peut pas être partagée. Il est certes exact, comme le relève l'autorité fédérale de surveillance, que, dans le cadre de l'art. 88a, 2^e alinéa, RAI également, la rente entière est allouée pour tout le mois au cours duquel le droit à une telle rente est né (art. 29, 1^{er} al., deuxième phrase, LAI; ATF 105 V 266, RCC 1980, p. 478; voir également, dans le même sens, le ch. 204 des directives de l'OFAS concernant l'invalidité et l'impotence, valables dès le 1^{er} janvier 1983). Cependant, le texte clair de l'art. 88a, 2^e alinéa, RAI implique que le changement résultant d'une aggravation de l'incapacité de gain ait duré trois mois *entiers* avant d'ouvrir droit à une augmentation correspondante des prestations. Or, en l'espèce, cette condition n'était réalisée qu'à partir du 1^{er} avril 1982, et non pas à partir de fin mars 1982 déjà, dès lors que l'incapacité de gain de l'assuré s'était modifiée à compter du 1^{er} janvier 1982. A cet égard, l'OFAS interprète de manière inexacte l'arrêt publié dans ATF 105 V 262 et RCC 1980, p. 478 (consid. 4), précité, qu'il invoque à l'appui de son argumentation. En effet, les circonstances du cas particulier se distinguent de celles qui caractérisent cet arrêt, dans lequel l'écoulement de la période d'attente, qui avait commencé à

courir le 30 novembre 1977, était intervenu à fin février 1978. Dans une telle situation, l'application de l'art. 29, 1^{er} alinéa, deuxième phrase, LAI avait bien entraîné le versement d'une rente entière pour tout le mois de février 1978; mais cette règle n'a aucune portée pratique lorsque, comme c'est le cas en l'espèce, l'écoulement de cette période intervient le premier jour d'un mois.

d. Cela étant, c'est à bon droit que les juges cantonaux ont fixé le point de départ du droit à la rente entière du recourant au 1^{er} avril 1982.

Contentieux

Arrêt du TFA, du 27 février 1986, en la cause F. P.

Articles 32, 3^e alinéa, 35, 1^{er} alinéa, et 150, 4^e alinéa, OJ.

Lorsqu'un ordre de virement est donné le dernier jour d'un délai fixé pour le paiement d'une avance de frais, ce délai est réputé observé si l'ordre en question n'est pas entaché d'une erreur. (Considérant 1.)

Paiement tardif d'une avance de frais à cause d'une erreur commise par un auxiliaire; conditions d'une restitution contre les conséquences du retard. (Considérant 2.)

Articoli 32, capoverso 3, 35, capoverso 1, e 150, capoverso 4, OG. Quando un ordine di trasferimento è dato l'ultimo giorno di un termine fissato per il pagamento di un anticipo delle spese, questo termine si reputa osservato se l'ordine in questione è esente da vizi. (Considerando 1.)

Pagamento tardivo di un anticipo delle spese a causa di un errore commesso da un ausiliario; condizioni per la restituzione contro le conseguenze del ritardo. (Considerando 2.)

F. P., ayant interjeté un recours de droit administratif, a été invité à verser au TFA, jusqu'au 5 décembre 1985, un certain montant en garantie des frais judiciaires présumés.

Pour effectuer ce versement, il a remis un chèque postal à l'Office des chèques postaux de L., que celui-ci a reçu le 2 décembre 1985. Etant donné que ce chèque était rempli de manière erronée, ledit office l'a retourné à l'intéressé, qui l'a corrigé et renvoyé à l'office des chèques postaux le 9 décembre 1985.

Appelé par le tribunal à se déterminer sur la question du respect du délai fixé pour le paiement de l'avance de frais, F. P. a présenté une requête en restitution de délai. Il allègue avoir ignoré que son bureau ait commis une erreur dans le libellé du chèque; il soutient que s'il répond en principe des erreurs commises par son secrétariat, il serait trop dur de lui faire supporter les conséquences de cette faute.

Pour les motifs suivants, le TFA a rejeté la demande de restitution du délai et a déclaré le recours irrecevable:

1. ...

D'après la jurisprudence, le délai fixé pour le paiement d'une avance de frais est considéré comme observé – par analogie avec l'art. 32, 3^e alinéa OJ – si le versement est effectué, ou l'ordre de virement donné, à un bureau de poste suisse au plus tard le dernier jour du délai (ATF 110 V 220, consid. 2, et les arrêts cités; RCC 1984, p. 343). Encore faut-il, cependant, que l'ordre de virement soit donné de telle manière qu'il puisse être exécuté (ATF 104 II 63, consid. 2). Ces conditions ne sont pas remplies en l'espèce, dès lors que le chèque établi correctement, permettant aux services postaux de procéder au virement du montant de l'avance de frais, a été remis à l'office des chèques le 9 décembre 1985 seulement, soit plusieurs jours après l'expiration du délai fixé, ce qui n'est pas contesté.

2. Aux termes de l'article 35, 1^{er} alinéa OJ, la restitution pour inobservation d'un délai ne peut être accordée que si le requérant ou son mandataire a été empêché, sans sa faute, d'agir dans le délai fixé. La demande de restitution doit indiquer l'empêchement et être présentée dans les dix jours à compter de celui où il a cessé. L'acte omis doit être exécuté dans ce délai (ATF 110 1b 94, et les arrêts cités). La partie répond de toute faute de son mandataire ou de ses auxiliaires; agit comme auxiliaire, à côté de la personne placée sous l'autorité de la partie ou de son mandataire, celle qui leur prête simplement son concours, sans entretenir avec eux des rapports juridiques réguliers (ATF 107 1a 169, et les références; *Grisel*, Traité de droit administratif, p. 897, chiffre 3).

Il est douteux, en l'espèce, que la requête en restitution du délai soit recevable, eu égard au délai de dix jours fixé par l'article 35, 1^{er} alinéa OJ; mais elle est de toute façon mal fondée, puisque la responsabilité de l'erreur commise par le secrétariat du recourant doit, au vu des principes rappelés ci-dessus, être supportée par ce dernier. Aussi le recourant argue-t-il en vain de la gravité des conséquences qu'entraîne pour lui une négligence qu'il n'a pas commise lui-même.