
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 1980

Abréviations

AC	Assurance-chômage
ACF	Arrêté du Conseil fédéral
AI	Assurance-invalidité
AIN	Arrêté du Conseil fédéral concernant la perception d'un IDN
AM	Assurance militaire
APG	Allocations pour perte de gain
ATF	Recueil officiel des arrêts du Tribunal fédéral
ATFA	Recueil officiel des arrêts du TFA (dès 1970: ATF)
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
CA	Certificat d'assurance
CCS	Code civil suisse
CI	Compte individuel
CNA	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
CO	Code des obligations
CPS	Code pénal suisse
Cst.	Constitution fédérale
FF	Feuille fédérale
IDN	Impôt pour la défense nationale
LAC	Loi fédérale concernant l'assurance-chômage
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 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 (en préparation)
MEDAS	Centre médical d'observation de l'AI (medizinische Abklärungsstelle)
OAF	Ordonnance concernant l'AVS/AI facultative des ressortissants suisses résidant à l'étranger

OA1	Ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità
OAVS	Ordinanza sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti
OFA	Ordinanza d'esecuzione della LFA
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
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	Ordonnance concernant la prévoyance professionnelle (en préparation)
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
RAC	Ordonnance du Conseil fédéral sur l'assurance-chômage
RAI	Règlement sur l'AI
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
RO	Recueil des lois fédérales
RS	Recueil systématique du droit fédéral
TFA	Tribunal fédéral des assurances

Chronique mensuelle

● Lors du vote final du 14 décembre 1979, les Chambres ont approuvé la révision de la *loi fédérale sur les allocations familiales aux travailleurs agricoles et aux petits paysans*. Au Conseil national, le projet a été adopté par 143 voix, au Conseil des Etats par 37 voix; il n'y a pas eu d'opposition.

● *La commission du Conseil des Etats chargée d'examiner le projet d'une loi fédérale sur la prévoyance professionnelle* a siégé les 7 et 8 janvier sous la présidence de M. Kündig (Zoug), conseiller aux Etats, nouveau président de ladite commission. Le conseiller fédéral Hürlimann assistait à cette séance (la douzième). Le premier jour, quelques exposés préliminaires ont contribué à initier les nouveaux membres à cette matière; cela a permis, du même coup, de présenter une vue d'ensemble à tous les participants. Ensuite, l'équipe des experts, dirigée par le professeur Bühlmann, a répondu – comme elle l'avait déjà fait lors de la séance précédente – à diverses questions touchant les mathématiques des assurances. Le second jour, on entreprit la deuxième lecture du projet.

Contrairement au Conseil national et au Conseil fédéral, la commission du Conseil des Etats donne la préférence à la primauté des cotisations. En outre, elle effectue, pour favoriser la génération d'entrée, un échelonnement plus prononcé des bonifications de vieillesse (6,5 à 20 pour cent en 4 échelons au lieu de 9 à 18 pour cent en 3 échelons). La question d'une compensation des charges pour toute la Suisse reste en suspens. La commission estime que vu l'état actuel des travaux, il devrait être possible de soumettre le projet au Conseil des Etats d'ici à la session d'été 1980.

● Les instruments de ratification de la nouvelle *convention de sécurité sociale entre la Suisse et la Suède*, signée le 20 octobre 1978, ont été échangés le 10 janvier à Stockholm; la convention entrera dès lors en vigueur le 1^{er} mars 1980. Elle remplace l'accord de 1954 sur les assurances sociales. Elle est fondée sur le principe d'une égalité de traitement, aussi complète que possible, des

ressortissants des deux pays contractants. Le champ d'application de la convention s'étend à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité et à l'assurance en cas d'accidents professionnels et non professionnels et en cas de maladies professionnelles; en outre, une réglementation particulière facilite le passage de l'assurance-maladie de l'un des Etats à celle de l'autre. La convention règle également le problème du paiement des rentes à l'étranger.

Les taux de cotisations de l'AVS/AI/APG/AC dès 1980 et leur évolution depuis 1948

A partir du 1^{er} janvier 1980, les cotisations AVS/AI/APG/AC subissent les modifications suivantes:

- Le barème dégressif pour le calcul des cotisations des indépendants a été étendu vers le haut; le maximum passe de 25 200 à 26 400 francs.
- La cotisation due à l'AC est abaissée de 0,8 à 0,5 pour cent du salaire. La limitation du revenu soumis à cotisations, qui était de 3900 francs par mois ou 46 800 francs par an, reste inchangée.
- Les assurés qui touchent la rente de vieillesse et sont encore actifs ne paient plus de cotisations à l'AC. En ce qui concerne leurs cotisations AVS/AI/APG, l'obligation instituée par la neuvième révision de l'AVS est maintenue.

Voici les taux de cotisations valables dès 1980 pour l'AVS, l'AI, les APG et l'AC:

	Cotisations globales salariés/employeurs	Indépendants ¹	Non-actifs (en francs)	Rentiers AVS encore actifs
AVS	8,4	4,2 - 7,8	168 - 8400	} Même taux que les assurés plus jeunes, mais avec franchise de 750.- par mois ou 9000.- par an ³ . Pas de cotisation AC.
AI	1,0	0,538 - 1,0	20 - 1000	
APG	0,6	0,324 - 0,6	12 - 600	
AC ²	0,5	-	-	
Total	10,5	5,062 - 9,4	200 - 10 000	

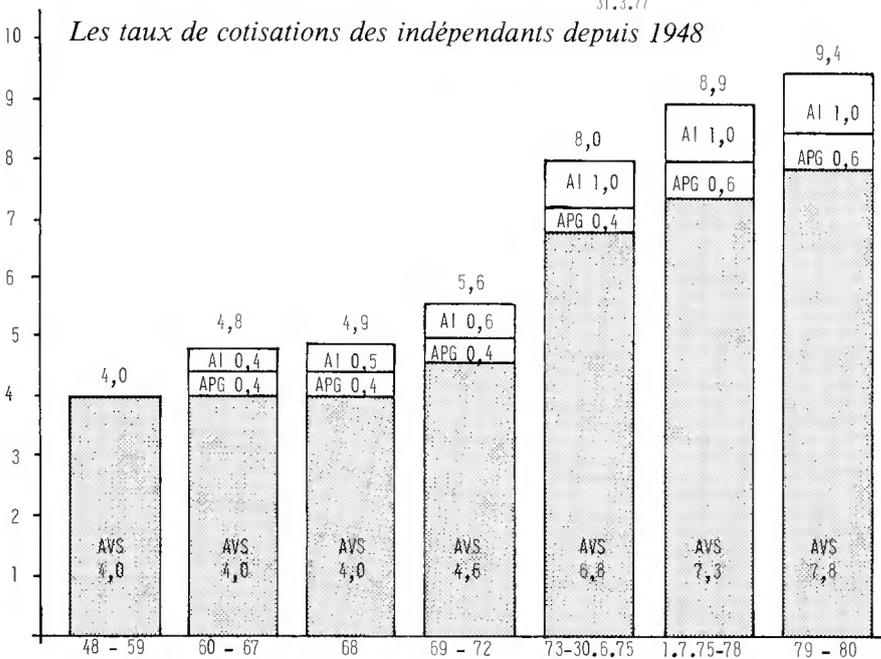
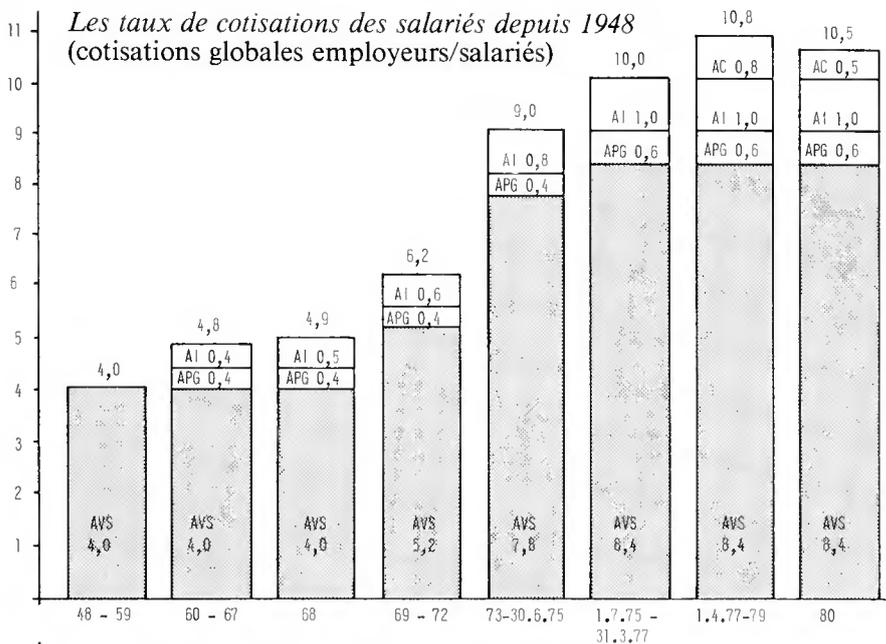
¹ Le taux le plus élevé est valable pour les indépendants dont le revenu annuel est de 26 400 francs et plus. Lorsque le revenu est plus bas, la cotisation est réduite d'après le barème dégressif; le taux minimum est atteint pour les revenus qui se situent entre 8400 et 4200 francs. Lorsque le revenu est inférieur à 4200 francs, la cotisation minimale de 200 francs est due. Les taux de cotisations des indépendants sont aussi applicables aux salariés dont l'employeur n'est pas tenu de payer des cotisations.

² La cotisation AC est perçue jusqu'à un revenu de 3900 francs par mois civil ou 46 800 francs par an.

³ Pour un revenu inférieur à 4200 francs (après déduction), le bénéficiaire de la rente de vieillesse doit non pas la cotisation minimale, mais une cotisation AVS/AI/APG de 5,062 pour cent.

L'évolution des taux de cotisations depuis 1948

La longue évolution de ces taux montre que les cotisations sont restées les mêmes assez longtemps au cours des premières années, puis ont augmenté à des intervalles de plus en plus brefs. Ainsi, l'AVS a maintenu un taux de 4 pour cent pendant vingt et un ans; les APG ont pu être financées pendant quinze ans et demi par une cotisation de 0,4 pour cent, et l'AI a conservé son équilibre financier pendant huit ans sans augmenter ses cotisations.



Barème dégressif des cotisations

Les limites de ce barème et ses taux ont été élevés plusieurs fois depuis 1948.

	Limite inférieure	Limite supérieure	Taux minimum	Taux maximum
1948	600	3 600	2,0	4,0
1951	600	4 800	2,0	4,0
1957	600	7 200	2,0	4,0
1962	600	9 000	2,4	4,8
1964	600	12 000	2,4	4,8
1969	1600	16 000	3,16	5,6
1973	2000	20 000	4,59	8,0
1979	4200	25 200	5,062	9,4
1980	4200	26 400	5,062	9,4

Les cotisations des non-actifs

Les cotisations minimales et maximales (fixées en francs) des personnes sans activité lucrative ont été, elles aussi, adaptées de temps en temps à l'évolution générale des revenus et à l'évolution des cotisations des personnes actives.

Année	Cotisation minimale	Cotisation maximale
1948	12.-	600.-
1960	14.40	720.-
1968	15.-	735.-
1969	48.-	2 435.-
1973	90.-	9 000.-
1.7.1975	100.-	10 000.-
1979	200.-	10 000.-

Genres et montants des allocations familiales

Etat au 1^{er} janvier 1980

1. Allocations familiales aux salariés selon le droit cantonal (tableaux 1 et 2)

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 *revision totale* de sa législation. Les cantons de Berne, Neuchâtel, Obwald, Saint-Gall, Schwyz, Tessin, Zoug et Vaud ont modifié leur loi ou leur règlement d'exécution spécialement sur les points suivants: montants des allocations, limite d'âge, contributions des employeurs affiliés à la caisse cantonale de compensation. Dans le canton du Valais, les taux des allocations familiales pour 1980 avaient déjà été fixés dans la loi du 29 juin 1977, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1978. Au Tessin, les taux valables pour 1980 sont également contenus dans la loi entrée en vigueur le 1^{er} juillet 1978 (105 fr. + adaptation au renchérissement).

Les nouveaux *montants d'allocations pour enfants* sont les suivants:

Berne

– 75 francs (65 fr.)

Neuchâtel

– 80 francs (70 fr.)

Obwald

– 70 francs pour les deux premiers enfants (60 fr. pour chaque enfant)

– 80 francs pour le troisième et chaque enfant suivant

Saint-Gall

– 70 francs pour les deux premiers enfants (60 fr. pour chaque enfant)

– 100 francs pour le troisième et chaque enfant suivant

Schwyz

– 70 francs pour les deux premiers enfants (60 fr.)

– 80 francs pour le troisième et chaque enfant suivant (70 fr.)

Soleure

– 80 francs pour les deux premiers enfants (55 fr. pour chaque enfant)

– 100 francs pour le troisième et chaque enfant suivant

Tessin

– 111 francs (95 fr.)

Valais

– 90 francs pour les deux premiers enfants (85 fr.)

– 130 francs pour le troisième et chaque enfant suivant (125 fr.)

Allocations familiales aux salariés selon le droit cantonal

Tableau 1

Montants en francs

Cantons	Allocations pour enfants			Allocations de formation professionnelle ¹	Allocations de naissance	Cotisations des employeurs affiliés aux caisses cantonales en pour-cent des salaires
	Taux mensuel par enfant	Limite d'âge				
		ordinaire	spéciale			
Appenzel Rh.-Ext.	60	16	20	–	–	1,5
Appenzel Rh.-Int.	60	16	18/25 ²	–	–	2,0
Argovie	65	16	20/25 ²	–	–	1,8
Bâle-Campagne	80	16	25	100	–	2,25
Bâle-Ville	80	16	25	–	–	1,5
Berne	75	16	20/25 ²	–	–	2,0
Fribourg	70/85 ⁴	16	20	115/130 ⁴	300	3,0
Genève	85/100 ⁵	15	20	150	600 ⁹	1,5
Glaris	70	16	18/25 ²	–	–	2,0
Grisons	60	16	20 ³	–	–	1,7
Jura ⁶	65	16	20/25 ²	–	–	2,0
Lucerne	60	16	20	–	–	2,0
Neuchâtel	80	18	20	100	–	1,8
Nidwald	60	16	18/25 ²	–	–	1,8
Obwald	70/80 ⁴	16	25	–	–	1,8
Saint-Gall	70/100 ⁴	16	18/25 ²	–	–	1,8
Schaffhouse	65	16	18/25 ²	–	–	1,7
Schwyz	70/80 ⁴	16	20/25 ^{2,3}	–	300	2,0
Soleure	80/100 ⁴	16	18/25 ²	–	500 ¹⁰	2,0
Tessin	111	16	20	–	–	3,5
Thurgovie	60	16	20/25 ^{2,3}	–	–	1,5
Uri	60	16	20/25 ^{2,3}	–	–	1,8
Valais	90/130 ⁴	16	20	130/170 ⁴	500	– ⁷
Vaud	70 ⁸	16	20 ³	110	300	1,93
Zoug	80	16	18/20 ²	–	–	1,6
Zurich	70	16	20	–	–	1,4

¹ L'allocation de formation professionnelle est versée:

– dans les cantons de Bâle-Campagne, Fribourg et Valais, de la 16^e à la 25^e année,

– à Genève, de la 15^e à la 25^e année,

– dans les cantons de Neuchâtel et Vaud, dès la fin de la scolarité obligatoire jusqu'à 25 ans révolus.

² La première limite concerne les enfants incapables d'exercer une activité lucrative et, la seconde, les étudiants et apprentis.

³ Il n'est pas octroyé d'allocations pour les enfants au bénéfice d'une rente de l'AI.

⁴ 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 troisième enfant.

⁵ 85 francs pour les enfants au-dessous de 10 ans; 100 francs pour les enfants de plus de 10 ans.

⁶ La législation bernoise sur les allocations pour enfants a été reprise provisoirement.

⁷ Il n'y a pas de caisse cantonale de compensation pour allocations familiales.

⁸ L'allocation pour enfant s'élève à 110 francs par mois pour les enfants incapables de gagner leur vie.

⁹ Il est versé une allocation d'accueil, du même montant que l'allocation de naissance, pour l'enfant placé en vue d'adoption.

¹⁰ Dès le 3^e enfant.

Allocations pour enfants aux salariés étrangers selon le droit cantonal

Tableau 2

Montants en francs

Cantons	Montant mensuel par enfant en francs	Enfants donnant droit à l'allocation et résidant à l'étranger ¹	Limite d'âge	
			ordinaire	pour enfants aux études, en apprentissage ou infirmes
Appenzell Rh.-Ext.	60	légitimes et adoptifs	16	16
Appenzell Rh.-Int.	60	tous	16	18/25 ²
Argovie	65	légitimes et adoptifs	16	16
Bâle-Campagne ⁵	80 ⁶	tous ⁷	16	20
Bâle-Ville	80	tous	16	25
Berne	75	légitimes et adoptifs	15	15
Fribourg	70/85 ³	tous	15	15
Genève	50	légitimes et adoptifs	15	15
Glaris	70	tous	16	18/25 ²
Grisons	60	légitimes et adoptifs	15	15
Jura ⁸	65	légitimes et adoptifs	15	15
Lucerne	60	tous	16	20
Neuchâtel	80	tous	15	15
Nidwald	60	tous	16	18/25 ²
Obwald	70/80 ³	tous	16	25
Saint-Gall	70/100 ³	tous	16	18/25 ²
Schaffhouse	65	tous	16	18/25 ²
Schwyz	70/80 ³	tous	16	20/25 ²
Soleure ⁹	80/100 ³	tous	16	18/25 ²
Tessin	111	tous	16	20
Thurgovie	60	tous	16	18/25 ²
Uri	60	tous	16	20/25 ²
Valais	90/130 ^{3 4}	tous	16	20/25 ²
Vaud	70	légitimes et adoptifs	16	16
Zoug	80	tous	16	18/20 ²
Zurich	70	tous	16	16

¹ Donnent droit aux allocations lorsqu'ils résident en Suisse avec le salarié étranger: les enfants de parents mariés et non mariés, les enfants adoptifs, les enfants recueillis et les enfants du conjoint.

² La première limite concerne les enfants incapables d'exercer une activité lucrative et, la seconde, les étudiants et apprentis. ³ 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 troisième enfant.

⁴ Pour leurs enfants vivant hors de Suisse, les salariés étrangers ont également droit à:

- l'allocation de formation professionnelle s'élevant à 130 francs par mois et par enfant pour les premier et deuxième enfants et à 170 francs à partir du troisième enfant;

- l'allocation de naissance de 500 francs.

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

⁶ Pour leurs enfants vivant hors de Suisse, les salariés étrangers ont également droit à l'allocation de formation professionnelle de 100 francs.

⁷ A l'exception des enfants recueillis.

⁸ La législation bernoise sur les allocations pour enfants a été reprise provisoirement.

⁹ Les salariés étrangers ont également droit à l'allocation de naissance de 500 francs dès le troisième enfant en raison des enfants nés à l'étranger.

Vaud

– 70 francs (50 fr.)

Zoug

– 80 francs (75 fr.)

Les *allocations de formation professionnelle* ont été relevées dans divers cantons: dans celui de Neuchâtel, de 80 à 100 francs, dans celui de Vaud, de 90 à 110 francs, en Valais de 120 à 130 francs pour les deux premiers enfants et de 160 à 170 francs pour le troisième et les suivants.

L'allocation de naissance a été augmentée dans le canton de Vaud de 200 à 300 francs. Lors de la révision totale de la législation soleuroise, une allocation de naissance de 500 francs (dès le troisième enfant) a été instaurée. Genève a introduit une *allocation d'accueil*. Cette prestation, dont le montant correspond à l'allocation de naissance, à savoir 600 francs, est versée pour le mois au cours duquel un enfant de moins de dix ans placé en vue d'adoption est accueilli par sa future famille adoptive.

Dans le canton d'Obwald, la *limite d'âge* pour les enfants en formation ou incapables d'exercer une activité lucrative a été portée de 20 à 25 ans. A Soleure, la limite d'âge pour les enfants incapables d'exercer une activité lucrative par suite de maladie ou d'accident a été abaissée de 20 à 18 ans.

Les modifications suivantes ont été apportées à la réglementation relative aux *salariés étrangers*. Dans le canton de Soleure, les restrictions concernant les enfants demeurant à l'étranger (limite d'âge maximale de 16 ans, limitation du droit aux allocations pour les enfants légitimes et adoptifs) ont été supprimées, si bien que les salariés étrangers jouissent maintenant d'une complète égalité de traitement par rapport aux travailleurs suisses. Les salariés étrangers ont également droit à l'allocation de naissance (500 fr. dès le troisième enfant) pour leurs enfants nés à l'étranger.

La *contribution des employeurs affiliés à la caisse cantonale de compensation* a été relevée dans les cantons suivants: de 1,5 à 1,8 pour cent à Neuchâtel, de 1,4 à 2 pour cent à Soleure et de 3 à 3,5 pour cent au Tessin.

2. Allocations familiales aux indépendants non agricoles selon le droit cantonal

(tableau 3)

Dans les cantons de Saint-Gall, Schwyz et Zoug, les allocations pour enfants ont été relevées dans la même mesure que pour les salariés.

Dans le canton de Saint-Gall, la limite de revenu a été augmentée de 30 000 à 35 000 francs et dans celui de Schwyz de 32 000 à 37 000 francs; dans ce dernier canton, le supplément par enfant à cette limite a été doublé, passant de 1500 à 3000 francs.

Tableau 3
Montants en francs

Cantons	Allocations pour enfants par mois	Limite de revenu	
		Montant de base	Supplément par enfant
Appenzell Rh.-Int.	60	12 000 ¹	–
Lucerne	60	20 000	2000
Schwyz ²	70/80 ³	37 000	3000
Saint-Gall	70/100 ³	35 000	–
Uri	60	28 000	1500
Zoug	80	28 000	1200

¹ Donnent droit aux allocations: tous les enfants si le revenu est inférieur à 12 000 francs; le 2^e enfant et les puînés si le revenu varie entre 12 000 et 24 000 francs; le 3^e enfant et les puînés si le revenu excède 24 000 francs.

² Les indépendants appartenant à des professions non agricoles ont droit, en outre, à une allocation de naissance de 300 francs.

³ 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 troisième enfant.

3. Allocations familiales aux travailleurs agricoles et aux agriculteurs indépendants (tableau 4)

Dans le canton de Soleure, les agriculteurs dont le revenu excède la limite fixée dans la LFA ont droit à des allocations cantonales. Dès la naissance du troisième enfant, une allocation de naissance de 500 francs leur est également octroyée. Dans le canton de Saint-Gall, les agriculteurs exerçant leur activité lucrative à titre principal ont droit à des allocations pour enfants, pour autant que leur revenu imposable ne dépasse pas 35 000 francs; les exploitants exerçant leur activité à titre accessoire peuvent également bénéficier, en principe, des allocations familiales.

Allocations familiales aux travailleurs agricoles et aux agriculteurs indépendants selon le droit fédéral et cantonal
 Montants en francs Tableau 4

Allocations familiales	Con-fédéra-tion	Berne	Fribourg	Genève	Jura ¹¹	Neu-châtel	Soleure	Saint-Gall	Tessin	Vaud ¹²	Valais ¹			
Travailleurs agricoles														
Allocation de ménage	100	115	100	100	115	100	100	100	100	100	–			
Allocation pour enfant														
– région de plaine	50	50	115/130 ²	85/100 ³	50	80	50	70/100 ²	50	50	–			
– région de montagne	60	60	125/140 ²	.	60	80	60	70/100 ²	60	60	–			
Allocation de form. prof.														
– région de plaine	–	–	160/175 ²	150	–	100	–	–	–	–	–			
– région de montagne	–	–	170/185 ²	.	–	100	–	–	–	–	–			
Allocation de naissance	–	–	300	600	–	400	–	–	–	300				
Agriculteurs indépendants														
<i>Région de plaine</i>														
Allocation pour enfant	50	59	50	85/100 ³	59	60 ⁶	50 ⁴	70/100 ^{2 5}	50	75 ⁷	100/130 ^{2 7}	25 ⁸	50/80 ^{2 8 10}	
Allocation de form. prof.	–	–	–	150	–	100 ⁶	–	–	–	–	75/100 ^{7 9}	140/170 ^{2 7}		
Allocation de naissance	–	–	–	600	–	–	500 ⁴	–	–	–	25/50 ^{8 9}	90/120 ^{2 8 10}	500	
<i>Région de montagne</i>														
Allocation de ménage	–	15	–	.	15	–	–	–	–	–	–			
Allocation pour enfant	60	60	60	.	60	60 ⁶	60 ⁴	70/100 ^{2 5}	65	85 ⁷	25 ⁸	110/140 ^{2 7}	50/80 ^{2 8 10}	
Allocation de form. prof.	–	–	–	.	–	100 ⁶	–	–	–	–	85/110 ^{7 9}	150/180 ^{2 7}	25/50 ^{8 9}	90/120 ^{2 8 10}
Allocation de naissance	–	–	–	.	–	–	500 ⁴	–	–	–	200	500		

¹ Les travailleurs agricoles ont droit à une allocation cantonale destinée à combler la différence entre les allocations familiales fédérales et les allocations versées aux salariés non agricoles.

² 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.

³ 85 francs pour les enfants au-dessous de 10 ans; 100 francs pour les enfants de plus de 10 ans.

⁴ Les agriculteurs dont le revenu dépasse la limite prévue dans la LFA ont droit aux allocations cantonales; une allocation de naissance leur est octroyée dès la naissance du 3^e enfant.

⁵ Les agriculteurs indépendants, exerçant leur activité à titre principal, reçoivent les allocations lorsque leur revenu imposable ne dépasse pas 35 000 francs par an. Les agriculteurs de profession accessoire ont également droit en principe aux allocations.

⁶ Les allocations sont également octroyées aux agriculteurs dont le revenu dépasse la limite fixée dans la LFA.

⁷ Taux applicables aux agriculteurs dont le revenu n'excède pas la limite de la LFA.

⁸ Taux applicables aux agriculteurs dont le revenu dépasse la limite de la LFA.

⁹ Le second taux est applicable en cas de formation professionnelle agricole.

¹⁰ Ces taux sont également valables pour les salariés exerçant, à titre accessoire, une activité agricole indépendante.

¹¹ La législation bernoise sur les allocations familiales a été reprise provisoirement.

¹² Une allocation de ménage de 120 à 340 francs par an est octroyée aux exploitants agricoles.

Le nouveau rapport sur les problèmes de la vieillesse en Suisse

Le rapport sur les problèmes de la vieillesse en Suisse, entièrement remanié, a été présenté le 20 novembre 1979 à la presse (cf. RCC 1979, pp. 505 et 541). Afin d'assurer une propagation aussi grande que possible des propositions énoncées dans ce rapport – qui compte 479 pages – la RCC publie ci-après un résumé de ses huit chapitres. Voici, pour commencer, un exposé des raisons pour lesquelles un nouveau document de ce genre a été élaboré; le résumé est suivi de quelques conclusions au sujet de notre future politique dans ce domaine.

Pourquoi ce nouveau rapport?

Depuis la publication du premier rapport sur les problèmes de la vieillesse en Suisse, plus de douze ans se sont écoulés. Ce document avait été élaboré par une commission spéciale que présida M. Arnold Saxer, ancien directeur de l'Office fédéral des assurances sociales, et dont les travaux durèrent plus de six ans. Il a suscité beaucoup d'intérêt dans l'opinion publique et particulièrement au sein même des autorités fédérales. De nombreuses propositions présentées par cette commission ont été réalisées depuis lors.

A présent, la situation économique des personnes âgées s'est sensiblement améliorée, grâce notamment au développement de l'AVS et à l'extension de la prévoyance professionnelle. Cependant, le système de la mise à la retraite à un âge fixe, qui a été adopté partout, et le fort accroissement des personnes du «quatrième âge» créent de nouveaux problèmes, d'où la nécessité d'étudier d'autres aspects dont l'importance devient prédominante. C'est donc à bon droit que l'on a demandé, il y a quelques années déjà, une nouvelle édition du rapport.

Comment a-t-il été élaboré?

En 1976, le Département fédéral de l'intérieur créa une petite commission de dix spécialistes, qui fut chargée de remanier le rapport sur les problèmes de la vieillesse. Des experts de divers domaines spéciaux (questions scientifiques, travail social, etc.) furent consultés. Le délai fixé pour les discussions au sein de la commission n'étant que de deux ans, il a fallu renoncer à des investigations approfondies, comparables à celles qui avaient été entreprises pour le premier rapport, car elles auraient pris trop de temps.

La fondation suisse «Pro Senectute» et l'OFAS ont apporté une importante contribution à l'élaboration du nouveau rapport en assumant divers travaux d'envergure.

Résumé des principaux chapitres du rapport

Chapitre premier: Le vieillissement de la population

La démographie est une discipline indispensable pour avoir une vue d'ensemble concernant les problèmes de la vieillesse. L'approche démographique permet de dégager des aspects quantitatifs plausibles concernant la structure et la composition de la population d'ici à la fin du siècle. Elle met en relief des conséquences économiques et sociales probables; elle suggère constamment des questions ou des hypothèses qualitatives et éthiques.

Les composantes démographiques

La structure d'âge d'une population est déterminée par les *trois composantes du mouvement de la population*: la natalité, la mortalité et la migration. L'importance de ces composantes réside moins dans leur valeur absolue que dans leur rapport avec la population totale.

La *mortalité* aux divers âges baissera faiblement à l'avenir; c'est pourquoi elle n'exerce pas une influence décisive sur la structure d'âge de la population – contrairement aux migrations et à la natalité. Les *migrations* ont été sujettes à de fortes variations; l'augmentation de l'effectif des étrangers pendant le troisième quart de ce siècle a été considérable; jeunes pour la plupart, les immigrants, essentiellement dans les classes d'âge de 20 à 40 ans, donc en âge de procréation, ont différé le vieillissement démographique. La récession a amorcé une émigration; cependant, il semble plausible d'estimer que dorénavant, et sauf une crise économique prolongée, les mouvements migratoires se compenseront approximativement. Le *taux de natalité* est loin d'être constant. Le mouvement séculaire de baisse s'est produit jusqu'au début de la Seconde Guerre mondiale; ensuite il y a eu une hausse, qui a atteint son point culminant en 1964. Depuis, la fécondité diminue de façon continue; le nombre des naissances se rapproche du nombre des décès. Dès 1971, le renouvellement des générations, dans les conditions du moment, ne s'effectue plus; cela signifie que virtuellement, et si la fécondité ne remonte pas et sans reprise de l'immigration, le nombre d'habitants est en voie de régression. Les fortes variations qui affectent les naissances ont des répercussions durables sur la structure d'âge de la population.

L'évolution séculaire vers le vieillissement de la population

L'évolution séculaire de la structure d'âge de la population se caractérise par un phénomène de bascule entre deux des trois grands groupes d'âge: la proportion des jeunes diminue grandement, la proportion des personnes âgées augmente fortement. Le groupe central, qui est celui de la population potentiellement active, reste pratiquement stable. Il n'y a donc presque pas de modifications du rapport entre «habitants de moins de 20 ans et de plus de 65 ans» d'une part, «habitants de 20 à 65 ans» d'autre part.

En l'espace de ce XX^e siècle, la population résidente de la Suisse aura environ doublé. Mais le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans aura quintuplé; le nombre des personnes de plus de 80 ans, lui, aura presque décuplé. Le vieillissement de la population s'accroît et la proportion des grands vieillards prend une ampleur croissante dans le groupe des personnes âgées. Les femmes, dont les espérances de vie sont nettement plus grandes que celles des hommes, sont beaucoup plus nombreuses dans les classes d'âge élevées.

Jusqu'ici, la baisse de la fécondité a été pratiquement la seule cause du vieillissement des populations dans les pays industrialisés. La baisse de la mortalité, si importante fût-elle, a d'abord provoqué un rajeunissement démographique; ses effets quantitatifs directs ont été minimes sur l'accroissement de la proportion des personnes âgées; par contre, elle y a contribué indirectement en suscitant un comportement moins nataliste.

Définition et base de travail

Le vieillissement de la population se réfère à des différences ou modifications de la structure d'âge. Il est défini comme l'augmentation de la proportion des personnes âgées. Il se distingue de la longévité ou de l'espérance de vie à la naissance, qui expriment la durée ou l'allongement de la vie moyenne des individus. Il ne se confond pas avec le vieillissement individuel.

Les *problèmes relatifs au vieillissement*, analysés à l'aide de la statistique démographique, sont nombreux et variés; ils sont exposés sous une forme succincte dans le présent rapport. Les considérations reposent essentiellement sur une documentation numérique, dont on a extrait certains tableaux publiés ci-après. Ceux-ci rendent compte surtout de la structure d'âge de la population résidente en Suisse, ainsi que des modifications qu'elle a subies dans le passé et subira encore à l'avenir.

L'évolution dans le passé a été étudiée en particulier sur la base des résultats des recensements fédéraux de la population. Une attention particulière est accordée à l'évolution future, en rappelant toutefois que les prévisions reposent sur des hypothèses dont la réalisation est plus ou moins probable.

Chapitre 2: Les aspects médicaux du vieillissement

Aspects divers du vieillissement individuel

Les processus du vieillissement se déroulent pendant toute la vie. Dans la première moitié de celle-ci, ils passent inaperçus et ne diminuent guère les capacités physiques et mentales. Par la suite, des altérations peuvent surgir et, suivant les circonstances et les prédispositions du sujet, attaquer plus ou moins l'organisme. C'est donc dire que plus un homme vieillit, plus il pourra se différencier de ses contemporains. C'est ce que l'on appelle l'âge différencié.

Lorsque le mode de vie est harmonieux – activité corporelle suffisante, nourriture équilibrée et pas trop abondante, consommation modérée de denrées stimulantes consommées pour l'agrément et éloignement d'influences psychologiquement défavorables – le vieillissement régulier durera plus longtemps que si des facteurs nocifs y concourent.

Bien que tout être humain vieillisse, il existe souvent de grandes différences entre l'âge biologique et celui qui résulte du calendrier. L'âge se manifeste dans tous les domaines de la vie. Suivant le point de vue auquel on se place, on peut en distinguer divers aspects. L'âge biologique indique de façon tout à fait générale le degré de la capacité productive et d'adaptation. Les questions pathologiques ressortissent dans le domaine physique à la gériatrie et dans le domaine psychique à la gérontopsychiatrie ou psychogériatrie. L'âge psychologique correspond aux modifications du comportement psychologique et l'âge social à l'appréciation par l'entourage.

Maladies dans la vieillesse, thérapeutique et prophylaxie

Comme les modifications dues à la vieillesse peuvent se transformer progressivement ou abruptement en un état pathologique, il est souvent très difficile, dans cette période de la vie, de faire une distinction entre la «santé» et la «maladie». Il s'ensuit que la gériatrie est une médecine globale, qui ne doit pas seulement s'occuper des différentes maladies, mais également considérer l'être humain âgé sous tous ses rapports. Dans le diagnostic et la thérapeutique, un jugement n'est donc possible que sur la base d'une appréciation générale des conditions physiques, psychiques, sociales et de réhabilitation. Etant donné que, dans la vieillesse, en plus des maladies proprement dites, les modifications dues à l'âge existent toujours aussi, la personne âgée a besoin de soins continus dont l'ampleur peut fortement varier entre le traitement intensif et des contrôles périodiques très espacés.

Les plus fréquentes maladies graves de la vieillesse sont d'abord l'artériosclérose et les altérations dégénératives de la colonne vertébrale, ensuite l'hyper-

tension artérielle, le diabète sénile, les inflammations chroniques et les tumeurs malignes; presque toutes les personnes du 3^e âge souffrent de certaines infirmités dues à l'âge (par exemple la presbytie sénile). La majeure partie des soins se déplacent de plus en plus dans la direction de la gériatrie préventive. Pour cela, la connaissance des modifications dues à la vieillesse est essentielle. Elle nous est procurée en partie par la gérontologie expérimentale. Par des mesures préventives, on veut empêcher l'apparition de graves complications ou tout au moins la repousser le plus possible. Dans ce domaine, il faut accorder une grande importance à la lutte contre les accidents de la circulation: quelque 50 pour cent des piétons victimes d'accidents mortels sont âgés de plus de 65 ans.

Entre le vieillissement psychique normal et les maladies psychogériatriques, la transition est progressive. Les maladies provenant de l'atrophie cérébrale sont réunies la plupart du temps sous la notion de «syndrome psychoorganique» (de «démence» en cas de forme grave). Une autre maladie fréquente de la vieillesse est la dépression, qui est responsable de l'augmentation des suicides au 3^e âge. La connaissance des conditions sociales est très importante, de même les soins constants.

Dans la vieillesse, à côté du traitement médical et paramédical, la réhabilitation psychique et physique (activation) prend constamment plus d'importance. Elle doit toujours être incluse dans le plan de traitement, sauf lorsqu'il s'agit de patients très gravement atteints. Il est réjouissant de constater que les personnes âgées comprennent en toujours plus grand nombre le bénéfice qu'elles retirent en reprenant elles-mêmes de l'activité. Il est important de leur en donner la possibilité.

Le groupe de problèmes concernant l'euthanasie revêt une importance particulière pour les patients âgés. La décision sur les mesures à prendre ressortit à l'appréciation du médecin responsable. Pour des raisons juridiques et morales, seule l'euthanasie passive entre en ligne de compte. Mais cette euthanasie passive ne dispense nullement le personnel infirmier de prodiguer les soins élémentaires dont le patient a besoin. On veillera particulièrement à ce que les besoins physiologiques continuent à être couverts. Les autres mesures doivent être appréciées suivant la situation.

Conséquences pour la communauté

L'augmentation du nombre de personnes très âgées se traduit par une proportion toujours plus élevée des cas de gériatrie parmi les personnes hospitalisées, comme parmi celles qui séjournent dans les homes ou les autres établissements hospitaliers. Cette constatation devrait amener à donner aux médecins une formation gériatrique appropriée. Au demeurant, il importe que les services hospitaliers adaptent en général leurs diagnostics et leurs prestations thé-

rapeutiques aux besoins des patients âgés et tiennent compte de l'aspect gériatrique. La clinique de jour constitue un lien précieux entre les services hospitaliers et ambulants. Depuis 1968, 11 cliniques de jour ont été ouvertes en Suisse.

Pour le moment, la Suisse ne possède pas, pour la recherche biologique et médicale sur la vieillesse, une «institution de parade»; en revanche, de nombreux groupes de chercheurs travaillent dans des universités, des hôpitaux et aussi sur des bases économiques privées. La Société suisse de gérontologie existe depuis 1953 en tant qu'association spécialisée dans l'étude des phénomènes du vieillissement.

Chapitre 3: La société et le vieillissement

Le vieillissement et la vieillesse posent peut-être encore plus de problèmes quand on les étudie du point de vue de la société que de celui de la médecine. Que l'on n'aime pas être vieux est symptomatique, en Suisse comme dans les autres pays industrialisés de l'Occident: la plupart des personnes âgées veulent paraître plus jeunes qu'elles ne le sont en réalité.

Vieillir, c'est devoir s'adapter aux nouvelles situations

Vieillir aujourd'hui exige une adaptation aux modifications physiques, intellectuelles et sociales de la seconde moitié de la vie, à un âge où il n'est plus facile d'accomplir de nouvelles tâches et à une époque qui, par suite de ses rapides modifications techniques, économiques et sociales, donne du fil à retordre même aux jeunes.

La nécessité de l'adaptation commence déjà par la conduite à suivre en fonction de l'âge et des *modifications corporelles*, c'est-à-dire de la réduction des forces physiques et de la diminution de la sexualité. La capacité intellectuelle change elle aussi. L'homme vieillissant doit en outre se rendre compte que l'image que la société se fait de lui se transforme et que l'abandon de la vie professionnelle, avec ses pertes financières éventuelles, le prive d'un rôle à jouer. Les *relations familiales* peuvent elles aussi subir des modifications radicales, surtout celles avec le conjoint, ainsi qu'avec les enfants qui quittent le foyer paternel pour fonder leur propre famille. Le décès du conjoint ou de très chers amis et connaissances est fréquent et pénible dans la vieillesse.

En outre, la *perte de l'indépendance* et le fait d'être tributaire d'une aide étrangère sont plus difficiles à surmonter. Il faut éviter d'augmenter celle-ci sans nécessité par des mesures d'aide intempestives. Enfin, dans la société actuelle, on néglige de façon frappante la prise de conscience spirituelle de sa propre mort.

Ce sont donc des problèmes nombreux et variés, plus ou moins graves, qui se posent à l'homme dans la seconde moitié de sa vie. Celui qui les maîtrise aura une vieillesse plus sereine et harmonieuse que celui qui ne sait pas s'y prendre. La rapidité de l'évolution sociale rend l'adaptation plus difficile. Des *notions de valeurs très différentes* d'une génération à l'autre pourraient conduire à un isolement intellectuel, à une «sous-culture» des aînés. Il est donc nécessaire de favoriser la compréhension réciproque entre ceux-ci et les jeunes.

Théories sur le statut social des personnes âgées

Il y a des conceptions générales, des «théories», sur la situation des personnes du 3^e âge dans la société, qui peuvent faire comprendre l'attitude adéquate de la personne âgée et celle que l'on adopte à son égard. La connaissance de ces théories, qui éclairent les divers côtés du problème social de la vieillesse, est importante, surtout pour le praticien. Il apparaît donc opportun d'en donner un aperçu.

Suivant la *théorie de l'échange*, par exemple, on n'est intéressant pour les personnes avec qui on a des contacts qu'aussi longtemps qu'elles peuvent en retirer un avantage quelconque. Lorsque des personnes âgées n'ont plus aucun savoir à transmettre à de plus jeunes, plus aucune influence à exercer sur elles, plus aucune reconnaissance à leur exprimer, les contacts se rompent.

Nécessité d'étendre la recherche

Une recherche gérontologique interdisciplinaire a pour tâche de développer des conceptions nouvelles et peut-être plus justes du processus de vieillissement, ainsi que d'examiner la validité des perspectives actuelles sur le plan culturel de la Suisse. Malgré l'existence de quelques centres de travail gérontologique dans notre pays, les recherches sur la vieillesse peuvent encore y être considérablement développées. Seule la création d'un cadre organique correspondant aux besoins confèrera à la gérontologie, en Suisse, l'importance qui devrait lui revenir en considération de son objet.

Chapitre 4: Activité professionnelle et temps libéré à la retraite

Importance des loisirs à l'âge de la retraite

La description de ces deux domaines n'est guère facile. En effet, il n'existe aucun modèle normatif de l'occupation du temps, car elle se réfère essentiellement à l'individu lui-même, à son passé, à ses ressources intellectuelles, morales et financières. Il serait donc illusoire de vouloir établir une règle à ce propos.

Cependant, il importe de prendre conscience de cette réalité nouvelle: l'amélioration des conditions d'existence et de la sécurité sociale fait de la retraite un segment de vie quantitativement important. Ainsi, placée en opposition à l'activité professionnelle, la notion de «temps libéré» ne peut s'épuiser dans la seule idée de repos ou d'inactivité. Il s'agit pour chaque individu de s'employer, non pas à une consommation stérile et passive du temps libre, mais à une structuration dynamique d'un temps libéré des principales contraintes antérieures.

Enfin, l'utilisation de ce temps sera étroitement subordonnée à l'image que la société se fait de ses aînés. Si une vision positive de la personne âgée permet à celle-ci d'être intégrée à la famille et à la communauté, en revanche une politique de mise à l'écart conduit les aînés à adopter une attitude d'amertume, de dépression, de manque d'estime de soi et de volonté de vivre, comportement qui ternira l'image de marque de la personne âgée et rendra difficiles ses relations avec son entourage. Un tel «mal-être» entraîne inévitablement des infirmités et maladies prématurées qui équivaudront à une charge supplémentaire pour la collectivité tout entière.

Il ne peut donc être indifférent à un groupe social de savoir dans quel état d'âme un nombre croissant de ses membres passent leurs vieux jours. Il y va d'intérêts humains, mais aussi d'intérêts économiques et sociaux pour la nation tout entière.

De même que notre société s'efforce de contribuer au développement harmonieux des jeunes, notamment en leur assurant une scolarisation et une formation professionnelle, elle se doit également de faciliter le passage de la vie active à cette troisième phase de l'existence.

Activités professionnelles dans la vieillesse

Le problème des salariés et indépendants âgés avant et après la limite d'âge ne peut pas être traité de façon aussi approfondie que dans le premier rapport sur les problèmes de la vieillesse en Suisse. Pour les personnes qui exercent une

activité et qui n'ont pas encore atteint cette limite, la situation ne s'est sans doute pas essentiellement modifiée. On ne peut toutefois nier l'existence de progrès, surtout dans le sens d'une augmentation des vacances pour les salariés âgés. En revanche, leur situation sur le marché du travail a empiré par suite de la récession et de la modification des structures économiques. Lorsqu'ils ont perdu leur place, ils ne peuvent plus être replacés que très difficilement. Le nombre des bénéficiaires de rentes de vieillesse qui continuent à travailler à plein temps recule fortement sous la pression de la récession économique. Grâce à l'amélioration de l'AVS et des prestations complémentaires, leur existence est au moins assurée dès qu'ils perdent le revenu de leur travail. Parallèlement, le nombre des personnes qui n'exercent plus une activité professionnelle augmente.

La question du passage à la retraite n'est pas encore résolue de façon satisfaisante. Le régime actuel de l'AVS, octroyant des prestations à un âge fixe, freine un abandon de l'activité professionnelle adapté aux besoins individuels. S'il est possible de réduire progressivement cette activité (limitation de sa poursuite, réduction de la durée du travail), on facilite grandement le passage à la retraite.

Aménager judicieusement ses loisirs

Les problèmes de la retraite se résument à une certaine appréhension des changements et à la crainte de perdre une occupation régulière, ses habitudes de vie bien réglées et des contacts professionnels. Pour apporter une aide efficace aux personnes âgées, on peut donc :

- Préparer à la retraite et donner des conseils au moment de celle-ci ;
- Renseigner sur les possibilités d'occupation ;
- Conserver et développer les contacts.

Une bonne préparation à la retraite est importante. Elle devrait débiter tôt avec la formation des adultes et peut être complétée par des cours spéciaux avant la mise à la retraite. A cet égard, l'information suffisante non seulement des intéressés, mais aussi du public, est essentielle.

Le champ des occupations envisageables dans ce temps libéré est très vaste : poursuite de l'activité professionnelle à plein temps ou à temps partiel, engagement dans des tâches familiales, sociales ou religieuses, pratique d'activités culturelles et créatrices, voyages, activité physique (gymnastique et sports divers), participation à la vie d'associations et de clubs, maintien des connaissances acquises par l'information et la lecture et par les massmedia.

La pratique de ces loisirs aux aspects multiples consistera donc essentiellement à s'ouvrir à soi-même et aux autres dans la perspective d'une croissance continue. S'occuper à fuir le temps est du temps perdu. Le contact, l'entraide, le don de soi aux autres sont les piliers fondamentaux d'une vieillesse heureuse et féconde.

Chapitre 5: La situation économique et les moyens sociaux d'existence des personnes âgées

Couverture des besoins vitaux et situation des personnes âgées

La situation financière des personnes âgées en Suisse, selon les données actuellement disponibles, est satisfaisante pour la majeure partie d'entre elles. Toutefois, un nombre important de personnes âgées – surtout des femmes seules – ont des revenus qui leur permettent tout juste de vivre.

Les revenus des rentiers sont constitués, dans une forte proportion, par les rentes provenant de l'AVS et de la prévoyance professionnelle. Ils sont généralement inférieurs à ceux des personnes en âge d'activité. Parmi les dépenses des ménages de rentiers, la part nécessaire au loyer et à l'alimentation est élevée. Les besoins de consommation et les habitudes de personnes âgées sont encore mal connus. Les rares informations existantes doivent être complétées par des enquêtes approfondies, afin de permettre des adaptations appropriées des assurances sociales.

Une part importante des revenus est consacrée aujourd'hui à la couverture des besoins vitaux et des risques inhérents à l'existence, comme la maladie et l'accident. Ces dépenses augmenteront encore à l'avenir, en raison des obligations qui découlent des lois adoptées et de l'évolution démographique.

Le système des trois piliers

Le système dit des trois piliers – c'est-à-dire les rentes de l'AVS garantissant les besoins vitaux (1^{er} pilier), la prévoyance professionnelle obligatoire pour les travailleurs (2^e pilier) et la prévoyance individuelle (3^e pilier) – a été ancré dans la constitution en 1972.

Le revenu professionnel est remplacé pendant la vieillesse par des rentes de l'AVS – auxquelles s'ajoutent éventuellement des prestations complémentaires – par des rentes de prévoyance professionnelle pour ceux qui ont travaillé dans les branches économiques disposant de caisses, et pour certains par une prévoyance personnelle. Tant que le 2^e pilier ne sera pas obligatoire, des disparités de revenus subsisteront chez les personnes âgées, bénéficiant ou non de cumuls de rentes. Cependant, les rentes de base de l'AVS ont été augmentées et peuvent, conjointement avec d'éventuelles prestations complémentaires, couvrir les besoins vitaux.

Toutefois, la loi fédérale qui doit régir la prévoyance professionnelle pour l'ensemble de la Suisse, après la votation de l'article constitutionnel de 1972, est encore à l'étude devant les Chambres fédérales.

L'assurance vieillesse et la prévoyance professionnelle

De 1970 à 1977, les rentes AVS minimales ont été portées de 2400 à 6300 francs et les rentes maximales de 4800 à 12 600 francs. En conséquence, les prestations versées au titre de l'AVS ont passé d'environ 3 milliards de francs en 1970 à plus de 9,8 milliards en 1978; elles ont donc plus que triplé en l'espace de huit ans.

Les prestations complémentaires constituent un moyen d'assurer l'existence qui complète la rente AVS; elles sont prévues comme une solution transitoire dans la Constitution fédérale. En poursuivant un but précis, elles coûtent peu en regard de leurs effets directs. En 1977, environ 93 000 rentiers AVS y ont eu droit. Cependant, leur obtention présente l'inconvénient d'obliger l'intéressé à fournir la preuve du montant de ses revenus et de sa fortune.

L'adaptation périodique des rentes AVS à l'évolution des salaires et des prix est essentielle; elle revêt une grande importance financière, notamment pour les bénéficiaires qui ne disposent que d'une rente AVS. Elle joue également un rôle régulateur sur le plan social et sur le plan économique.

En 1977, la Suisse comptait en chiffre rond 18 000 institutions de prévoyance professionnelle; pour cette année, leurs recettes s'élevaient à 9 milliards et leurs dépenses à 2,6 milliards de francs. Leur fortune est proche de 60 milliards de francs.

L'assurance-maladie et l'aide sociale

Des circonstances particulières de la vie nécessitent une protection économique plus étendue. C'est le cas pour la maladie. Or, à l'approche de 1980, la situation de l'assurance-maladie présente encore des lacunes importantes; celles-ci portent essentiellement préjudice aux personnes âgées; par exemple, on fait des réserves à leur égard, on les admet plus difficilement dans une caisse-maladie, on limite dans le temps les prestations en cas de séjours hospitaliers. Les projets de révision légale en cours s'efforcent de les combler ou d'atténuer ces inconvénients.

La cessation de l'activité professionnelle crée des problèmes en matière de protection contre les accidents, car une partie considérable des salariés sont aujourd'hui assurés contre les accidents par l'intermédiaire de l'entreprise où ils travaillent. Une solution se dessine dans le cadre de l'assurance-maladie. La famille, ou le cas échéant les œuvres sociales privées ou l'assistance publique, interviennent lorsque les rentes de vieillesse d'une personne âgée ne suffisent pas à son entretien. Cependant, l'amélioration de l'AVS au cours de ces dernières années a permis aux institutions sociales de consacrer une part croissante de leurs ressources et de leur activité aux besoins immatériels des personnes âgées. La poursuite de cette évolution est souhaitable.

Chapitre 6: Le logement dans la vieillesse

L'importance accordée au logement croît avec l'âge. En effet, les personnes âgées passent non seulement un temps plus long dans leur logement, mais encore s'attachent de manière affective au lieu dispensateur de leur sécurité. Ces considérations démontrent l'importance de la situation du logement et de son environnement. Même légèrement handicapée, une personne âgée doit pouvoir s'y mouvoir, s'orienter par rapport à lui, et y accéder aisément au moyen des transports publics.

Ménage et appartement privé

Le logement de base est le ménage. L'évolution récente, notamment en milieu urbain, révèle une tendance marquée chez les personnes seules ou les couples à vivre de manière individuelle. La famille à plusieurs générations dans un seul ménage ne se trouve plus guère qu'à la campagne.

Comme on peut s'y attendre, les personnes âgées habitent plutôt dans des appartements anciens, plus grands, mais dotés de moins de confort que les logements modernes. Ce fait, conjugué à la tendance à vivre seul évoquée ci-dessus, nécessite un plus grand recours à l'aide de tierces personnes, notamment lorsqu'un handicap vient rendre difficile la poursuite des activités ménagères courantes. L'augmentation actuelle et future des personnes très âgées, donc handicapées, fait de la question du logement de celles-ci un problème qui préoccupe et préoccupera encore l'opinion publique.

Formes d'habitation particulières pour personnes âgées

Diverses solutions s'offrent à l'approche de cette question. Là où les mesures visant au maintien du domicile (soins, aide ménagère, repas, foyer de jour) sont insuffisantes ou trop onéreuses, il est utile de prévoir la mise à disposition de moyens d'hébergement adaptés au 3^e âge. Selon les circonstances, on envisagera le déménagement dans un logement ou une cité pour la vieillesse ou le placement dans un home, médicalisé ou non. Des déménagements répétés exercent une influence défavorable sur les personnes âgées; pour les éviter, il convient de combiner ces différentes formes d'hébergement dans un même ensemble immobilier.

D'autre part, on aura soin, dans ces formes nouvelles de logement, de ne pas porter atteinte à la liberté ni à l'initiative individuelle du locataire. Plus on construira de homes et de cités d'une manière bien distribuée, plus on offrira de chances à la personne âgée de trouver un hébergement adéquat à proximité de son ancien lieu de résidence.

Cités pour personnes âgées

Toute forme d'hébergement doit être adaptée à ses destinataires, c'est-à-dire être confortable, d'accès facile, sans barrières architecturales, accessible aux fauteuils roulants et dotée de services aux locataires. Tel est le cas des logements adaptés, dont le nombre a crû sensiblement, surtout dans les localités importantes. L'adjonction d'un home à la cité pour personnes âgées se révèle très utile, voire nécessaire. Grâce au subventionnement fédéral de la construction, il est possible de maintenir, dans ces logements, des loyers bas pour les locataires de condition modeste.

Homes pour personnes âgées

De même, de nombreux cantons et, depuis 1975, l'AVS ont encouragé par le biais du subventionnement la construction, l'agrandissement et la rénovation des homes. On assiste actuellement à l'avènement de réalisations polyvalentes qui supplantent peu à peu les établissements de type traditionnel. L'accent est mis sur la garantie de l'indépendance (chambres individuelles), la conservation des contacts sociaux antérieurs et le maintien dans l'établissement des personnes dont l'état s'est détérioré. On encourage également la mise à disposition des prestations du home en faveur des personnes du voisinage: utilisation des locaux communautaires, services ambulatoires.

Il est regrettable que les bases légales et les moyens financiers ne permettent pas à l'AVS d'accorder un subventionnement à l'exploitation desdits homes, tel que celui accordé par l'AI aux établissements pour invalides.

Etablissements pour malades chroniques

Les principes évoqués ci-dessus s'appliquent également aux homes médicalisés, pour lesquels il faut encore tenir compte de particularités inhérentes à la prise en charge de personnes nécessitant des soins continus. Le mode de financement de la construction et de l'exploitation de homes de ce type est déterminé par les cantons.

On a grand besoin d'établissements de soins continus, tant pour décharger les hôpitaux des cas chroniques que pour soulager les homes des cas qui dépassent leur compétence. Chaque canton ou région se doit de fixer les besoins en structures d'hébergement et d'en contrôler l'évolution. Dans l'état actuel, c'est l'urgent besoin de placements pour soins continus qui domine.

Chapitre 7: Les services sociaux dans le cadre de l'aide à la vieillesse en milieu ouvert (aide extrahospitalière)

L'évolution économique, la mobilité et les changements sociaux de larges couches de la population et son accroissement de personnes du 4^e âge surtout, ont fait naître des risques et des besoins élémentaires qui ne peuvent être couverts ni par l'aide privée des familles ou des voisins, ni par des entreprises à but lucratif. A côté de l'aide familiale et au sein de petites communautés, et là où c'est nécessaire, c'est le système des services sociaux qui intervient.

Aide à la vieillesse en «milieu ouvert» et «fermé»

Les services sociaux fournissent leurs prestations sous la forme d'aide à la vieillesse en milieu ouvert et fermé. Les services de l'aide en milieu ouvert sont destinés au premier chef aux personnes âgées qui restent dans leurs propres appartements, ceux de l'aide en milieu fermé sont destinés aux pensionnaires de homes ou d'hôpitaux.

Comparés aux services d'aide à la vieillesse en milieu fermé, ceux de l'aide en milieu ouvert ont été jusqu'ici relativement peu poussés. Une telle constatation s'impose surtout si l'on considère qu'actuellement, quelque 93 pour cent des personnes âgées vivent dans des ménages privés. Un avantage important de l'aide en milieu ouvert par rapport à l'aide en milieu fermé réside dans le fait qu'un réseau suffisamment serré de tels services permet aux personnes âgées tant de demeurer dans leur milieu habituel que de conserver leur indépendance, leur liberté d'action et les contacts sociaux qu'elles avaient jusque-là. C'est seulement grâce à l'article 101 bis, entré en vigueur le 1^{er} janvier 1979, de la loi fédérale sur l'AVS qu'il a été possible d'encourager, par le versement de subventions, certaines branches de l'aide à la vieillesse en milieu ouvert, surtout les services de consultation, de documentation et les cours.

Il ne faut toutefois pas perdre de vue que – pour des raisons diverses et non seulement financières – le développement des services de l'aide en milieu ouvert est limité. Lorsque quelqu'un doit exclusivement compter sur les services de cette aide pour des soins intensifs, il est possible qu'un bref séjour – mais il n'est pas rare que ce soit un séjour à demeure – dans un hôpital ou un home représente, suivant les circonstances, une meilleure solution. D'une manière générale, on pourra dire que les services sociaux de l'aide à la vieillesse en milieu ouvert ou fermé doivent toujours avoir l'assentiment de la personne âgée concernée pour entrer en action et ne le faire que lorsqu'il y a un véritable besoin d'aide sociale. Il faut en outre veiller à ce que la personne âgée ne réduise pas ses efforts à cause de cette aide extérieure et que, grâce à une organisation intelligente de l'aide, son indépendance et sa capacité de décision

ne se trouvent pas limitées, mais soient au contraire stimulées. Mieux que toutes les mesures prises après coup, il y a celles que l'on appelle d'ordinaire les mesures prophylactiques, c'est-à-dire que l'on préparera l'homme vieillissant aux problèmes de l'âge, on lui recommandera de faire des visites médicales régulières et de choisir des loisirs enrichissants.

Les domaines principaux de l'aide à la vieillesse en milieu ouvert

Les services de l'aide à la vieillesse en milieu ouvert s'étendent pratiquement à tous les domaines de la vie quotidienne. Aujourd'hui, vu l'évolution rapide que nous connaissons, il devient toujours plus important de *conseiller* les vieillards. Il convient aussi tout particulièrement d'assister sur le plan pratique et spirituel les personnes âgées isolées en discutant avec elles en tête-à-tête ou dans des groupes.

Dans le *domaine de l'économie domestique*, mentionnons surtout le service de l'aide ménagère, les soins à domicile, puis le service de nettoyage et les aides dans les cas spéciaux. Les services tels que ceux des repas, de la lingerie et du raccommodage sont déjà moins liés au logement.

Dans les cas de *maladie et de handicaps* ainsi que pour maintenir l'état de santé, l'aide la plus importante est certainement celle du médecin de famille, bien que l'on ne puisse englober son activité dans les services sociaux proprement dits. Dans sa tâche, le médecin est aidé par l'infirmière de santé publique, l'aide familiale ou l'aide spontanée de proches. Le service de pédicure, lui aussi, joue un grand rôle.

Le service de transports, les chaînes de téléphone et les services de visites favorisent énormément les *contacts avec l'entourage*.

Une nouvelle évolution décisive de l'aide à la vieillesse en milieu ouvert commence à se faire jour dans les *institutions fixes* elles-mêmes. Ainsi, les homes ouvrent leurs portes aux personnes âgées qui n'y habitent pas; on crée des centres pour personnes âgées (avant tout dans des homes comprenant des services pour les personnes âgées du voisinage), des hôpitaux et des homes de jour qui complètent judicieusement les formes d'aide traditionnelles.

Coordination

La multiplicité des supports juridiques et des formes d'aide dans le domaine de l'aide à la vieillesse en milieu ouvert implique une étroite coordination des services. Quelques cantons et communes ont déjà réglé ce problème d'une manière exemplaire. A l'échelon fédéral et cantonal, une coordination efficace est en train de voir le jour grâce notamment aux subventions de la Confédération et de l'AVS.

Chapitre 8: L'instruction du personnel et le besoin de personnel

Formation du personnel

Si l'on veut améliorer la situation des personnes du 3^e âge en Suisse, il faut aussi, d'abord, y adapter l'instruction des personnes qui, professionnellement ou non, collaborent avec elles, c'est-à-dire des aides bénévoles, des directeurs de homes, des assistants sociaux, du personnel paramédical, des médecins, etc. En outre, il faudrait donner aussi aux personnes âgées les aptitudes et les connaissances nécessaires pour qu'elles puissent elles-mêmes organiser leur vie et leur coexistence avec autrui.

Malgré tous les efforts considérables déployés ces dernières années en vue d'assurer la relève, par exemple, dans le domaine des soins pratiques aux malades et de l'ergothérapie, l'état actuel n'est pas satisfaisant, ni du point de vue qualitatif ni du point de vue quantitatif, si on le compare aux exigences posées par des soins judicieux et par l'assistance aux personnes âgées, ainsi que leur réadaptation. Avant tout, il est d'une urgente nécessité d'améliorer l'image qu'on se fait de la collaboration dans les homes, comme ce travail exigeant le mérite.

Besoins de personnel

Dans le domaine de l'aide à la vieillesse en milieu ouvert et fermé, on constate dans la plupart des branches, mais surtout dans le personnel soignant, une pénurie de personnel très sensible et, partant, un énorme besoin de personnel à l'avenir. On aura certainement une meilleure vue d'ensemble lorsque l'Institut suisse des hôpitaux (ISH) aura terminé son enquête sur le besoin de soins dans les homes et les divisions pour malades chroniques et qu'il l'aura étendue au reste du personnel.

Résumé des revendications principales en matière de politique de la vieillesse

A présent que les progrès de notre sécurité sociale permettent d'assurer, dans une large mesure, l'existence des personnes âgées et que la construction de homes pour la vieillesse a été généreusement soutenue par des subventions de l'AVS, nos efforts dans ce domaine doivent être consacrés surtout, désormais,

à l'aide non matérielle en faveur des personnes âgées. Chaque individu doit avoir l'occasion d'utiliser d'une manière aussi rationnelle et satisfaisante que possible les ressources et moyens dont il dispose dans sa vieillesse. L'intérêt public doit maintenant se tourner davantage vers des mesures telles que les soins médicaux préventifs, la réadaptation médicale et sociale, la préparation à la vieillesse, l'organisation des loisirs, les services sociaux à domicile et dans les homes, sans oublier la formation du personnel qui doit s'occuper des vieillards. Etant donné que la Confédération et l'AVS n'auront, à longue échéance, que peu de ressources pour financer des mesures de ce genre, il faudra que les cantons, les communes, ainsi que des institutions de bienfaisance privées et ecclésiastiques, assument ces tâches. Les organisations locales et régionales qui se vouent à des activités d'utilité publique sont d'ailleurs mieux qualifiées pour ce «travail sur mesure».

Cependant, la Confédération, c'est-à-dire l'AVS, a encore suffisamment à faire dans le domaine de la politique de la vieillesse. Voici quelques-uns des problèmes qui lui restent à traiter, ou quelques-unes des tâches qui lui incombent :

- Encourager la recherche démographique et gérontologique
- Permettre ou faciliter l'adoption de la limite d'âge flexible
- Effectuer des enquêtes fréquentes sur les dépenses et recettes des vieux ménages
- Résoudre le problème du statut de la femme, notamment de la ménagère, dans la prévoyance-vieillesse
- Introduire un système de prestations obligatoires et illimitées de l'assurance-maladie en cas de séjours de longue durée dans des établissements de cure
- Subventionner la construction de centres pour personnes âgées et les services externes assumés par ceux-ci (système du point d'appui)
- Etendre le subventionnement à d'autres moyens auxiliaires et prestations de services
- Encourager la formation de personnel et faciliter le recrutement de celui-ci dans le domaine de l'aide extrahospitalière à la vieillesse, ainsi que de l'aide dans les établissements.

Bilan et perspectives de la politique familiale

La politique familiale est un élément important de notre politique sociale; loin de se borner à l'octroi d'allocations, elle s'étend à un vaste domaine, englobant tous les efforts entrepris par les autorités et des milieux privés en vue d'assurer la protection et le bien-être de la famille. Les assurances sociales, les allègements fiscaux, la solution des problèmes de logement, d'autres mesures encore se rattachent à cette politique.

G. Bouverat, collaborateur de l'OFAS, dont il dirige la section de la protection de la famille, a apporté une contribution aux discussions actuelles sur ce thème en prenant la parole lors d'une assemblée annuelle. Son exposé, qui montre les mesures prises en faveur de la famille dans notre pays, est reproduit ci-après.

Exposé présenté le 7 juin 1979 à Thoun par G. Bouverat lors de la conférence annuelle du Groupement romand des institutions d'assistance publique et privée

Depuis quelque temps, la politique familiale connaît un regain d'intérêt dans notre pays, au niveau fédéral et cantonal, comme dans de nombreux Etats européens du reste. Cette relance de la politique familiale se traduit chez nous par certains faits importants: publication officielle, en novembre 1978, du premier rapport sur la situation de la famille en Suisse, dépôt d'un grand nombre d'interventions parlementaires ayant trait à la famille, nomination récente, par le Département fédéral de l'intérieur, d'un groupe de travail chargé d'analyser le rapport sur la famille et d'en tirer des conclusions, sensibilisation de l'opinion publique aux besoins des enfants en cette année internationale de l'enfant.

Au niveau de l'Etat, il n'est guère de département ou de service qui ne soit concerné par des aspects familiaux de son action. C'est dire que pour être efficace, toute action sociale des pouvoirs publics devrait pouvoir se référer à une *politique familiale définie comme l'ensemble des actions et des moyens qui doivent mettre les familles en état de faire face à leurs responsabilités et de satisfaire leurs besoins sur le plan économique, éducatif, affectif et social.*

1. Naissance de la politique familiale

Dans notre pays, les questions de protection de la famille sont devenues actuelles dans les années 30. La Suisse était alors l'un des pays les plus pauvres en enfants de l'Europe et le nombre des divorces y était relativement élevé. L'association suisse pour une politique sociale organisa à Zurich, en 1931, un congrès d'études qui s'occupa particulièrement du problème de la protection économique de la famille. A la suite de ce congrès fut instituée par la Société suisse d'utilité publique une «Commission pour la protection de la famille», dont faisaient partie les représentants de diverses tendances. Cette commission établit un programme d'aide étendue à la famille.

L'idée d'assurer à la famille, surtout à la famille nombreuse, une protection et une aide matérielle plus grande trouva également son expression aux Chambres fédérales. Entre 1929 et 1943, il n'y eut pas moins de 13 interventions faites en ce sens. Ces interventions n'eurent pas le succès escompté, le législateur

fédéral ne disposant pas d'une compétence constitutionnelle pour instaurer des mesures générales de protection de la famille. C'est ce qui incita le comité central du Parti conservateur populaire suisse à lancer, le 19 octobre 1941, une initiative constitutionnelle «Pour la famille» afin de donner au législateur fédéral, par la voie d'une révision partielle de la Constitution, les attributions nécessaires dans le domaine de la protection de la famille. Le 13 mai 1942 fut déposée une demande d'initiative pour la famille, appuyée par plus de 160 000 signatures.

Le 10 octobre 1944, le Conseil fédéral présenta à l'Assemblée fédérale un rapport volumineux sur la demande d'initiative. En votation populaire du 25 novembre 1945, le contre-projet fut accepté à une majorité écrasante. La nouvelle disposition constitutionnelle (art. 34 quinquies) est entrée en vigueur le 5 avril 1946.

L'article constitutionnel se composait de cinq alinéas. Alors que les alinéas 2 à 4 donnaient de nouvelles compétences à la Confédération dans différents domaines (allocations familiales, logement, assurance-maternité), le premier alinéa contenait des directives générales à l'intention du législateur fédéral, celui-ci étant invité à tenir compte des besoins de la famille¹.

La reconnaissance des droits familiaux dans une constitution est un acte important. Ces droits sont, de la sorte, mis à l'abri des atteintes de la loi et de l'autorité. De plus, une telle reconnaissance ne peut que contribuer à orienter la politique familiale du pays.

Dans notre pays fédéraliste, il est intéressant de constater que non seulement la Constitution fédérale, mais encore certaines constitutions de cantons font référence à la famille. La constitution la plus récente, celle du canton du Jura, du 20 mars 1977, prévoit à son article 17 que «l'Etat protège et soutient la famille, cellule naturelle et fondamentale de la société. Il en renforce le rôle dans la communauté».

2. Motivation de la politique familiale

En remontant aux origines de la politique familiale, nous avons décelé que des raisons parfois fort différentes les unes des autres pouvaient motiver la politique familiale.

Ainsi, cette politique peut être inspirée aussi bien par la justice sociale que par des considérations démographiques.

En portant un jugement sur la situation en Suisse, l'on doit constater que la politique familiale, telle qu'elle est pratiquée par la Confédération et les cantons, répond surtout à un postulat de la justice sociale.

Personne ne conteste que la famille doive, dans l'Etat moderne, bénéficier

¹ Le 3^e alinéa (logement et colonisation intérieure) a été abrogé et remplacé par l'article 34 sexies (construction de logements), en votation populaire du 5 mars 1972.

d'une aide qui soit un correctif à la répartition des revenus. En effet, le niveau de vie s'abaisse au fur et à mesure que le nombre des enfants s'accroît, et il serait contraire aux principes fondamentaux d'un ordre social sain que les familles avec enfants ne puissent participer, sur un pied d'égalité, au progrès social et bénéficier d'une promotion culturelle. De cette constatation est née l'idée d'une compensation efficace et équitable des charges familiales pour les divers groupes de la population, compensation réalisée avant tout par l'octroi d'allocations familiales et de défalcatons en matière d'impôts.

3. Le contenu de la politique familiale

Si l'on établit le bilan de la politique familiale, on peut classer les diverses mesures de cette politique en trois grandes catégories: celles tendant à protéger la famille sur le plan économique, celles visant à mettre à la disposition des familles certains équipements ou services et, enfin, celles assurant une protection morale de la famille.

a. Mesures de protection de la famille sur le plan économique

L'un des buts essentiels de la politique familiale est de maintenir le standing de vie des familles au même niveau que celui des couples sans enfants. A cet effet, des mesures dites de compensation des charges familiales ont été instaurées. Avec ces mesures, l'on compense les charges supplémentaires résultant de la nourriture, de l'habillement, du logement et de l'éducation des enfants. C'est, avant tout, en octroyant des allocations familiales et en prévoyant des allègements pour les familles en droit fiscal que les législations des Etats modernes ont réalisé la compensation des charges familiales. Toutefois, dans d'autres domaines encore, la protection économique de la famille peut être garantie. Ainsi en est-il dans les secteurs du logement, des assurances sociales et des bourses.

Avant de considérer les diverses mesures de compensation des charges familiales, une question préliminaire se pose: cette compensation doit-elle être totale ou partielle? Tous les Etats, dont le nôtre, partent du principe qu'en matière de compensation des charges, la famille doit continuer à assumer ses propres responsabilités; le salaire-rendement, indispensable pour des raisons psychologiques, ne doit être ni affaibli ni remplacé, mais complété par des allocations familiales, dans le sens des postulats de la justice sociale. En aucun cas, les prestations ne doivent atteindre un niveau tel que les dépenses nécessaires à l'entretien et à l'éducation des enfants soient intégralement couvertes.

Allocations familiales

Les allocations familiales constituent l'un des piliers de la politique économique envers les familles. Par «allocations familiales», il faut entendre soit les

prestations en espèces apportant une contribution régulière et permanente à l'entretien des personnes dont le chef de famille assume la charge, soit des prestations fournies à certains moments de la vie d'une famille (mariage ou naissance, par exemple).

En Suisse, l'on a vu apparaître les premières allocations familiales dans les réglementations sur les traitements des fonctionnaires. Les allocations familiales dans les entreprises privées furent introduites durant la Première Guerre mondiale sous la forme de suppléments de vie chère. En 1937, on comptait 40 entreprises, avant tout en Suisse romande, qui accordaient des allocations familiales. Quant à la première caisse de compensation pour allocations familiales, elle a été créée en 1930 à Genève par l'Union des industriels de la métallurgie. C'est le canton de Vaud, en 1943, qui a été le premier à édicter une loi sur les allocations familiales, déclarant obligatoire l'affiliation des employeurs à des caisses de compensation pour allocations familiales. C'est enfin le 9 juin 1944 que le Conseil fédéral a pris, en vertu de ses pouvoirs extraordinaires, un arrêté instituant le versement d'allocations aux travailleurs agricoles et aux paysans de la montagne.

– Allocations familiales fédérales dans l'agriculture

Aux termes de l'article constitutionnel sur la protection de la famille, la Confédération est autorisée à légiférer en matière de caisses de compensation pour allocations familiales. Jusqu'ici, elle n'a fait usage de cette compétence que pour l'agriculture, en édictant la loi fédérale du 20 juin 1952 sur les allocations familiales aux travailleurs agricoles et aux petits paysans (LFA).

En vertu de la LFA, les travailleurs agricoles et les petits paysans ont droit à des allocations pour leurs enfants en raison de chaque enfant de moins de 16 ans, cette limite d'âge étant reportée à 25 ans en cas d'études ou d'apprentissage et à 20 ans en cas d'infirmité. L'allocation s'élève à 50 francs par mois et par enfant en région de plaine et à 60 francs en zone de montagne. Les travailleurs agricoles touchent en outre une allocation de ménage de 100 francs par mois. Le droit aux allocations des petits paysans est subordonné à une limite de revenu (16 000 fr. + un supplément de 1500 fr. par enfant). Les prestations sont financées par une contribution des employeurs de l'agriculture (1,8 % des salaires du personnel agricole) et, principalement, par les pouvoirs publics (Confédération $\frac{2}{3}$ et cantons $\frac{1}{3}$).

– Allocations familiales cantonales

Aussi longtemps que la Confédération n'use pas de façon plus étendue de ses pouvoirs constitutionnels, les cantons conservent leur compétence législative; il existe des lois sur les allocations familiales aux salariés dans *tous* les cantons.

Quelques cantons ont, en outre, institué des allocations familiales pour les indépendants appartenant à des professions non agricoles¹.

Selon les lois cantonales sur les allocations familiales, les employeurs assujettis à la loi doivent, en principe, adhérer à une caisse de compensation pour allocations familiales. Actuellement, quelque 800 caisses d'allocations familiales exercent leur activité en Suisse.

– Comparaison avec l'étranger

Comment faut-il apprécier nos régimes d'allocations familiales? Soutiennent-ils la comparaison avec l'étranger?

Quelques considérations s'imposent tout d'abord. Contrairement à plusieurs systèmes de l'étranger, nos régimes d'allocations familiales ne couvrent que dans une faible mesure les indépendants. Des enquêtes ont montré que les indépendants eux-mêmes sont opposés à l'institution d'allocations familiales au financement desquelles ils devraient participer.

L'allocation pour enfant est servie en Suisse dès le premier enfant; dans un pays tel que la France, l'allocation pour enfant proprement dite n'est payée qu'à partir du deuxième enfant.

Il est toujours extrêmement difficile d'établir des comparaisons au sujet des montants d'allocations, car les niveaux de salaires sont très différents d'un Etat à l'autre.

Dans notre pays, la moyenne des allocations se situe autour de 70 francs. En RFA, l'allocation est de 50 DM pour le premier enfant, de 100 DM pour le deuxième et de 200 DM pour le troisième enfant et chacun des suivants. En France, les allocations pour enfants de base servies à une famille de 2 enfants s'élèvent à 218,27 francs français par mois; à signaler toutefois que ce pays connaît 12 genres d'allocations familiales.

– Innovations

Envisage-t-on des innovations importantes dans le domaine des allocations familiales?

Il faut relever tout d'abord qu'une révision de la loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture est prévue; elle doit entrer en vigueur le 1^{er} avril prochain².

A diverses reprises, l'on a, au cours des dernières décennies, parlé de l'institution d'un régime fédéral d'allocations familiales pour les salariés non agri-

¹ Voir l'article sur les allocations familiales dans le présent numéro.

² Voir RCC 1979, pp. 342, 364, 505 et 543.

coles, régime qui aurait essentiellement pour objet une unification des lois cantonales sur les allocations familiales. Par deux fois, les cantons et associations intéressées se sont dans leur majorité déclarés opposés à un tel régime. Actuellement, la question a été soulevée à nouveau dans deux interventions parlementaires.

Allègements fiscaux

Le deuxième instrument important visant à la compensation des charges familiales est l'aide financière indirecte par l'aménagement de l'impôt.

En droit fiscal suisse, c'est le principe de l'imposition du revenu familial qui prévaut en matière d'*impôts directs*. Cette imposition a ceci de particulier que l'assujettissement du chef de famille étend ses effets à l'ensemble du revenu familial. Les réglementations fiscales en vigueur à l'heure actuelle, tant sur le plan fédéral que sur le plan cantonal, sont toutes fondées sur le principe de l'unité de la famille. Il s'ensuit que la famille représente aussi une unité au point de vue du droit fiscal, la capacité financière de cette unité étant déterminée par la *somme des revenus* des deux époux et des enfants sous puissance paternelle.

– Impôt de défense nationale

En matière d'impôt pour la défense nationale (IDN), pour tenir compte du fait que l'ensemble du revenu familial doit suffire à l'entretien de plus d'une personne, on accorde certaines déductions sociales au contribuable marié.

La déduction pour personne mariée s'élève à 2500 francs; la déduction pour enfant est de 1200 francs pour chaque enfant. Il existe en outre une déduction de 2000 francs pour l'épouse exerçant une activité lucrative.

– Impôts cantonaux

La plupart des lois cantonales d'impôt sur le revenu prévoient des déductions de même type que l'IDN, à savoir des déductions de ménage et des déductions pour enfants.

Les déductions pour enfants s'effectuent selon deux systèmes:

- taux uniforme pour tous les enfants
- taux échelonnés selon le rang de l'enfant.

Les lois de certains cantons (par exemple GE, ZH) ont en outre prévu des barèmes d'impôts différents pour célibataires et mariés.

Le système actuel de l'imposition de la famille est l'objet de nombreuses critiques. Pour aménager un meilleur échelonnement de la charge fiscale frappant le revenu de la famille par rapport aux célibataires, on fait référence à d'autres systèmes d'imposition connus à l'étranger:

- «splitting» du revenu: les revenus des deux époux sont additionnés, mais on divise ce total par deux pour déterminer le taux de l'impôt;
- imposition selon les unités de consommation.

Les travaux en cours en vue de l'harmonisation fiscale fournissent l'occasion de soumettre la question de l'imposition de la famille à un nouvel examen.

Politique du logement

Compte tenu de la part importante consacrée dans un budget familial au paiement du loyer ou au paiement des amortissements et intérêts consécutifs à l'achat ou à la construction d'une maison familiale ou d'un appartement, il est évident que la politique du logement a une influence importante sur la famille et sur son développement harmonieux.

Si l'on analyse les principaux objectifs visés en Suisse par la politique du marché du logement, depuis le début de la Seconde Guerre mondiale, on s'aperçoit que l'accent a été mis d'abord sur l'accroissement quantitatif de l'offre de logements et, par la suite, sur le soutien accordé, pour des motifs de politique sociale, aux familles à revenus limités et sur le rétablissement de l'équilibre du marché. Les interventions financières de la Confédération ont été prévues sous les formes les plus diverses: contributions «à fonds perdu» aux frais de construction, subventions périodiques à titre d'apport à l'intérêt du capital. De 1942 à fin 1975, ce sont 147 000 logements dont la construction a bénéficié d'une aide de la Confédération qui ont pu être construits. Le montant des dépenses fédérales s'est élevé à 1 milliard de francs. Entre 1942 et 1975, la part des logements construits ayant bénéficié d'une aide de l'Etat représente en moyenne 5 pour cent de l'ensemble de la production.

Par le nouvel article 34 sexies de la Constitution adopté en 1972, l'encouragement à la construction est devenu une tâche permanente de la Confédération. Sur la base de cette nouvelle disposition constitutionnelle a été édictée la loi du 4 octobre 1974, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1975, encourageant la construction et l'accession à la propriété de logements. Les mesures d'encouragement s'étendent à l'équipement des terrains pour la construction de logements, à la construction de logements elle-même, à l'abaissement du coût de la construction et des loyers plus particulièrement; l'accès à la propriété d'un logement ou d'une maison doit, par ailleurs, être facilité.

Examinées du point de vue de la politique familiale, ce sont les mesures visant à abaisser les loyers et à encourager l'accès à la propriété d'un logement ou d'une maison qui présentent le plus grand intérêt. Jusqu'en mars 1978, des promesses d'aide fédérale, sous diverses formes, ont été faites pour 3600 logements.

Autre volet de la politique fédérale en matière de logement: les mesures destinées à améliorer le logement dans les régions de montagne. Les mesures d'aide de la Confédération font l'objet de la loi fédérale du 20 mars 1970 concernant l'amélioration du logement dans ces régions-là. La Confédération

soutient, par des subventions, les mesures que prennent les cantons à cet effet. Les subventions sont accordées pour des ouvrages simples permettant de procurer de saines conditions d'habitation à des familles à ressources modestes. Préférence est donnée à l'amélioration des logements destinés à des familles nombreuses.

Bourses d'études

Il est généralement admis que la justice sociale commande que l'on donne, en principe, à chaque jeune homme doué ou jeune fille douée, quelle que soit sa situation financière, la possibilité d'une formation correspondant à ses dons et d'une promotion dans la société. L'octroi de bourses, compris dans ce sens, constitue par conséquent un élément très important de la politique d'aide économique à la famille.

Plusieurs textes légaux prévoient l'octroi d'aides financières à la formation: la loi fédérale sur la formation professionnelle, du 20 septembre 1963; l'ordonnance sur la formation professionnelle agricole, du 25 juin 1975; la loi fédérale du 19 mars 1965 sur l'allocation de subventions pour les dépenses des cantons en faveur des bourses d'études.

En 1976, près de 55 000 étudiants et apprentis environ ont bénéficié de bourses en Suisse, pour un montant de 140 millions de francs. Les montants minimaux et maximaux des bourses octroyées varient d'un canton à l'autre. Le montant minimal d'une bourse pour un universitaire est de 500 francs dans la plupart des cantons. Le maximum est celui prévu par le canton de Zurich (10 700 fr.). Dans les autres cantons, les maximums oscillent entre 6000 et 10 000 francs.

Assurances sociales

De quelle manière les intérêts de la famille peuvent-ils être pris en considération dans les assurances sociales? C'est le système des prestations qui offre les plus grandes possibilités au législateur. En principe, les prestations sont graduées en fonction des obligations d'entretien et d'assistance découlant du droit de famille: elles sont plus élevées pour les personnes ayant charge d'enfants que pour les célibataires et les personnes mariées sans enfants. Dans les branches les plus récentes des assurances sociales (AVS, AI, APG), l'idée de protection de la famille a été concrétisée de façon exemplaire. En revanche, si l'on examine les branches plus anciennes, telles que l'assurance-maladie et accidents, on constate que l'on n'y a guère tenu compte des charges familiales. Ainsi, l'assurance-maladie est conçue comme une assurance *individuelle*, ce qui signifie que celui qui devient membre d'une caisse n'acquiert de droits que pour lui-même personnellement. En conséquence, si le chef de famille est assuré, cela ne veut pas dire que les membres de la famille le soient, comme c'est le cas en général à l'étranger (assurance familiale). Dans notre pays, les membres de la famille n'ont droit aux prestations que s'ils ont adhéré eux-mêmes à une caisse. Il n'existe pas non plus une véritable assurance-maternité,

alors que la Confédération a reçu la compétence de l'introduire lors de l'adoption de l'article constitutionnel 34 quinquies. Les caisses-maladie sont tenues tout simplement de prendre en charge, en cas de grossesse et d'accouchement de leurs assurées, les mêmes prestations qu'en cas de maladie, ainsi que certains frais particuliers définis dans la LAMA.

Il n'est pas possible, dans le cadre du présent exposé, d'indiquer les diverses prestations d'assurances sociales où il est particulièrement tenu compte des charges familiales. L'on peut citer, dans l'AVS, les rentes d'orphelins, les rentes complémentaires pour l'épouse, les rentes pour enfants. Dans l'AI, les mesures de formation scolaire spéciale constituent un soutien appréciable pour les familles ayant un ou plusieurs enfants invalides. L'AI verse alors des contributions aux frais d'école et de pension ou des subsides pour les mesures pédagogiques spéciales.

Autres avantages matériels pour les familles

L'énumération de ces avantages familiaux pourrait être longue encore; nous ne citerons, à titre d'exemple, que les réductions de tarifs des transports publics.

b. Action sociale familiale

La politique familiale, de par sa nature même, est nécessairement amenée à poser dans son ensemble le problème du bien-être de l'homme et de sa famille, qui ne se limite pas au plus haut niveau de vie. Orientée d'abord principalement vers la compensation des charges familiales, elle tend de plus en plus à répondre également aux exigences de la vie socio-affective et socio-culturelle: création d'équipements sociaux, aide aux parents dans leurs tâches d'éducation et d'orientation des jeunes, action pour un cadre de vie adapté aux besoins des familles, notamment en matière de logement, d'urbanisme et de loisirs. Il n'est pas possible de décrire ici le développement des nombreux services mis à la disposition des familles et destinés à répondre aux besoins soit de la famille dans son ensemble, soit plus spécialement des mères, des enfants ou des adolescents (crèches, garderies d'enfants, jardins d'enfants, centres de consultation conjugale ou familiale, etc). Des formules nouvelles naissent constamment et il faut souligner l'effort fait, dans les zones urbaines, pour aider les familles à résoudre les problèmes nouveaux que leur pose la vie dans les «grands ensembles». Les centres sociaux, dotés d'une équipe de travailleurs sociaux (assistants sociaux, infirmières, conseillères ménagères, animateurs socio-culturels), semblent répondre de façon judicieuse à ces besoins.

L'aide familiale est un élément essentiel des soins extra-hospitaliers; elle joue un grand rôle dans le traitement des malades à domicile et elle vient au secours des foyers où la mère ne peut plus tenir son ménage pour cause de maladie ou d'accouchement. En Suisse, il existe quelque 600 organisations d'aide familiale et 13 écoles qui forment des aides familiales. Organismes cantonaux ou

locaux, de même qu'écoles, sont regroupés, en règle générale, dans l'Association suisse des organisations d'aide familiale. Lors des discussions sur la modification des articles du code pénal concernant l'interruption de la grossesse, il y avait un point sur lequel les différents milieux politiques étaient tombés d'accord, c'était la nécessité de développer les centres de planning familial. Où en est-on en Suisse dans ce domaine? Des enquêtes menées par l'Alliance de sociétés féminines suisses et Caritas suisse, il ressort que de nombreux cantons ou villes sont actuellement déjà dotés de centres de consultation conjugale ou familiale ou de centres de planning familial. L'enquête menée par l'Alliance de sociétés féminines suisses fait apparaître l'existence de 22 centres bien organisés, dépendant juridiquement d'hôpitaux cantonaux, de services cantonaux de la santé publique, de communes ou de groupements privés ou semi-privés. Faut-il s'attendre à un développement des centres de consultation familiale dans notre pays? Il y a des interventions parlementaires pendantes et des initiatives des cantons sur le problème de l'interruption de la grossesse. La question de la création de centres de consultation sera vraisemblablement réexaminée dans ce cadre-là.

c. Protection morale de la famille

En dressant le catalogue des prestations matérielles et des services destinés aux familles, on pourrait faire naître l'idée d'une prédominance de l'aide économique sur la protection morale de la famille. Il n'en est rien. Certes, dans le domaine de la défense morale et spirituelle de la famille, l'Etat laisse l'initiative aux Eglises ainsi qu'aux organisations religieuses et privées. Il n'en demeure pas moins qu'il doit créer les conditions adéquates au maintien et à l'épanouissement de l'institution familiale.

C'est par le droit de famille, domaine particulier du droit privé, que l'Etat peut notamment donner une assise solide à la communauté familiale. Les importantes transformations intellectuelles et sociales qui ont suivi les deux guerres mondiales ont aussi modifié profondément la structure de la famille et les conceptions relatives à son organisation. Notre droit de famille est en revision, et cette revision tend à réaliser, autant que possible, l'égalité de l'homme et de la femme dans le mariage et la famille, en s'inspirant du principe de la reconnaissance de la personnalité de la femme. De la sorte devrait s'instaurer un meilleur équilibre, sur le plan psychologique et économique, des rapports entre les membres du groupe familial.

Le nouveau droit de filiation est entré en vigueur le 1^{er} janvier 1978. La relation parents-enfant est inhérente à la nature humaine et antérieure à l'Etat. Elle s'appuie surtout sur la loi interne de la conscience et de la morale. La nouvelle réglementation juridique de cette relation s'est bornée à établir les principes essentiels et à fixer les devoirs des parents, principalement là où le mariage en tant que communauté d'éducation fait défaut ou faillite.

4. Mouvements chargés de la défense des intérêts de la famille

Au cours des dernières décennies, la restauration et la protection de la famille ont été les buts visés, chez nous comme dans plusieurs pays voisins, par de nombreux mouvements familiaux. Ceux-ci ont été les pionniers qui ont valu la reconnaissance des intérêts familiaux dans la législation et l'administration. En Suisse, les premières organisations familiales sont apparues en 1925 en Suisse romande. Vers les années 30, des organisations semblables ont vu le jour en Suisse alémanique. En 1942, les associations en cause se sont groupées en une Fédération suisse, Pro Familia. Cette organisation faitière a pour but de développer sur le plan fédéral l'action sociale en matière familiale. Elle veut, en particulier, représenter les intérêts généraux de la famille en coordonnant tous les efforts déployés à cette fin dans les domaines de la législation de droit privé et public, de la culture, de l'économie et de l'aménagement du territoire.

5. Représentation de la famille au niveau de l'administration fédérale

Depuis 1946, il a existé à l'Office fédéral des assurances sociales un groupe, puis dès 1965 une section de la protection de la famille, dont la tâche principale consiste en l'exécution des prescriptions légales sur les allocations familiales dans l'agriculture. Elle s'occupe également de questions qui touchent la protection de la famille en général et elle est chargée des relations avec les organisations qui, au niveau national et international, s'occupent de la protection de la famille, comme la Fédération suisse Pro Familia et l'Union Internationale des organismes familiaux dont le siège est à Paris.

6. Collaboration de la Suisse sur le plan de la politique familiale européenne

(Conférence européenne des ministres chargés des affaires familiales)

Cette conférence a été instituée en 1959 à Vienne. Au début, elle ne groupait que les six pays du Marché commun et l'Autriche. En 1961, la Suisse et le Royaume-Uni se sont joints au groupe. Le cercle des Etats membres a été étendu en 1967 à tous les pays faisant partie du Conseil de l'Europe.

Les objectifs de la conférence ont été définis comme suit:

– Elle fournit aux ministres l'occasion d'échanger informations et points de vue sur des questions politiques concernant le bien-être familial;

– elle permet aux ministres de présenter des propositions relatives aux nouvelles activités qui seront entreprises au niveau européen dans le domaine du bien-être familial, et d'en discuter.

Parmi les thèmes traités jusqu'ici par les ministres, on peut citer les suivants:

– les prestations matérielles en faveur de la famille

– l'adaptation et l'intégration sociale du travailleur migrant et de sa famille

– la jeune famille

– les régimes d'allocations familiales (Genève 1967)

– l'enfance et l'adolescence en danger

– l'égalité de l'homme et de la femme: son influence sur la vie familiale et sur l'action gouvernementale

– promotion du rôle éducatif de la famille (1977)

– la politique familiale en tant qu'instrument permettant de réaliser l'égalité des chances des enfants (1979).

7. Perspectives de la politique familiale suisse

En retraçant l'évolution de l'action familiale en Suisse depuis les années 30 et en décrivant les prestations et services institués dans l'intérêt des familles, force est de constater qu'il *existe* une politique familiale dans notre pays. Cette politique ne découle cependant pas d'un concept global; elle est pragmatique et surtout diversifiée, eu égard au fédéralisme, c'est-à-dire à la répartition des compétences entre Confédération et cantons, mais en raison aussi du rôle important joué par les organisations privées. Divers milieux réclament plus de coordination, ainsi qu'une meilleure définition des buts à atteindre. Significatives, à cet égard, sont les nombreuses interventions qui ont été faites aux Chambres fédérales depuis quelques années.

Les perspectives de la politique familiale doivent être jugées en partant du «Rapport sur la situation de la famille» publié en novembre dernier. Je rappelle brièvement le contenu de ce rapport.

Il comprend deux parties principales: la première décrivant la *situation* structurelle, sociologique et économique de la famille; la seconde donnant un aperçu des *mesures* prises par la Confédération en faveur de la famille.

Le rapport sur la famille avait un caractère descriptif; c'est un inventaire et non un programme de politique familiale. Son utilité réside dans le fait qu'il permet aux responsables de la politique familiale, aux divers niveaux de notre Etat, de constater dans quels domaines les réalisations sont positives, voire très positives, et dans quels secteurs se trouvent les lacunes ou les défauts du système.

Il contient des données intéressantes sur le devenir de la famille et pose des questions.

Voici cinq perspectives qui peuvent être celles d'une politique familiale:

1. «La famille est un *objet* de la politique, un domaine spécial parmi bien d'autres. Cela pourrait être, à peu de choses près, la perspective traditionnelle.

2. La famille est un *sujet* de la politique; elle a donc elle-même une efficacité politique dans le sens le plus large et ce, à condition qu'elle représente réellement une cellule fondamentale de la société et de l'Etat. Jusqu'à présent, nous ne connaissons pas, pour l'ensemble de la Suisse, une politique active des familles elles-mêmes sous la forme d'associations et de mouvements familiaux.

3. La famille comme *leitmotiv* de la politique en général: les multiples connexions entre la famille et la société montrent qu'il n'y a guère de domaines de la politique qui ne touchent aussi la famille. Cette prise de conscience n'est finalement rien d'autre que le résultat d'une manière logique de considérer les implications des relations entre famille et société.

4. La politique de la famille peut être conçue de manière purement *quantitative*, si on la comprend comme un soutien économique et financier à la famille au moyen, par exemple, d'allocations familiales, de subsides à la construction de logements, etc. Le rapport qui suit décrit en détail cet aspect, qui ne peut guère être omis dans une politique future de la famille.

5. Une politique *qualitative* de la famille se demande finalement ce qu'elle peut apporter comme soutien à la famille, afin que celle-ci puisse assumer de manière plus qualifiée ses fonctions envers les individus, envers la communauté familiale et envers la société. Ce terrain est sans doute largement vierge de toute réflexion ou mesure en matière de politique familiale.» (P. 25 du rapport, introduction du docteur Duss-von Werdt.)

«L'institution familiale, telle qu'elle apparaît aux yeux du démographe, ne semble plus avoir la stabilité qui existait il y a 20 ans à peine. Si le mariage et la constitution d'une famille demeurent la destinée habituelle de la plus grande partie de la population, il semble toutefois que ce ne soit plus avec la même intensité qu'auparavant. Les mariages qui assurent la pérennité de la famille deviennent moins nombreux et, depuis peu, moins précoces; quant aux divorces, ils se multiplient considérablement. La structure familiale se resserre autour d'une norme de deux enfants, alors que le nombre de couples sans enfants semble s'accroître.» (P. 44 du rapport.)

Deux questions très importantes sont soulevées dans le rapport:

1. Faut-il créer une commission permanente, sur le plan fédéral, pour les questions de la famille?

2. Doit-on instituer un office central chargé de la politique familiale?

Le rapport sur la famille donne, à ces deux questions, une réponse négative, mais, comme cela est indiqué dans l'avant-propos, ni le Département de l'intérieur, ni le Conseil fédéral ne sont liés par ces conclusions.

Comme vous l'avez appris par la presse, le Département fédéral de l'intérieur

vient d'instituer un groupe de travail qui sera chargé d'analyser le Rapport sur la situation de la famille et d'en tirer des conclusions. Il est quasi certain que ce groupe de travail soumettra également à une nouvelle analyse les conclusions du rapport relatives à une commission permanente ou à l'office central. La politique familiale sera-t-elle à l'avenir, grâce au travail de ce groupe, une politique plus globale, mieux structurée? Ce que l'on peut dire, pour le moment, c'est qu'après plusieurs décennies, un organe a été enfin créé au niveau fédéral pour les problèmes de la famille. L'on a une triade «Commission pour les problèmes féminins», «Commission pour les problèmes de la jeunesse», «Groupe de travail pour le Rapport sur la famille». L'existence de ce groupe marque une prise de conscience par l'autorité de l'importance de la famille comme cellule de base de la société.

Quant à la politique familiale comme telle, elle ne se limitera pas, selon la tendance amorcée, à des aides financières complétant le revenu, mais elle comportera de plus en plus une large gamme de mesures et de services visant à améliorer la situation économique, sociale et culturelle de la famille et à promouvoir les possibilités d'épanouissement de chacun de ses membres.

Problèmes d'application

Les personnes dont l'activité lucrative n'est pas durablement exercée à plein temps au sens de l'article 10, 1^{er} alinéa, LAVS ¹

(Commentaires à propos du Supplément 6 aux Directives sur les cotisations des travailleurs indépendants et des non-actifs).

Avant l'entrée en vigueur de la neuvième révision de l'AVS, des personnes n'exerçant pas d'activité lucrative à proprement parler pouvaient échapper à l'obligation de verser les cotisations en tant qu'assurés non actifs sur la fortune ou sur le revenu sous forme de rente, dès l'instant qu'elles avaient payé des cotisations sur un faible revenu du travail. Une telle situation équivalait à «contourner» l'obligation du versement des cotisations et conduisait dans certains cas – pour des assurés mis prématurément à la retraite, par exemple – à un amoindrissement de la rente.

¹ Extrait du Bulletin de l'AVS N° 95.

Selon les nouvelles normes légales instituées dans le cadre de la neuvième révision de l'AVS, pour les personnes qui, d'après les critères généraux de distinction, sont très probablement des assurés sans activité lucrative, la délimitation par rapport aux assurés «actifs» ne se fait plus sur la base de la cotisation minimale, mais sur celle de montants limites de cotisations échelonnés selon les conditions sociales de l'assuré (fortune et revenu sous forme de rente capitalisé). Voir à ce sujet l'article 28 bis RAVS. La table correspondante est reproduite sous numéro marginal 225 b du Supplément 6 aux Directives sur les cotisations des travailleurs indépendants et des non-actifs. Elle ne considère pas seulement les cotisations AVS, mais aussi celles qui sont dues à l'AI, au régime des APG et à l'assurance-chômage obligatoire (cotisations AC). Lors de l'application de ces nouvelles règles de délimitation, il y a lieu de prendre garde à ce qui suit:

1. L'application de la table permettant de dire si une personne est «active» ou «non-active» n'entre en ligne de compte que pour celles qui doivent être assujetties comme «non-actives» au sens du numéro 3.3 ci-après (personnes dont l'activité lucrative n'est pas durablement exercée à plein temps).

2. S'il apparaît qu'un assuré, n'appartenant en soi pas à la catégorie des «actifs» au sens du numéro 3 ci-après, mais devant en principe être assujetti comme «non-actif», a versé sur le gain d'un travail des cotisations atteignant ou dépassant le montant limite le plus élevé ressortant de la table déjà citée (1782 fr. de cotisations AVS/AI/APG/AC si c'est un salarié ou 1650 fr. de cotisations AVS/AI/APG si c'est un assuré ayant une activité indépendante), cet assuré doit être regardé comme une personne «active», même si l'activité lucrative n'a pas été durablement exercée à plein temps.

3. Là où il ressort incontestablement, au moment où on examine si telle ou telle personne ne doit pas être assujettie comme «non-active», que cette personne a exercé une activité lucrative durablement et à plein temps, cet assuré doit être considéré comme «actif», même si le montant limite de cotisations ressortant de la table n'est pas atteint. En bref, il s'agit de personnes pour qui l'emploi de la table n'entre pas en ligne de compte.

3.1. Pour juger si l'activité lucrative a été exercée durablement et à plein temps, les règles énoncées aux numéros 225 c et d du Supplément 6 servent de lignes directrices. Lorsque l'activité lucrative a été exercée durant une période inférieure à neuf mois dans l'année civile, cette activité est considérée comme ne l'ayant pas été durablement. Si l'activité lucrative a été déployée pendant plus de neuf mois dans l'année civile, l'assuré n'ayant toutefois pas été, durant ce temps, occupé durant au moins la moitié du temps usuellement consacré au travail, l'activité est considérée comme ayant certes été exercée durablement, mais non pas à plein temps.

3.2. Au moment de déterminer si l'activité lucrative a été exercée durablement et à plein temps, le pouvoir discrétionnaire des caisses de compensation joue par nature un certain rôle, dans le cadre des lignes directrices données. La personne mise prématurément à la retraite, qui est membre du conseil d'administration d'une ou de plusieurs sociétés anonymes, exerce certes cette activité durablement, mais ne la déploie pas à plein temps. L'auxiliaire qui, durant toute l'année civile, a été occupé en moyenne 5 à 6 heures par jour doit être considéré comme exerçant son activité durablement et à plein temps. Il n'en va plus ainsi si le travailleur partiel ne travaille que pendant 3 ou 4 heures par jour. L'enseignant qui est engagé pour une année, mais ne donne que 5 à 6 heures de leçons ou de cours par semaine, peut, lui aussi, être regardé comme exerçant son activité durablement et à plein temps. Son activité n'englobe en effet pas seulement le temps voué à l'enseignement, mais aussi la préparation du travail et la correction des travaux remis par les élèves ou étudiants. Celui qui peut prétendre des allocations familiales pour petits paysans est réputé exercer son activité durablement et à plein temps. Il en va de même de l'écrivain, pratiquant son art à titre d'occupation principale et durablement, même s'il ne publie une œuvre que de temps à autre. En revanche, une personne qui ne s'adonne qu'occasionnellement à une activité de journaliste, et n'exerce par ailleurs pas d'activité lucrative, est de celles pour qui il faut déterminer d'après la table et conformément à l'article 28 bis RAVS si elle ne doit pas des cotisations comme personne sans activité lucrative. N'est pas non plus considéré comme exerçant son activité durablement et à plein temps l'homme d'affaires ou le financier qui s'est retiré de la vie économique active et ne conclut qu'une seule affaire durant une année civile donnée, ce qui l'aura peut-être occupé seulement pendant quelques semaines.

3.3. Touchant le recensement des personnes à qui la table déjà mentionnée doit être appliquée, car elles doivent vraisemblablement être regardées comme «non-actives», on se référera aux numéros 256 ss des Directives sur les cotisations des travailleurs indépendants et des non-actifs.

4. La table reproduite sous numéro 225 b sera rééditée avec effet au 1^{er} janvier 1980, car elle doit être adaptée au nouveau taux de la cotisation due à l'assurance-chômage (0,5 pour cent au lieu de 0,8 pour cent).

Mémento concernant le paiement de rentes AVS/AI à des tiers et l'argent de poche des personnes sous tutelle ou assistées. Etat au 1^{er} juillet 1975 ¹

La Conférence suisse de l'assistance publique a élevé de 90 à 100 francs par personne, avec effet au 1^{er} janvier 1980, le taux minimum de l'argent de poche. Le N° 18 du mémento doit être modifié en conséquence. Ce document sera d'ailleurs réédité prochainement.

¹ Extrait du Bulletin de l'AVS N° 95.

Subvention de la Confédération pour les PC des cantons dès 1980 (art. 39 OPC)¹

L'ordonnance du Conseil fédéral du 19 décembre 1979 fixant la capacité financière des cantons pour les années 1980 et 1981 détermine la clé et les nouveaux indices de la capacité financière des cantons, ainsi que leur répartition par groupes pour les deux années susmentionnées. Pour les prestations complémentaires, cette ordonnance entraîne des modifications quant au taux de la subvention fédérale. A ce sujet, il y a lieu de relever que la formule du calcul du taux de la subvention publiée sous chiffre 552 des Directives PC du 1^{er} janvier 1979 continue à être valable. Les nouveaux taux s'appliquent, pour la première fois, au calcul des avances pour l'année 1980.

La table ci-après donne le nouvel indice de la capacité financière des cantons, ainsi que le taux de la subvention fédérale pour les prestations complémen-

Canton	Indice de la capacité financière	Subvention fédérale Taux
Zurich	146 (144)	30
Berne	65 (68)	67 (65)
Lucerne	59 (62)	70 (69)
Uri	45 (39)	70
Schwyz	70 (66)	63 (66)
Unterwald-le-Haut	43 (30)	70
Unterwald-le-Bas	108 (103)	38 (41)
Glaris	82 (87)	55 (52)
Zoug	179 (177)	30
Fribourg	42 (46)	70
Soleure	66 (69)	66 (64)
Bâle-Ville	164 (171)	30
Bâle-Campagne	126 (124)	30
Schaffhouse	97 (91)	45 (49)
Appenzell Rh.-Ext.	72 (61)	62 (69)
Appenzell Rh.-Int.	36 (32)	70
Saint-Gall	81 (83)	56 (55)
Grisons	77 (65)	59 (67)
Argovie	103 (112)	41 (35)
Thurgovie	85 (87)	53 (52)
Tessin	90 (74)	50 (61)
Vaud	89 (96)	51 (46)
Valais	52 (38)	70
Neuchâtel	60 (63)	70 (68)
Genève	159 (155)	30
Jura	30	70

¹ Extrait du Bulletin des PC N° 51.

taires. Là où une modification est intervenue, l'ancien montant est indiqué entre parenthèses.

Déduction pour loyer dans les cantons

(art. 4, 1^{er} al., lettre b, LPC)¹

Le texte de l'annexe II/2 des Directives PC doit être modifié comme suit à partir du 1^{er} janvier 1980:

«Tous les cantons ont introduit la déduction pour loyer. Ce faisant, ils ont adopté, à l'exception de Fribourg, les taux maximaux indiqués à l'article 4, 1^{er} alinéa, lettre b, LPC, soit 2400 francs pour les personnes seules et 3600 francs pour les couples et les personnes qui ont des enfants ayant ou donnant droit à la rente. Le canton de Fribourg a fixé les montants maximaux de déduction pour loyer à 1800 francs pour les personnes seules et à 2700 francs pour les autres catégories de bénéficiaires. A partir du 1^{er} janvier 1981, les taux maximaux seront aussi applicables dans le canton de Fribourg.»

Bibliographie

Margrith Bigler-Eggenberger: Soziale Sicherung der Frau. Avec un préambule de M. Hans Hürlimann, président de la Confédération. 248 pages. Série IVW N° 3, Editions Peter Lang, Berne 1979.

Otto Büchi: Werdendes Sozialversicherungsrecht des Bundes. Etat des travaux en septembre 1979. «Revue suisse des assurances sociales», fascicule 4/1979, pages 280-304. Editions Stämpfli, Berne.

Alfred Maurer: Schweizerisches Sozialversicherungsrecht. I: Allgemeiner Teil. Série «Stämpflis juristische Lehrbücher». Editions Stämpfli, Berne 1979.

Karl Heinz Müller: Bibliographie der schweizerischen Sozialversicherung 1978. «Revue suisse des assurances sociales», fascicule 4/1979, pages 308-314. Editions Stämpfli, Berne.

Ratschläge für Schwerhörige und Guthörende. Mémento publié par le BSSV, association alémanique des sociétés de déficients de l'ouïe. Contient aussi les adresses des centrales d'appareils acoustiques, fournisseurs de l'Al. A commander en envoyant une enveloppe affranchie au Secrétariat central du BSSV, case postale 129, 8032 Zurich.

¹ Extrait du Bulletin des PC N° 51.

Senioren-Jahrbuch 80. Contient des articles de Viktor E. Frankl, Hans Hürlimann, Ursula Lehr, Adolf Muschg, Peter Rinderknecht, William Saroyan, Josef Konrad Scheuber, Adolf Sommerauer, Hans Stauffer, etc., ainsi que des indications utiles et des adresses. 176 pages. Friedrich Reinhardt, éditeur, Bâle 1979.

Interventions parlementaires

Postulat Uchtenhagen, du 5 mars 1979, concernant le rapport des «Trois Sages» sur la situation de l'économie suisse

Ce postulat (cf. RCC 1979, p. 180) a été accepté par le Conseil national le 12 décembre 1979 et transmis pour exécution au Conseil fédéral.

Interpellation Jauslin, du 22 juin 1979, concernant le financement de l'AVS et les rentes pour femmes seules

Cette interpellation (cf. RCC 1979, p. 340) a été traitée en date du 18 septembre 1979 par le Conseil des Etats. Son auteur a déclaré, dans ses commentaires, en se référant au rapport annuel de l'OFAS de 1977 et sur le rapport de 1978 du fonds de compensation, qu'il se faisait du souci à propos des bases financières de l'AVS à long terme. M. Hürlimann, alors président de la Confédération, a répondu comme suit aux questions posées dans cette intervention (résumé tiré du Bulletin officiel du Conseil des Etats, session d'automne 1979): Nul ne peut garantir que les prestations de l'AVS soient assurées pour toujours, car les institutions sociales sont liées étroitement à l'évolution de l'économie. Lorsque les jeunes gens demandent s'ils toucheront un jour l'AVS, on peut leur répondre grosso modo: «Oui, à condition que vos enfants fassent ce que vous faites actuellement pour vos parents et grands-parents».

A propos de la première et de la deuxième question (observation des principes de financement et prestations de la Confédération pour l'AVS/AI/APG en 1978 et 1979):

La Confédération a dépensé et dépensera pendant ces deux années les sommes suivantes (en millions de fr.):

	1978 (comptes)	1979 (budget)
– pour l'AVS	1091	1118
– pour l'AI	736	778
– pour les PC	200	198
Total pour l'AVS/AI/PC	2027	2094

Une partie de ces sommes est couverte par le produit de l'imposition du tabac et des boissons distillées, soit

731	796
-----	-----

Par suite des déficits de l'AVS/AI, le fonds de l'AVS/AI/APG a baissé en 1978 de 405 millions (les APG, en revanche, eurent un excédent de recettes de 99 millions); pour 1979, on s'attend à une nouvelle réduction de 126 millions. Les réserves du fonds AVS ont atteint, à la fin de l'année 1978, 98 pour cent des dépenses annuelles de l'AVS; un an plus tard, ce pourcentage devrait être encore, selon les pronostics, de 94. A moyen terme, on peut s'attendre à un accroissement du fonds. Il s'agit tout d'abord, pour le moment, de faire en sorte que les comptes annuels de l'AVS soient de nouveau équilibrés, et ceci le plus tôt possible.

A propos de la troisième question (mesures de consolidation): L'augmentation graduelle des contributions fédérales depuis 1978 ne fera sentir ses effets entièrement que depuis 1982, lorsque la Confédération fournira de nouveau les 15 pour cent qui étaient accordés jusqu'en 1974. Les autres mesures adoptées lors de la neuvième révision pour améliorer la situation financière de l'AVS sont, pour la plupart, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 1979, et leur efficacité sera entière, elle aussi, au cours des prochaines années. Il serait donc prématuré d'effectuer, dès maintenant, d'autres modifications.

La quatrième question de M. Jauslin, qui concerne le droit des femmes seules à la rente, sera examinée à l'occasion de la dixième révision de l'AVS. Une sous-commission des problèmes féminins, constituée par la Commission fédérale de l'AVS/AI, est déjà à l'œuvre sous la présidence de M^{me} Blunsky, conseillère nationale.

En conclusion, M. Jauslin, conseiller aux Etats, a pu constater avec satisfaction que la situation actuelle permet d'être plus optimiste que ne l'était le rapport annuel de 1977. «Il est dommage, a-t-il ajouté, que ces rapports soient publiés si tard.»

Question ordinaire Dafflon, du 17 septembre 1979, concernant les concessions gratuites de radio et télévision

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

«En application de la loi réglant la correspondance télégraphique et téléphonique du 14 octobre 1922 et de l'ordonnance (1) du 10 décembre 1973, l'ordonnance du Département fédéral des transports et communications et de l'énergie, du 11 décembre 1973, stipule, en son article 74, chiffre 89:

Sont dispensés, sur demande, du paiement des taxes d'enregistrement, de régate et de contrôle:

- a) Les invalides dont le revenu et la fortune sont modestes;
- b) Les personnes âgées de plus de 65 ans, dont le revenu et la fortune sont modestes.

Le Conseil fédéral ne pense-t-il pas qu'il y a là une injustice flagrante à l'égard des femmes de plus de 62 ans, au bénéfice d'une rente AVS?

En effet, de nombreuses femmes de plus de 62 ans, bénéficiaires de leur seule rente AVS, qui ne peuvent trouver un emploi ou qui sont contraintes, par la crise économique, de cesser toute activité lucrative, pourraient de ce fait prétendre à la gratuité de la concession réceptrice radio et télévision, pour autant que leur revenu ne dépasse pas les limites admises en la matière. Malheureusement, elles doivent attendre l'âge de 65 ans pour présenter leur demande.

Le Conseil fédéral ne pourrait-il pas faire modifier l'article 74 de l'ordonnance citée ci-dessus, en spécifiant, pour les femmes, l'âge de 62 ans?»

Réponse du Conseil fédéral du 10 décembre 1979

«En dépit de toute sa compréhension à l'égard de cette requête, le Conseil fédéral se voit, une fois de plus, contraint de rappeler qu'il ne saurait incombler à l'autorité qui accorde les concessions de consentir des privilèges sociaux allant au-delà de la réglementation actuelle. Les taxes des concessions pour la radio et la télévision reviennent à raison de 70 pour cent à la Société suisse de radiodiffusion et de télévision (SSR) et à raison de 30 pour cent à l'Entreprise des PTT. Les moyens financiers de la SSR sont limités; il n'en

demeure pas moins qu'on lui demande d'améliorer ses programmes, par exemple en diffusant dans une mesure accrue des émissions d'information et ses propres productions. En exonérant un nombre plus élevé de personnes du paiement des taxes, on priverait la SSR de moyens dont elle a un urgent besoin pour réaliser ses projets.

Depuis plusieurs années, les services de la radio et de la télévision de l'Entreprise des PTT sont déficitaires. A la fin de l'année 1978, le déficit accumulé s'élevait à 74 millions de francs. Dans son message à l'Assemblée fédérale concernant le compte financier de l'Entreprise des PTT pour l'année 1978, le Conseil fédéral a relevé que les comptes de la radio et de la télévision des PTT devraient en principe être équilibrés. A la différence de la situation dans quelques autres services des PTT, ce déficit ne se justifie pas et devrait être éliminé à moyen terme. Lors des débats sur le compte financier des PTT au Conseil national et au Conseil des Etats, maints députés ont expressément soutenu ce point de vue. En élargissant le cercle des ayants droit aux concessions gratuites, on contrecarrerait ces efforts; ceci d'autant plus que l'augmentation des taxes, entrée en vigueur le 1^{er} octobre 1979, ne permet malheureusement pas de couvrir les frais des services de la radio et de la télévision.»

Question ordinaire Miville, du 19 septembre 1979, concernant un appareil d'appel d'urgence pour personnes âgées

M. Miville, conseiller aux Etats, a posé la question suivante:

«Récemment, en Allemagne de l'Ouest, le Ministère fédéral de la recherche a alloué un crédit de 2 millions de DM aux fins d'accélérer le développement d'un appareil d'urgence pour personnes âgées.

Ce dispositif qui se fixe au poignet permet aux vieillards et aux personnes malades d'appeler le médecin au secours par simple pression sur un bouton.

Grâce à ce système, les personnes qui, victimes d'une attaque d'apoplexie, ne sont plus en mesure d'atteindre le téléphone ou de le faire fonctionner devraient pouvoir ne plus rester sans aide.

Je demande au Conseil fédéral s'il a l'intention de faire étudier la mise au point d'un dispositif analogue en Suisse, où le nombre des personnes victimes d'accidents ou d'attaques cérébrales ne cesse d'augmenter.»

Réponse du Conseil fédéral du 10 décembre 1979

«L'industrie suisse des télécommunications travaille déjà à la mise au point de systèmes d'appel d'urgence par fil et sans fil. Un petit nombre d'appareils de ce genre sont déjà en service; mais il s'agit uniquement d'appareils fonctionnant par pression d'un bouton placé sur le téléphone.

Les entreprises des PTT suivront avec toute l'attention requise l'évolution dans ce domaine. Toutefois, la réalisation d'un appareil d'appel d'urgence fixé au poignet devrait exiger encore un certain temps.

Un système d'appel d'urgence devrait être organisé par régions, car certaines d'entre elles bénéficient déjà de divers services d'assistance pour lesquels un système d'appel d'urgence serait le complément bienvenu. Quant au financement d'un appareil d'appel d'urgence pour les personnes âgées nécessiteuses, Pro Senectute et Pro Infirmis disposent aujourd'hui déjà de subventions fédérales.»

Question ordinaire Dirren, du 3 octobre 1979, concernant le transport gratuit des personnes gravement handicapées

M. Dirren, conseiller national, a présenté la question suivante:

«Le transport par les entreprises publiques de personnes gravement handicapées est extrêmement difficile et a même souvent lieu dans des conditions indignes de l'homme,

déplaisantes, raisons pour lesquelles il fait à juste titre l'objet de critiques acerbes. Il convient de mieux tenir compte de cette situation et de chercher à l'améliorer.

Les handicapés dont la liberté de mouvement est si limitée qu'ils sont gravement gênés sur la route et dans le trafic en général doivent être soumis à une réglementation qui tienne compte de leurs particularités. Ces handicapés sont très souvent forcés d'utiliser des moyens auxiliaires (chaises roulantes, appareils orthopédiques, chiens pour aveugles) ou doivent se faire accompagner.

Le comité mixte du Conseil de l'Europe sur la réadaptation et le réemploi des invalides a pris connaissance, lors de sa séance du mois de juillet, d'une communication faite par la délégation allemande sur la loi concernant le transport gratuit, par les entreprises publiques, des personnes gravement handicapées, loi qui est entrée en vigueur le 1^{er} octobre 1979.

Je demande donc au Conseil fédéral de dire s'il est disposé à examiner la possibilité de faire transporter gratuitement les personnes gravement handicapées, celles qui les accompagnent, ainsi que les appareils, etc., dont elles ont besoin et, s'il y a lieu, de prendre des mesures y relatives.»

Réponse du Conseil fédéral du 3 décembre 1979

«Les CFF et les entreprises de transport concessionnaires comprennent les critiques que l'auteur de la question émet au sujet du transport des handicapés. En effet, le matériel roulant ancien ne se prête guère à l'accueil de ces personnes. Les nouvelles compositions (par exemple les trains Swiss Express) ont en revanche des compartiments spéciaux, accessibles en chaise roulante. En outre, d'autres mesures techniques ou d'organisation sont prises en vue de faciliter ce genre de transport. Le personnel ferroviaire prête volontiers son concours pour rendre le déplacement des handicapés aussi agréable que possible. Malgré toutes les mesures pouvant être prises et les charges considérables qui en résultent sur le plan financier, ils seront cependant toujours confrontés à certaines difficultés lors de leurs voyages.

C'est surtout pour cette raison que les CFF et la plupart des entreprises accordent depuis des années des réductions tarifaires aux invalides qui doivent constamment être accompagnés d'une tierce personne ou d'un chien pour aveugles. Ceux qui bénéficient d'une rente permanente de l'AI peuvent obtenir au prix de 80 francs au lieu de 360 une carte annuelle pour billets à demi-tarif.

Ainsi, il leur suffit d'acheter un demi-billet pour eux-mêmes et pour la personne ou l'animal qui les accompagne.

Conformément à la LAI, cette assurance prend en charge les frais de transport découlant de la formation ou du traitement ordonnés dans le cadre d'une rééducation. Les intéressés reçoivent les titres de transport sur présentation d'un bon délivré par l'agence régionale AI. Cette loi ne prévoit pas en l'occurrence d'autres prestations.

Le Conseil fédéral estime satisfaisantes les facilités de transport accordées dans notre pays aux handicapés. Il est cependant disposé à examiner le problème lors des travaux visant à mettre en œuvre la conception globale des transports et lors de la revision de l'indemnité pour les prestations de services publics non rentables. L'objet sera de parvenir à une harmonisation au niveau international des facilités de transport accordées aux handicapés.»

Interpellation Graf, du 3 décembre 1979, concernant la situation financière de l'AVS

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

«Dans son message de 1976 sur la neuvième revision de l'AVS, le Conseil fédéral comptait qu'après une amélioration passagère, l'AVS deviendrait de nouveau déficitaire dès 1990, si les salaires étaient majorés de 4 pour cent et les prix de 3 pour cent. Une plus faible augmentation des salaires et des prix aggraverait vraisemblablement le budget de l'AVS encore

davantage et plus vite. Le fonds de compensation pourrait, le cas échéant, être entièrement utilisé en 15 ans.

Je prie le Conseil fédéral de répondre aux questions suivantes:

1. Les calculs de 1976 sont-ils toujours valables?
2. Quand les fonds de l'AVS seront-ils épuisés en cas de faible augmentation des salaires et des prix?
3. Quelles possibilités de consolidation voit-il sans que les personnes exerçant une activité lucrative et l'économie aient à verser des cotisations plus élevées?

(14 cosignataires)

Question ordinaire Müller-Berne, du 11 décembre 1979, concernant la sécurité sociale des collaborateurs étrangers de la radio

M. Müller-Berne, conseiller national, a posé la question suivante:

«Le service des ondes courtes «Radio suisse International» occupe aussi, sans discontinuer, des collaborateurs étrangers. Ils sont recrutés à titre individuel dans leurs pays d'origine respectifs. Il leur incombe surtout de jeter un pont d'ordre linguistique entre la Suisse et les pays en question. Selon l'article 13 de la concession de la SSR, les émissions sur ondes courtes doivent aussi contribuer avant tout au rayonnement de la Suisse dans le monde. Les collaborateurs susmentionnés sont donc les porte-parole d'intérêts suisses à l'étranger.

A l'instar de toutes les personnes qui habitent en Suisse, ils doivent également s'acquitter des cotisations obligatoires des assurances sociales. Pourtant, ils ne sont mis au bénéfice des contre-prestations que d'une manière fort variable. S'ils sont originaires d'un Etat avec lequel la Suisse a passé un accord d'assurance sociale, ils peuvent prétendre, après un délai d'une année, bénéficier des rentes. S'ils viennent d'un pays avec lequel il n'existe qu'un accord de réciprocité, ils reçoivent à tout le moins le remboursement du montant de leurs propres contributions. Mais si l'on doit exclure l'une et l'autre de ces deux éventualités – et c'est fréquemment le cas avec «Radio suisse International», en raison de sa mission très particulière – non seulement ils n'ont pas la faculté d'acquérir le moindre droit à des prestations (à moins qu'ils ne restent domiciliés en permanence dans notre pays), mais ils ne peuvent même pas prétendre le remboursement des cotisations versées.

Le Conseil fédéral n'estime-t-il pas lui aussi que cette réglementation est choquante pour des collaborateurs qui sont au service de la Suisse? Est-il disposé à examiner cette question pour y porter remède?»

Interpellation Mascarin, du 13 décembre 1979, concernant l'adaptation des rentes AVS/AI et des PC dès le 1^{er} janvier 1980

M^{me} Mascarin, conseillère nationale, a présenté l'interpellation suivante:

«Les soussignés posent au Conseil fédéral les questions suivantes:

1. Etait-il conscient du fait, lors de la nouvelle fixation de la limite de revenu pour l'obtention de prestations complémentaires (PC), que de nombreux rentiers AVS toucheraient maintenant un revenu total (AVS et PC) plus bas qu'auparavant, parce que les PC sont moins élevées, la limite de revenu déterminante (après majoration des rentes de 5 pour cent) étant dépassée?

S'il avait prévu ces conséquences, comment justifie-t-il pareille façon de procéder, qui touche précisément les rentiers et rentières les plus mal lotis sur le plan financier en les privant partiellement de la compensation du renchérissement dont ils ont un urgent besoin?

2. Est-il prêt à revenir sur sa décision et à hausser, dès le 1^{er} janvier 1980, la limite de revenu déterminante de telle sorte que tous les bénéficiaires de PC reçoivent l'entière compensation du renchérissement (sur la rente et sur les PC)? Est-il ainsi prêt à tenir sa promesse de ne supprimer les PC (voir p. 78 du message concernant la neuvième révision) que si les rentes AVS/AI font l'objet d'une augmentation supérieure à l'évolution des prix?

3. Comment entend-il procéder lors de futures adaptations de rentes calculées selon l'indice mixte (art. 33^{er} LAVS), afin de garantir que tous les bénéficiaires de PC reçoivent l'entière compensation du renchérissement sur la rente et sur ces mêmes prestations?» (6 cosignataires)

Informations

Commission fédérale de l'AVS/AI

Le Conseil fédéral a pris acte, avec remerciements pour les services rendus, de la démission de M. **Leo Truffer**, Zurich, comme membre de la Commission fédérale de l'AVS/AI. Pour lui succéder, il a nommé, en qualité de représentant des salariés, M. **Emil Kamber**, secrétaire central de la Confédération des syndicats chrétiens de la Suisse, Berne, pour le restant de la période administrative qui expirera à la fin de 1980.

Nouvelles personnelles

Caisse de compensation des Grisons

Alfred Portmann, gérant de la caisse «Grisons», a pris sa retraite à la fin de l'année passée. Le gouvernement de ce canton a nommé son successeur en la personne de *Karl Brazero*l.

A propos de la démission de M. Portmann

Pour la Conférence des caisses cantonales de compensation, ce départ signifie une perte de plus au sein de la génération des fondateurs. M. Portmann était entré au service du canton des Grisons en 1942; il fut d'abord fonctionnaire de l'Office central de l'économie de guerre, puis dès mars 1948 de la caisse cantonale de compensation. Jusqu'en 1960, il fut secrétaire et chef d'arrondissement, après quoi il se vit confier le secrétariat AI; le 1^{er} juillet 1972, il devenait gérant de la caisse.

Pendant les différentes phases de sa carrière, M. Portmann a dû assimiler des notions très diverses et se mettre au courant des changements incessants de notre sécurité sociale. Cela lui a permis d'être à la hauteur de sa tâche lorsqu'il fut appelé à diriger la caisse de compensation, puisqu'il s'agissait, dans cette fonction, de connaître les questions de détail,

mais aussi d'avoir le sens de la synthèse et des généralités. Son tempérament l'empêchait de se laisser dominer ou entraîner par le cours des événements; au contraire, il fut toujours le moteur et l'innovateur, celui qui cherche à perfectionner, à introduire des réformes au sein de son administration. Cette activité lui a valu beaucoup d'estime de la part de ses collègues, gérants de caisses. D'un caractère serviable, il fit profiter ceux-ci de son grand savoir et de ses expériences.

M. Portmann n'entend pas être « mis à la retraite » dans toute l'acception du terme; la fin de sa carrière professionnelle signifie pour lui l'adoption d'un genre de vie sans contraintes, mais encore actif. Il compte reprendre les études d'humaniste qui l'occupèrent dans sa jeunesse. Espérons que ce sera pour une longue durée et que sa décision de rente aura le temps de jaunir, à moins d'être modifiée par de nouvelles revisions de l'AVS!

Répertoire d'adresses AVS/AI/APG

Page 22, caisse de compensation EXFOUR
Nouveau numéro de téléphone: (061) 42 76 40.

Page 12, caisse de compensation Volkswirtschaftsbund
Nouvelle adresse: Kornhausgasse 5, case postale, 4001 Bâle
Nouveau numéro de téléphone: (061) 25 11 22.

Jurisprudence

AVS / Allocations pour impotents

Arrêt du TFA, du 25 juillet 1979, en la cause H. E.
(traduction de l'allemand).

Art. 43 bis, 4^e alinéa, LAVS; art. 48, 2^e alinéa, LAI. Le bénéficiaire d'une rente de vieillesse qui n'est pas atteint d'une impotence de degré grave a droit à une allocation pour impotent de l'AVS uniquement s'il a, avant d'atteindre la limite d'âge, effectivement bénéficié d'une allocation pour impotent de l'AI ou s'il est à même de prétendre une telle allocation, en se fondant sur les dispositions relatives à la prescription (art. 48, 2^e al., LAI).

Articolo 43 bis, capoverso 4, LAVS; articolo 48, capoverso 2, LAI. Il beneficiario di una rendita di vecchiaia che non è colpito da una grande invalidità di grado elevato ha diritto a un assegno per grandi invalidi dell'AVS unicamente se egli, prima del raggiungimento del limite di età, beneficiava effettivamente di un assegno per grandi invalidi dell'AI, o se egli è in condizione di pretendere tale assegno basandosi sulle disposizioni concernenti la prescrizione (articolo 48, capoverso 2, LAI).

L'assurée, née en 1914, souffre depuis des années de schizophrénie catatonique et d'insuffisance cardiaque compensée. Elle est placée depuis 1964 dans une clinique psychiatrique. L'AI lui a accordé, depuis le 1^{er} juin 1962, une rente entière simple. Le droit à cette prestation s'éteignit le 1^{er} mars 1976 par suite de la naissance du droit à une rente de vieillesse.

Le 28 avril 1978, le tuteur a demandé une allocation pour impotent. La caisse de compensation a rejeté cette demande par décision du 20 juillet suivant, l'assurée ne présentant pas une impotence grave. Le recours formé contre cette décision fut admis par l'autorité cantonale de recours; dans son jugement daté du 20 décembre 1978, celle-ci ordonna à la caisse de verser à l'assurée, avec effet au 1^{er} avril 1977, une allocation pour impotence moyenne. Elle motiva cette décision en déclarant que l'assurée n'était, certes, pas impotente à un degré grave, mais que l'on pouvait néanmoins, en invoquant la garantie des droits acquis (art. 43 bis, 4^e al., LAVS), lui accorder une allocation pour impotence moyenne, parce que le droit à cette prestation avait existé « en principe » dès le 1^{er} janvier 1975, c'est-à-dire avant la naissance d'un droit à la rente de vieillesse (1^{er} mars 1976).

L'OFAS a interjeté recours de droit administratif en concluant au rétablissement de la décision du 20 juillet 1978. L'assurée, selon lui, n'avait pas droit à une allocation pour impotent, puisqu'elle ne présentait pas une impotence grave. En outre, elle ne pouvait invoquer la garantie des droits acquis, puisqu'elle n'avait pas touché d'allocation de ce genre de la part de l'AI avant d'atteindre l'âge AVS; d'autre part, même en se référant à l'article 48, 2^e alinéa, LAI (règle concernant la prescription), elle ne pouvait réclamer après coup une telle prestation. Le tuteur a conclu au rejet du recours de l'OFAS.

Le TFA a admis ce recours pour les motifs suivants:

1. a. Selon l'article 43 bis, 1^{er} alinéa, LAVS, les personnes domiciliées en Suisse qui ont droit à une rente de vieillesse et souffrent d'une impotence grave ont droit également à une allocation pour impotent. La LAI est applicable par analogie en ce qui concerne la notion et l'évaluation de l'impotence (art. 43 bis, 5^e al., LAVS). Est considéré comme impotent, selon l'article 42, 2^e alinéa, LAI, l'assuré qui, en raison de son invalidité, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir les actes ordinaires de la vie. D'après une jurisprudence constante, ceux-ci consistent principalement à se vêtir et à se dévêtir, à prendre ses repas, à se laver, etc., et à aller aux toilettes. Il faut cependant y ajouter encore le comportement normal au sein de la société humaine, comme le requiert l'existence quotidienne (ATF 98 V 24 = RCC 1973, p. 38).

Selon l'article 36, 1^{er} alinéa, RAI, l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et si son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle.

b. Exceptionnellement, l'assurance accorde aussi cette prestation – en vertu de la garantie des droits acquis prévue par l'article 43 bis, 4^e alinéa, LAVS – à des bénéficiaires de rentes qui touchaient, lors de la naissance du droit à une rente de vieillesse, une allocation pour impotent de l'AI (pour cause d'impotence légère ou moyenne) ou qui peuvent la réclamer en vertu de l'article 48, 2^e alinéa, LAI. Dans ce cas, l'allocation continue d'être versée après que l'intéressé a atteint la limite d'âge, et elle reste fixée au même montant (N^o 297 des directives de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence, manuscrit du 1^{er} juin 1978).

2. Dans le jugement attaqué, l'autorité de première instance s'est fondée sur la garantie des droits acquis prévue par l'article 43 bis, 4^e alinéa, LAVS. Elle a admis que le droit de l'assurée à une allocation pour impotence moyenne a existé « en principe » dès le 1^{er} janvier 1975; ce droit, en tant que droit virtuel, n'a pas disparu lorsque est né, le 1^{er} mars 1976, le droit à une rente de vieillesse. Cependant, le TFA ne peut partager cette opinion.

a. Selon l'article 43 bis, 4^e alinéa, LAVS, la garantie des droits acquis suppose – sauf dans le cas évoqué ci-après, sous lettre b – le versement effectif d'une allocation pour impotent de l'AI jusqu'à la limite d'âge. Or, d'après les pièces du dossier, l'assurée n'a pas demandé une telle allocation, et n'en a point touché, avant d'atteindre cette limite, donc avant le 1^{er} mars 1976; cela n'est pas contesté. Elle n'avait touché qu'une rente AI et ceci dès juin 1962.

b. L'assurée n'aurait pas davantage pu demander, lors de la naissance de son droit à une rente de vieillesse, une allocation pour impotent de l'AI en invoquant l'article 48, 2^e alinéa, LAI. Selon cette disposition, l'assurance peut accorder à un assuré, qui dépose sa demande plus de douze mois après la naissance de son droit, des prestations seulement pour les douze mois qui précèdent la date de cette demande. Elle peut cependant accorder davantage dans les cas où l'assuré ne pouvait connaître les faits ouvrant droit à des prestations et où il a déposé sa demande dans les douze mois à partir du moment où il en a eu connaissance.

Dans l'espèce, l'assurée a demandé le 28 avril 1978 une allocation pour impotent. On aurait donc pu lui accorder, au plus tôt dès le 1^{er} avril 1977, une allocation pour impotent de l'AI. Cependant, à cette époque, l'assurée avait déjà franchi la limite d'âge. Le 11 février 1976, lorsqu'elle atteignit l'âge de 62 ans, un droit à ladite allocation ne pouvait donc avoir pris naissance, comme l'OFAS l'allègue d'une manière pertinente.

Dans son préavis, le tuteur prétend qu'il ne connaissait pas les faits ouvrant droit à des prestations, parce qu'il n'avait aucune raison de réclamer d'autres prestations de l'AI. Or, il ne peut être question de cela. La prétendue impotence de l'assurée était connue du tuteur depuis longtemps, puisqu'il a dit lui-même que celle-ci présentait une impotence moyenne depuis 1964. C'est bien plutôt la situation juridique qui a été, manifestement, méconnue.

3. Compte tenu des arguments ci-dessus, l'assurée ne peut invoquer la garantie des droits acquis. Son droit à une allocation pour impotent doit donc être examiné exclusivement sous

l'angle de l'article 43 bis, 1^{er} alinéa, LAVS. Selon cette disposition, le droit à ladite allocation, lorsqu'il s'agit d'une personne qui touche une rente de vieillesse, dépend de l'existence d'une impotence grave au sens de l'article 36, 1^{er} alinéa, RAI.

Ainsi qu'il appert du rapport de la clinique psychiatrique, du 6 juin 1978, l'assurée a besoin de l'aide d'autrui pour se vêtir et se dévêtir, pour les soins corporels quotidiens et les bains, ainsi que pour aller aux toilettes. Elle est indépendante, en revanche, c'est-à-dire qu'elle peut se tirer d'affaire toute seule, pour prendre ses repas, se lever et se coucher. Elle est également capable de se déplacer seule dans la division pour malades où elle est hospitalisée. Ainsi, elle n'a pas besoin de l'aide de tiers dans une mesure importante pour tous les actes ordinaires de la vie, et ne remplit par conséquent pas les conditions d'une impotence grave au sens de l'article 36, 1^{er} alinéa, RAI. C'est pourquoi il faut nier ici le droit à une allocation pour impotent de l'AVS.

AI / Réadaptation

Arrêt du TFA, du 25 octobre 1979, en la cause D. F.

Article 21, 1^{er} alinéa, LAI; N° 7,02* OMAI annexe. Les verres de contact ne peuvent être remis par l'AI, sans une mesure médicale de réadaptation qui a été appliquée précédemment et dont ils doivent constituer le complément important, que dans les cas de grave kératocône ou d'astigmatisme irrégulier très prononcé.

Articolo 21, capoverso 1, LAI; N. 7.02* OMAI allegato. Le lenti a contatto possono essere consegnate dall'AI senza che vi sia stata un'applicazione precedente di provvedimenti d'integrazione, di cui devono costituire un complemento importante, soltanto nei casi di grave cheratocono o di astigmatismo irregolare molto pronunciato.

L'assurée D. F., née en 1951, souffre depuis l'enfance de myopie grave, probablement congénitale. En février 1977, elle demanda à l'AI de lui accorder deux lentilles de contact, à titre de moyen auxiliaire. L'ophtalmologue qui traite la requérante confirma le diagnostic de « haute myopie depuis l'enfance », avec vision – après correction par verres de contact – de 0,2 à droite et de 0,6 à gauche et choroïdose (altération de la membrane revêtant l'œil interne) myopique des deux côtés; la skiascopie, effectuée par-dessus les verres, indiquait une réfraction de -0,75 à droite et de +0,50 à gauche.

Le 10 juin 1977, la caisse de compensation refusa la prestation requise, pour le motif que l'assurée était majeure, ce qui excluait l'application de l'article 13 LAI, et qu'en vertu de l'article 21, 1^{er} alinéa, LAI, les lunettes et verres de contact ne sont fournis par l'assurance que s'ils constituent le complément important de mesures médicales de réadaptation, condition qui n'était pas réalisée en l'espèce.

L'assurée recourut, en alléguant l'impossibilité où elle se trouverait de travailler, ainsi que de circuler dans la rue sans danger, si elle n'était pas appareillée de lentilles de contact; celles-ci, ajoutait-elle, conformément aux exigences de la jurisprudence, agiraient autrement que par un simple effet optique.

Le président de l'autorité cantonale de recours correspondit avec la recourante et le médecin en vue d'élucider si et sous quelle forme les lentilles de contact exerçaient un effet mécanique sur les yeux de l'intéressée. Il obtint du médecin des précisions: sur l'acuité visuelle de la patiente, qui était de 0,5 et non de 0,6 à gauche; sur le degré de l'astigmatisme, soit une dioptrie à 180° des deux côtés; sur la différence entre la vision corrigée par lunettes

(0,2) et la vision corrigée par lentilles de contact (0,5). Mais le médecin ne s'expliqua pas sur un prétendu effet mécanique de celles-ci. Ce qui bien plutôt lui paraissait déterminant, c'était l'importance de l'amélioration de la vue apportée par les lentilles.

Le 8 août 1978, la commission cantonale de recours admit le recours et mit à la charge de l'AI des lentilles de contact prescrites par le médecin de la recourante. Selon la juridiction cantonale, nonobstant le texte restrictif du chiffre 7.02* de la liste des moyens auxiliaires annexée à l'OMAI, l'AI doit fournir des verres de contact non seulement dans les cas de grave kératocône ou d'astigmatisme irrégulier très prononcé, mais encore aux assurés qui présentent une myopie grave.

L'OFAS a formé en temps utile un recours de droit administratif contre le jugement cantonal. Il estime que le chiffre 7.02* de l'annexe à l'OMAI est clair et doit être interprété tel quel. Il conclut au rétablissement de la décision de caisse du 10 juin 1977.

La commission cantonale de recours rappelle que, d'après elle, la légalité de la disposition réglementaire précitée serait douteuse.

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

1. Selon 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 notamment pour exercer une activité lucrative ou accomplir ses travaux habituels; cependant, les frais de prothèses dentaires, de lunettes et de supports plantaires ne sont pris en charge par l'assurance que si ces moyens auxiliaires sont le complément important de mesures médicales de réadaptation.

La liste à laquelle l'article 21, 1^{er} alinéa, LAI renvoie figurait autrefois dans le règlement d'exécution de la loi. Dans le nouvel article 14 RAI, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1977, le Conseil fédéral a délégué valablement (cf. ATF 105 V 23 = RCC 1979, p. 225; ATF 101 IB 74) sa compétence, sur ce point, au Département fédéral de l'intérieur (DFI). Cette autorité a émis le 29 novembre 1976 une « ordonnance concernant la remise de moyens auxiliaires par l'AI » (OMAI), qui contient en annexe la liste des moyens auxiliaires. Les verres de contact y figurent sous chiffre 7.02*, mais avec la restriction suivante: « s'ils doivent nécessairement remplacer des lunettes et constituent le complément important de mesures médicales de réadaptation, ainsi que dans les cas de grave kératocône ou d'astigmatisme irrégulier très prononcé ».

Avant le 1^{er} janvier 1977, le droit de l'assuré de recevoir des verres de contact était réglé par la jurisprudence et des instructions administratives, qui étaient moins précises que la disposition réglementaire actuelle.

Dans l'arrêt A. L. (ATF 105 V 23), et dans un arrêt C. L. non encore publié, le TFA a dit que la liste des moyens auxiliaires est exhaustive lorsqu'elle énumère les catégories de moyens, tandis qu'il faut rechercher pour chaque catégorie si les objets qu'elle contient y figurent à titre exhaustif ou à titre d'exemples. Le texte du chiffre 7.02* de la liste est rédigé, aussi bien en français qu'en allemand, sous la forme d'une énumération exhaustive des conditions auxquelles l'assurance accorde des verres de contact. Néanmoins, dans leur version française, les directives de l'OFAS sur la remise des moyens auxiliaires s'expriment en ces termes sous chiffre 7.02.4: « les verres de contact ne sont pas assimilés aux lunettes, mais considérés comme des moyens auxiliaires d'un type particulier, lorsqu'ils améliorent la vue par une autre importante fonction, en plus de l'effet optique exercé par les lentilles de correction. Tel est le cas, notamment, si l'assuré présente un astigmatisme irrégulier très prononcé ou un kératocône grave ». Selon l'OFAS, le mot « notamment » a été inséré par erreur dans la seconde phrase citée ci-dessus; il ne se trouve pas dans le texte allemand. Cette explication, provenant d'une autorité qui a certainement participé à la rédaction de l'ordonnance, est convaincante. Il est ainsi hors de doute que l'énumération sous chiffre 7.02* OMAI a été voulue exhaustive.

2. Reste à savoir si, en limitant comme il l'a fait le droit aux verres de contact, le DFI est resté dans les limites des pouvoirs législatifs que lui confèrent les articles 21, 1^{er} alinéa, LAI et 14 RAI. A cet égard, l'article 14 du règlement ne fait que déléguer au Département les pouvoirs confiés au Conseil fédéral par l'article 21 de la loi. Or, cet article 21 interdit d'accorder des

lunettes, à titre de moyen auxiliaire, si elles ne sont pas le complément important de mesures médicales de réadaptation. Ceci vaut même si l'assuré a besoin de lunettes pour exercer une activité lucrative; par exemple, le myope pour conduire un véhicule ou l'hypermétrope pour lire et écrire. La jurisprudence et la pratique administrative en ont conclu de tout temps que les verres de contact, eux aussi, ne sont délivrés que lorsqu'ils constituent le complément important de mesures médicales de réadaptation et qu'au surplus – condition conforme au principe de l'économie des prestations (art. 21, 3^e al., LAI) – des lunettes ne peuvent les remplacer avec le même résultat du point de vue médical (voir par exemple ATF 98 V 42 = RCC 1973, p. 43). La première partie du chiffre 7.02* de la liste des moyens auxiliaires, qui va dans ce sens-là, échappe ainsi à la critique. Quand des lunettes ne peuvent pas remplacer des verres de contact, mais que ces derniers ne constituent pas le complément important de mesures médicales de réadaptation, la seconde partie du chiffre 7.02* limite l'octroi de lentilles aux cas graves de kératocône ou d'astigmatisme, alors qu'une forte myopie – comme celle que présente l'intimée – est bien mieux corrigée par des verres de contact que par les lunettes. Il n'en résulte pas pour autant que la disposition en cause soit illégale. L'article 21, 1^{er} alinéa, LAI ne défend pas à l'autorité délégitaire d'exclure ou de limiter l'octroi d'autres objets que ceux qu'il admet sous certaines conditions seulement. Le fait même de charger l'autorité exécutive de dresser la liste des moyens auxiliaires admissibles implique pour le délégitaire le droit d'opérer un choix parmi les prestations aptes à atteindre les buts que la loi assigne aux moyens auxiliaires. Or, il n'est pas insoutenable de limiter aux deux cas où le port de verres de contact est la seule mesure médicale possible, et non seulement la meilleure, la prise en charge par l'AI de ce type de moyen auxiliaire, en l'absence de mesures médicales de réadaptation (par exemple d'opération d'une cataracte monoculaire) dont il serait le complément indispensable. Par conséquent, comme l'intimée n'a pas bénéficié de mesures médicales de réadaptation, qu'elle ne souffre pas de kératocône et que son astigmatisme est très léger (une dioptrie), la caisse de compensation a refusé à juste titre de lui remettre des verres de contact. Il faut donc annuler le jugement attaqué, ce qui aura pour effet de rétablir la décision administrative du 10 juin 1977.

AI / Rentes

Arrêt du TFA, du 15 février 1979, en la cause M. S.
(traduction de l'allemand).

Article 41 LAI. Pour déterminer les conditions de révision d'une rente confirmée plusieurs fois, on comparera toujours l'état de fait sur lequel avait été fondée la décision initiale à celui qui existait au moment de la décision litigieuse.

Lorsque l'administration a révisé une rente sans que les conditions à cet effet soient remplies, le juge peut, le cas échéant, confirmer la décision de rente en alléguant que la décision initiale était sans nul doute erronée et que la correction à apporter revêt une certaine importance.

Articolo 41 LAI. Per determinare le condizioni di revisione di una rendita già più volte confermata, si dovrà sempre confrontare lo stato di fatto sul quale era stata basata la decisione iniziale, con la situazione esistente al momento della decisione litigiosa.

Qualora l'amministrazione abbia riveduto una rendita senza che siano adempite le condizioni necessarie a tal fine, il giudice può, se del caso, confermare la decisione di revisione affermando che la decisione iniziale era senza dubbio errata per cui la correzione apportata riveste un'importanza rilevante.

Saisi d'un recours de droit administratif interjeté par l'assurée, le TFA s'est prononcé de la manière suivante sur les conditions de la révision d'une rente AI:

1.a. ...

b. Si le degré d'invalidité d'une personne qui touche une rente AI se modifie de manière à influencer le droit à cette prestation, celle-ci doit être, selon l'article 41 LAI, augmentée, supprimée ou réduite pour l'avenir. 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 (ou bien, dans le cas d'une ménagère, ses conséquences sur l'accomplissement des travaux habituels) ont subi un changement important (ATFA 1968, pp. 188 ss); en outre, un changement survenu dans les travaux habituels de l'intéressé peut également constituer un motif de révision (RCC 1974, p. 50, consid. 3).

...

En ce qui concerne la base de comparaison à utiliser dans la question du temps, il faut noter qu'une décision qui se borne à confirmer une première décision de rente n'a aucune valeur juridique à cet égard; il faut bien plutôt tenir compte d'une part des circonstances régnant au moment de cette ancienne décision et d'autre part de celles qui régnaient lorsque fut rendue la décision litigieuse (RCC 1969, p. 122, consid. 1).

c. Cependant, cette règle concernant la révision doit céder la priorité au principe selon lequel l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force, lorsque celle-ci est certainement inexacte et que sa rectification est importante. Ainsi, l'administration peut modifier une décision de rente aussi lorsque les conditions de révision de l'article 41 LAI ne sont pas remplies (ATF 99 V 103 = RCC 1974, p. 134; ATF 98 V 104, consid. 5 = RCC 1973, p. 144). Si le juge est le premier à constater que la décision était certainement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration en vertu de l'article 41 LAI.

Arrêt du TFA, du 4 juillet 1979, en la cause D. et M. H.
(traduction de l'allemand).

Article 40, 1^{er} alinéa, lettre c, RAI. Il y a un intérêt digne de protection à ce que les demandes de rentes des personnes domiciliées à l'étranger soient examinées par la Caisse suisse de compensation.

Articolo 40, capoverso 1, lettera c OAI. Esiste un interesse degno di protezione per cui le richieste di rendita delle persone domiciliate all'estero siano esaminate dalla Cassa svizzera di compensazione.

L'assuré M. H., né en 1914, a été jusqu'au 31 juillet 1972 vice-consul de Suisse à l'étranger; il était au service du Département politique (actuellement appelé Département des affaires étrangères) et, dans cette fonction, il était assujéti à l'AVS/AI/APG obligatoire. Ensuite, il passa à l'économie privée, tout en conservant son domicile à l'étranger, et s'affilia dès le 1^{er} août 1972 à l'assurance facultative. En même temps, il fit usage de la possibilité de rester membre de la Caisse fédérale d'assurance. Le 23 novembre 1975, il demanda une rente AI et produisit un certificat d'un médecin étranger, attestant que sa capacité de travail était sérieusement réduite. La commission AI du personnel de la Confédération fit examiner l'assuré par le médecin du consulat de Suisse; dans son rapport du 24 février 1976, ce médecin conclut que l'incapacité de travail était de 25 pour cent dès novembre 1975. Se fondant sur cet avis, la Caisse fédérale de compensation rejeta la demande par décision du 15 avril 1976.

L'assuré recourut et renouvela sa demande de rente; il réclama en outre un examen médical complémentaire. Cependant, l'autorité de recours compétente refusa d'examiner le point litigieux en alléguant que la Caisse fédérale de compensation n'avait pas à se prononcer sur la demande de rente; c'est la Caisse suisse de compensation qui aurait dû le faire. Par jugement du 2 juin 1978, elle admit le recours en ce sens qu'elle annula la décision attaquée et transmit l'affaire, pour nouvelle décision, à la Caisse suisse.

Le 30 juin 1978, l'assuré mourut à l'étranger.

L'OFAS a interjeté recours de droit administratif en proposant que le jugement de l'autorité de première instance soit annulé; celle-ci devait être invitée à trancher elle-même la question. Ladite autorité se vit reprocher d'avoir adopté une attitude trop formaliste, ceci d'autant plus que le cas lui aurait été soumis même si la Caisse suisse s'était prononcée sur la demande de rente. Le TFA avait rendu des jugements dans plusieurs cas de ce genre, bien qu'une autorité incompétente les ait examinés en première instance. Ce qui valait pour le jugement d'une autorité de recours incompétente devait valoir aussi pour le cas d'une caisse de compensation incompétente.

La commission de recours n'a pas accepté, dans son préavis, le reproche d'avoir défendu une opinion trop formaliste; elle a allégué, entre autres, qu'il existe un intérêt objectif à ce que la Caisse suisse de compensation se prononce sur les affaires relevant de sa compétence, étant donné qu'elle est, mieux que d'autres caisses, en mesure de faire des enquêtes sur la situation des assurés vivant à l'étranger et d'apprécier d'une manière pertinente les circonstances régnant hors de notre pays.

La veuve de l'assuré s'est plainte, par l'intermédiaire de son représentant, de ces «détectables tracasseries administratives» et a demandé qu'on lui verse enfin la rente à laquelle elle a droit.

Le TFA a rejeté le recours de l'OFAS pour les motifs suivants:

1. ...

2. a. Il est incontestable que l'assuré avait son domicile à l'étranger aussi bien lorsque fut présentée sa demande à l'AI que lorsque fut rendue la décision de rente litigieuse, et jusqu'à son décès. C'est la Caisse suisse de compensation qui est compétente pour rendre des décisions sur des prestations d'assurance demandées par des assurés qui habitent à l'étranger (art. 40, 1^{er} al., lettre c, RAI). La Caisse fédérale de compensation n'aurait donc pas dû se prononcer sur le droit de l'assuré à une rente. Ainsi que l'autorité de première instance l'expose pertinemment, l'assuré invoque à tort l'article 122, 3^e alinéa, RAVS, selon lequel les bénéficiaires de rentes qui reçoivent d'un employeur des prestations périodiques d'assurance ou de prévoyance peuvent choisir la caisse de compensation à laquelle cet employeur est affilié. Comme son sous-titre l'indique clairement, cette disposition concerne uniquement les rentes ordinaires en Suisse; on peut donc renoncer à se demander si elle est applicable au domaine de l'AI, puisque l'article 40, 2^e alinéa, RAI déclare applicable par analogie seulement la règle de l'article 123 RAVS (rentes ordinaires à l'étranger). Cet article ne prévoit cependant pas de possibilité de choisir qui correspond à la réglementation de l'article 122, 3^e alinéa, RAVS. La règle spéciale prévue par l'article 51, 1^{er} alinéa, lettre d, RAI pour les agents et anciens agents de la Confédération ne concerne que la compétence des commissions AI. Il en résulte que la Caisse suisse de compensation aurait dû se prononcer sur le droit litigieux à une rente.

b. L'OFAS, qui a interjeté recours de droit administratif, ne conteste d'ailleurs pas cette situation juridique claire; cependant, il allègue que l'autorité de première instance aurait dû, par économie de procédure, se prononcer sur la question, malgré l'incompétence de la caisse qui a rendu la décision. Le TFA a effectivement statué à plusieurs reprises, par économie de procédure, sur des recours formés contre des jugements d'autorités juridictionnelles de première instance non compétentes. Toutefois, on ne saurait en conclure que ce tribunal puisse, dans les mêmes conditions, obliger une autorité de recours à examiner quant au fond une décision d'une caisse incompétente. Une instruction de ce genre a certes

été donnée dans un arrêt récent du TFA (arrêt H. S. du 2 mai 1979, RCC 1979, p. 428), mais il s'agissait ici du cas spécial de la restitution de prestations touchées indûment, et la compétence de la caisse était douteuse à cet égard. En revanche, le refus de l'autorité juridictionnelle d'entrer en matière fut approuvé dans les cas où la caisse est certainement incompétente. Dans l'espèce, précisément, cette incompétence de la caisse est certaine, et les objections de l'intimée ne peuvent inciter le TFA à s'écarter de la pratique établie.

Le reproche fait à l'autorité de première instance, selon lequel celle-ci aurait adopté un formalisme excessif, serait tout au plus à sa place si le jugement qu'elle a rendu ne pouvait se justifier par un intérêt digne d'être protégé et s'il entravait l'application du droit matériel sans motif objectivement valable (cf. ATF 102 I a 37, avec références; ATF 99 V 124). Cependant, comme l'autorité de première instance l'a dit pertinemment dans son préavis, il y a un intérêt objectif à ce que les demandes de rentes émanant de personnes domiciliées à l'étranger soient traitées par la Caisse suisse de compensation, celle-ci étant mieux en mesure qu'une autre caisse, grâce à son expérience, de procéder à des enquêtes à l'étranger et d'apprécier des faits survenus hors de nos frontières.

Contrairement à ce que pense l'intimée, on ne peut donc admettre sans autre examen que le jugement du droit litigieux à une rente par la Caisse suisse aurait dû nécessairement mener au même résultat. D'ailleurs, l'attribution à ladite caisse des cas concernant les assurés qui ont leur domicile à l'étranger est de nature à garantir une application uniforme du droit; elle est donc conforme à l'équité et à la sécurité du droit.

Le jugement de l'autorité de première instance doit ainsi être approuvé.

AI / Allocations pour impotents

Arrêt du TFA, du 8 mai 1979, en la cause A. S.
(traduction de l'allemand).

Article 42 LAI; article 35, 1^{er} alinéa, RAI. Les règles valables pour la naissance du droit à la rente sont également applicables par analogie à la naissance du droit aux allocations pour impotents. (Confirmation de la pratique.)

Articolo 42 LAI; articolo 35, capoverso 1, OAI. Le disposizioni riguardanti la nascita del diritto a una rendita si applicano ugualmente, per analogia, alla nascita del diritto a un assegno per grandi invalidi. (Conferma della pratica.)

Le TFA a répondu de la manière suivante à la question de la naissance du droit à une allocation pour impotent:

1. Selon l'article 42, 1^{er} alinéa, LAI, les assurés invalides qui ont leur domicile en Suisse et qui sont impotents ont droit à une allocation pour impotent. Est considéré comme impotent, selon le 2^e alinéa de cet article, l'assuré qui, en raison de son invalidité, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir les actes ordinaires de la vie. Selon le 3^e alinéa, l'allocation est fixée en fonction du degré d'impotence; elle s'élève à 20 pour cent au moins et à 80 pour cent au plus du montant minimum de la rente simple de vieillesse prévu à l'article 34, 2^e alinéa, LAVS.

Selon l'article 35, 1^{er} alinéa, RAI, 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.

2. L'autorité de première instance note avec raison que la loi ne prévoit pas de délai d'attente pour le droit à l'allocation d'impotent de l'AI, contrairement à ce que fait la LAVS

(art. 43 bis, 2^e al.). Selon l'article 42, 2^e alinéa, LAI, on ne peut cependant considérer comme impotent que celui qui a besoin *de façon permanente* de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle. Selon une jurisprudence et une pratique administrative constantes, cette condition se trouve toujours remplie lorsque l'état qui a provoqué l'impotence est en bonne partie stabilisé et est devenu, dans l'essentiel, irréversible, c'est-à-dire si des conditions analogues à celles de la première variante de l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI sont réalisées. En outre, la condition de la permanence doit être considérée comme remplie si l'impotence a duré 360 jours sans interruption notable et si l'on prévoit qu'elle durera encore (deuxième variante).

Etant donné que le droit à l'allocation pour impotent ne dépend en aucune façon du droit éventuel à la rente, il prendra donc naissance, dans le cas de la première variante, au moment où l'on peut prévoir que l'impotence ouvrant droit à la prestation sera permanente et, dans le cas de la seconde variante, après l'expiration des 360 jours prescrits, si l'on doit prévoir la persistance d'une impotence du genre répondant à cette condition (ATFA 1969, p. 112 = RCC 1970, p. 73; cf. aussi les Nos 310 ss des directives concernant l'invalidité et l'impotence).

Il faut s'en tenir à cette pratique. Elle est conforme, en effet, aux prescriptions légales selon lesquelles le besoin d'aide ou de surveillance pendant une durée limitée n'ouvre pas droit à des prestations, et selon lesquelles le droit à l'allocation pour impotent suppose l'existence d'une invalidité. On considère comme une invalidité, selon l'article 4 LAI, l'incapacité de gain présumée permanente ou de longue durée; à l'article 29, 1^{er} alinéa, de la même loi, le législateur a estimé qu'une durée d'au moins 360 jours était longue au sens dudit article 4. La jurisprudence a reconnu la portée générale de cette délimitation dans le cadre de l'article 4 (cf. RCC 1973, pp. 349 et 600). Puisque l'article 42 LAI renvoie implicitement à l'article 4, cette délimitation doit s'appliquer aussi au droit à l'allocation. Le fait que celui-ci prend naissance, selon l'article 35, 1^{er} alinéa, RAI, le premier jour du mois « au cours duquel toutes les conditions de ce droit sont réalisées » n'y fait pas obstacle.

3. ...

4. ...

Arrêt du TFA, du 9 août 1979, en la cause A. B.
(traduction de l'allemand).

Article 43 bis, 1^{er} alinéa, LAVS; article 42, 2^e alinéa, LAI; article 36, 1^{er} alinéa, RAI. L'aide de tiers, considérée comme la condition nécessaire pour admettre l'existence d'une impotence, peut consister dans la surveillance de l'assuré lors de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie. Si une aide de ce genre est apportée, il reste peu de place pour les autres conditions du droit (soins permanents, surveillance personnelle), aussi suffit-il qu'elles soient réalisées de façon minimale.

Articolo 43 bis, capoverso 1, LAVS; articolo 42, capoverso 2, LAI; articolo 36, capoverso 1, OAI. L'aiuto di terzi, ritenuto come condizione necessaria per ammettere l'esistenza di una grande invalidità può consistere nella sorveglianza dell'assicurato nel compiere gli atti ordinari della vita. Se un aiuto di tale genere è prestato, rimane soltanto un posto ristretto per le altre condizioni di diritto (cure permanenti, sorveglianza personale), per cui è sufficiente che queste siano realizzate anche solo in misura minima.

L'assurée, née en 1914, bénéficiaire d'une rente de vieillesse, a demandé à la commission AI, le 1^{er} avril 1977, l'octroi d'une allocation pour impotent. Par décision du 21 juin suivant, la caisse a rejeté cette demande, l'assurée ne souffrant pas d'une impotence grave.

L'autorité cantonale de recours a admis le recours formé contre cette décision. Dans son jugement, daté du 4 octobre 1978, elle a ordonné à la caisse de verser à l'assurée une telle allocation dès le 1^{er} février 1977. Elle a allégué dans l'essentiel, à l'appui de sa décision, que l'assurée – selon un certificat du médecin traitant, du 20 juin 1978 – a besoin de l'aide de tiers ou d'une surveillance personnelle, entièrement ou partiellement, dans tous les actes ordinaires de la vie.

L'OFAS a interjeté recours de droit administratif en concluant à l'annulation du jugement cantonal et au renvoi du dossier à l'administration pour complément d'enquête. Il a allégué, dans l'essentiel, que selon l'article 36, 1^{er} alinéa, RAI, il faut que l'assuré ait besoin, en plus d'une aide importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie, de soins permanents ou d'une surveillance personnelle. En l'état du dossier, on ne peut déterminer avec certitude si l'assurée remplit ces conditions d'une impotence grave; l'affaire doit donc être renvoyée à l'administration pour complément d'information.

L'autorité cantonale de recours déclare, dans son préavis, que la règle de l'article 36, 1^{er} alinéa, RAI, selon laquelle l'impotence est grave lorsque l'assuré a besoin, « en outre », en plus de l'aide de tiers, de soins permanents ou d'une surveillance, est contraire à l'article 42, 2^e alinéa, LAI. Cette exigence supplémentaire risquerait en outre d'enlever pratiquement toute validité à l'article 43 bis, 1^{er} alinéa, LAVS.

L'assurée a demandé le rejet de ce recours de dernière instance.

Le TFA a admis celui-ci pour les motifs suivants:

1. Selon l'article 43 bis, 1^{er} alinéa, LAVS, les personnes domiciliées en Suisse qui ont droit à une rente de vieillesse et souffrent d'une impotence grave ont droit également à une allocation pour impotent. La LAI est applicable par analogie en ce qui concerne la notion et l'évaluation de l'impotence (art. 43 bis, 5^e al., LAVS). Est considéré comme impotent, selon l'article 42, 2^e alinéa, LAI, l'assuré qui, en raison de son invalidité, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir les actes ordinaires de la vie. D'après une jurisprudence constante, ceux-ci consistent principalement à se vêtir et à se dévêtir, à se lever, s'asseoir, se coucher, à prendre ses repas, à se laver, etc., et à aller aux toilettes. Il faut cependant y ajouter encore le comportement normal au sein de la société humaine, comme le requiert l'existence quotidienne.

Selon l'article 36, 1^{er} alinéa, RAI, l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et si son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle.

2. Dans un arrêt récent (ATF 104 V 130 = RCC 1979, p. 273), le TFA s'est occupé de l'interprétation de cette disposition. Il a reconnu que la notion d'impotence entière n'est pas identique à celle d'impotence grave. Cependant, la notion d'« entier » ou « entièrement » ne doit pas non plus être comprise d'une manière extrême. « Entier » dans le sens donné à ce mot par l'article 36, 1^{er} alinéa, RAI se rapporte seulement aux divers actes ordinaires de la vie dont il est question; donc, « entièrement impotent » signifie que l'assuré a besoin d'aide dans tous ces actes ordinaires. En revanche, l'assuré ne doit pas, selon cette même disposition, être entièrement dépendant de l'aide d'autrui dans l'accomplissement des divers actes pris isolément; il suffit qu'il ait besoin « d'une aide importante ».

Compte tenu de cette interprétation, on ne peut donner tort à l'autorité de première instance lorsqu'elle a admis, en se fondant sur le rapport médical, l'existence d'un besoin d'aide importante dans tous les actes ordinaires de la vie. L'argumentation développée dans le recours de droit administratif ne se rapporte d'ailleurs pas à ce point.

3. Dans son recours de droit administratif, l'OFAS estime que parallèlement à l'aide d'autrui dans les actes ordinaires de la vie, il faut que l'assuré ait besoin, en plus, de soins permanents ou d'une surveillance personnelle. Le TFA partage cette opinion. En effet, l'expression « en outre » qui figure vers la fin du 1^{er} alinéa de l'article 36 RAI doit être considérée comme cumulative.

L'autorité de première instance, elle, estime dans son préavis que ce cumul est contraire à la loi. Pour trancher cette question, il faut rappeler que l'article 42, 2^e alinéa, LAI ne définit pas lui-même l'impotence grave; il confie au Conseil fédéral le soin de donner cette définition (art. 42, 4^e al., LAI). Lorsque notre gouvernement a établi cette définition à l'article 36, 1^{er} alinéa, RAI en prescrivant que l'assuré doit avoir besoin non seulement de l'aide d'autrui, mais encore « en outre » de soins permanents ou d'une surveillance, il n'a pas dépassé les limites de la délégation de compétence prévue par la loi. En effet, l'article 42, 2^e alinéa, LAI n'exclut pas le cumul de deux conditions (aide d'autrui, surveillance personnelle); il prévoit bien plutôt deux aspects possibles de l'impotence. Il est donc défendable que l'on pose pour conditions d'une impotence grave un besoin durable de l'aide d'autrui et de soins, ou d'une surveillance personnelle.

4. Cette interprétation de l'article 36, 1^{er} alinéa, RAI ne doit cependant pas aboutir à un système qui empêcherait l'octroi des allocations pour impotence grave, excepté dans quelques rares cas. Ceci serait contraire au sens de l'article 42 LAI, qui vise à calculer l'allocation d'après le degré d'impotence sans considérer le taux le plus élevé comme exceptionnel. Il faut songer aussi aux impotents qui touchent une rente de vieillesse; ceux-ci n'ont droit à l'allocation qu'en cas d'impotence grave et n'obtiendraient donc rien du tout, dans la plupart des cas, ce qui ne peut correspondre au sens de l'article 43 bis, 1^{er} alinéa, LAVS. Il faut donc observer ce qui suit en appliquant l'article 36, 1^{er} alinéa, RAI:

a. La condition fondamentale de l'impotence grave est que l'assuré ait besoin d'une aide importante (non totale) pour tous les actes ordinaires de la vie, aide qui doit être fournie par des tiers (cf. ATF 104 V 130 = RCC 1979, p. 274). La définition de cette aide doit être précisée dans ce sens que celle-ci peut consister simplement dans la surveillance de l'assuré pendant l'accomplissement des actes ordinaires; par exemple, la personne chargée de cette surveillance rappelle à l'assuré qu'il doit effectuer tel ou tel acte, alors qu'il ne le ferait pas sans y être exhorté, à cause de sa déficience mentale (aide indirecte, cf. N° 294 des directives concernant l'invalidité et l'impotence, manuscrit du 1^{er} juin 1978).

b. La condition de l'aide nécessaire fournie par des tiers, dans le sens indiqué ci-dessus, est si importante que les autres conditions (soins permanents, ou surveillance personnelle) ne peuvent jouer qu'un rôle secondaire. Si ces autres conditions sont remplies dans une mesure même minime, cela doit donc suffire.

« Permanent » (en allemand, dauernd) ne signifie pas « constant » ou « définitif »; il est l'antonyme de « temporaire » et doit être interprété dans le même sens que l'expression « présumée permanente ou de longue durée » que l'on trouve à l'article 4, 1^{er} alinéa, LAI.

Les soins et la surveillance prévus à l'article 36 RAI ne se rapportent pas aux actes ordinaires de la vie. Il s'agit bien plutôt ici d'une sorte de prestation d'aide médicale ou sanitaire, qui est nécessitée par l'état physique ou psychique de l'assuré. Comme on vient de le dire, il suffit que cette prestation soit minime.

Par « soins », il faut entendre par exemple la nécessité de donner des médicaments chaque jour ou de mettre des pansements. A ce propos, il faut préciser, en se référant au N° 298.4 des directives sur l'invalidité et l'impotence (manuscrit du 1^{er} juin 1978), que le fait déterminant n'est pas l'hospitalisation de l'assuré. Si celui-ci doit séjourner hors de son domicile, le facteur déterminant est le but de ce séjour; peu importe, ici, le nom que porte l'établissement. Ainsi, un assuré peut remplir aussi dans un home pour personnes âgées la condition des soins nécessaires.

La nécessité d'une surveillance personnelle existe par exemple lorsque l'assuré ne peut, à cause de défaillances mentales passagères, être laissé seul toute la journée.

5. ...

Bulletin de commande

- Indiquer le nombre d'exemplaires désirés
- Inscrire votre adresse au bas de cette feuille
- Plier et envoyer à l'OFAS sous enveloppe

Office fédéral des assurances sociales
3003 Berne

Tirage à part de la RCC 1980/2

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

N° de commande: 318.120.01

Prix: Fr. 1.80

Veillez nous envoyer, de ce tirage à part:

_____ exemplaires en français

_____ exemplaires en allemand

Pauschalfrankiert
Affranchi à forfait



Office central fédéral des imprimés
du matériel, 3000 Berne

Chronique mensuelle

● La *commission du Conseil des Etats chargée d'examiner le projet de LPP* a tenu sa 13^e séance les 4 et 5 février, à Berne, sous la présidence de M. Kündig, conseiller aux Etats, Zoug, et en présence de M. Hürlimann, conseiller fédéral. La première journée a été consacrée de nouveau aux questions posées aux experts; le lendemain, la commission a poursuivi l'examen du projet article par article. Au total, 53 articles sur les 98 que compte le projet ont déjà été discutés en deuxième lecture. Outre l'échelonnement plus prononcé des bonifications de vieillesse, déjà décidé précédemment, la commission a admis que les institutions de prévoyance devaient, dans le cadre de leurs possibilités financières, édicter aussi des prescriptions spéciales en faveur de la génération d'entrée. En outre, toute caisse de pensions est tenue, dans les mêmes limites, de verser la compensation du renchérissement sur les rentes de vieillesse. Pour les rentes d'invalidité, de veuves et d'orphelins, cette compensation doit être obligatoire. Pour encourager l'accession de l'assuré à la propriété de son logement, il a été prévu qu'une partie des prestations de vieillesse allant jusqu'à 50 pour cent pouvait être affectée à ce but. En outre, il sera possible de mettre en gage à cet effet, dans une certaine mesure, les futures prestations de vieillesse et d'utiliser, pour l'amortissement des hypothèques en rang inférieur, les cotisations périodiques. On prévoit la fin des travaux de la commission pour le 18 avril prochain. Dans l'intervalle, M. Brunner, ancien conseiller national, aura encore l'occasion de commenter son «modèle» en détail.

L'évaluation de l'incapacité de travail et de gain dans les assurances sociales

L'Association suisse pour l'orientation scolaire et professionnelle et la Fédération suisse pour l'orientation professionnelle des handicapés ont consacré leur cours de perfectionnement de 1979, qui a eu lieu du 15 au 17 octobre à Quarten, aux problèmes soulevés par l'appréciation et l'évaluation de l'invalidité et des possibilités de réadaptation. Des spécialistes travaillant dans l'administration, ainsi que des juristes et des médecins, ont pris la parole à ce sujet; la RCC publie ci-après, en traduction, les quatre exposés que l'on a entendus au cours de cette réunion, avec la permission de leurs auteurs. ¹

L'incapacité de travail et l'incapacité de gain dans l'AI

par *Karl Achermann*, chef de la division des cotisations et des prestations de l'AVS/AI/APG, Office fédéral des assurances sociales

Ce thème ne peut être traité avec clarté que s'il est placé dans son contexte général.

Les notions d'incapacité de travail et d'incapacité de gain ont une importance primordiale dans les assurances privées comme dans la sécurité sociale. Les branches d'assurance concernées sont notamment l'assurance-maladie sociale et privée (y compris l'assurance-paralysie), l'assurance-accidents sociale et privée, l'assurance militaire, l'AI, la prévoyance-invalidité publique et privée dans les caisses de retraite et autres institutions analogues, l'assurance-vie avec assurance-invalidité complémentaire et l'assurance-responsabilité civile, dans la mesure où cette dernière doit assumer les conséquences d'une incapacité de travail ou de gain résultant du dommage causé. Cette énumération montre clairement que les notions d'incapacité de travail et de gain se trouvent dans les secteurs les plus divers du droit privé et du droit public, avec des buts parfois très différents en ce qui concerne la couverture du risque assuré. On ne peut donc pas aboutir à des conclusions d'une valeur générale en faisant des réflexions abstraites à ce sujet; il s'agit en effet de notions juridiques (voir l'article de M. Rüedi), qui peuvent avoir un autre contenu suivant le domaine qu'elles concernent, et ce contenu doit être déterminé d'après les méthodes de l'application du droit.

¹ Pour des raisons techniques, on ne pourra publier l'un de ces exposés, celui de M. Rüedi, que dans le prochain numéro.

Malgré le grand nombre et la diversité des lois, la doctrine et la jurisprudence ont développé des définitions générales qui permettent de juger dans les cas ordinaires. En outre, c'est pratiquement la même base juridique qui est valable dans les domaines importants de l'assurance militaire, de l'assurance-accidents et de l'AI. On peut négliger les divergences dans des cas spéciaux, si l'on exclut les circonstances tout à fait exceptionnelles. Il faut toutefois être conscient du fait que là où des cas spéciaux se présentent, le jugement est une question d'interprétation de la loi applicable.

1. L'incapacité de travail

La commission d'experts pour l'institution de l'AI a défini l'incapacité de travail comme l'impossibilité physique de faire des mouvements ou des efforts et l'impossibilité mentale d'agir d'une manière rationnelle. On peut dire tout simplement: c'est l'impossibilité d'accomplir un acte physique ou mental. Dans les assurances-maladie, accidents et de rentes, l'incapacité de travail n'a d'importance que si elle a pour cause une *atteinte à la santé*.

L'incapacité de travail dont il est question ici est comprise *au sens large* du terme. Nous en excluons l'incapacité de travail qui constitue, dans l'AI, pour les personnes sans activité lucrative (ménagères, étudiants, membres de communautés monastiques), le pendant de l'incapacité de gain; il en sera question au chapitre 2.

Dans l'AI, il n'importe pas que l'atteinte à la santé ait été causée par une maladie ou un accident. Ainsi, la débilité mentale, qui provoque une incapacité de travail, est considérée comme une atteinte à la santé. En revanche, on ne tient pas compte de l'impossibilité de travailler pour cause de défauts caractériels, de manies (n'ayant pas la valeur de maladies), de privation de liberté dans des cas relevant du code pénal, ou encore lorsque l'autorisation de travailler n'a pas été donnée (par exemple à un étranger).

Selon cette définition, la catégorie des personnes incapables de travailler englobe aussi les invalides de naissance et les débiles mentaux qui ne peuvent jamais, pendant toute leur vie, faire quelque chose de productif ou d'utile. Cependant, on n'est pratiquement confronté à cette notion d'incapacité de travail, dans toutes les branches d'assurance, que lorsqu'il s'agit de déterminer si l'intéressé est entravé par une atteinte à sa santé dans son champ d'activité habituel. Compte tenu de ces éléments, on aboutit à la définition suivante, valable pour les assurances qui couvrent les risques de maladie ou d'invalidité: *Est considérée comme incapable de travailler la personne qui, pour cause d'atteinte à sa santé, ne peut plus exercer son activité habituelle, ou ne peut l'exercer que d'une manière limitée, ou encore ne peut l'exercer qu'avec le risque d'aggraver son état.*

Le plus souvent, l'activité exercée précédemment a été une activité lucrative. Cependant, il peut s'agir aussi de l'ensemble des travaux habituels d'une per-

sonne sans activité lucrative (par exemple d'une ménagère, d'un étudiant ou d'un parent qui soigne, sans rétribution, des membres de sa famille).

Le fait qu'il s'agit de la perte subie dans le champ de l'activité que l'intéressé exerçait avant la survenance de l'atteinte à sa santé montre clairement que pour juger l'incapacité de travail, il ne faut pas se fonder seulement sur des considérations médicales. Pour le médecin praticien qui traite le patient, la question de savoir si ce dernier ne peut plus travailler à cause de sa maladie est secondaire. Sa tâche consiste, en premier lieu, à guérir le mal ou du moins à l'atténuer. Cependant, l'appréciation de l'incapacité de travail ne peut en aucun cas être séparée du traitement de l'affection comme telle. Le médecin assume ici, nécessairement, un rôle décisif. C'est lui, avant tout, qui détermine, d'après la thérapie suivie, dans quelle mesure et pour combien de temps le patient doit éviter de travailler. Du point de vue purement médical, il dispose d'une grande liberté pour rendre cette décision. En revanche, lorsqu'il s'agit de rédiger un certificat à l'intention de l'assurance, il doit tracer exactement les limites de la capacité de travail. Ici, le médecin traitant joue le rôle d'un expert appelé à présenter un rapport à l'assurance; son devoir est alors de porter un jugement sur les relations entre la maladie et les conditions de travail de son patient en se fondant sur l'anamnèse, le diagnostic et la thérapie. On exige donc qu'il donne son avis sur un sujet qui ne lui est pas totalement familier, étant donné sa formation professionnelle et son activité.

Un tel rôle devrait être assumé, théoriquement, par un spécialiste, c'est-à-dire par un «médecin du travail». Toutefois, de tels experts ne se trouvent, dans le meilleur cas, que dans les grandes entreprises et administrations. On est donc bien obligé de recourir à la collaboration des praticiens. Heureusement, ceux-ci assument leur tâche, lorsqu'il s'agit de déterminer la capacité de travail d'un patient, presque toujours avec un sens aigu de leur responsabilité. En général, ils réussissent à mettre en accord les intérêts de leur patient et ceux de l'assurance; en effet, ce n'est pas l'usage, chez nous, que les assurés posent des exigences injustifiées envers l'assurance. Dans des conditions normales, le médecin et l'assurance s'efforcent, d'un commun accord, de mettre l'assuré au bénéfice illimité de ses droits. On peut même dire que ces trois partenaires sont responsables, solidairement, de ce que l'assurance ne soit pas sollicitée abusivement.

Pourtant, il ne faut pas oublier qu'il existe, réellement, des cas où des médecins se comportent d'une manière contraire à leur devoir et où des assurés émettent des prétentions excessives. En outre, le pouvoir d'appréciation joue un rôle décisif dans le jugement de nombreux cas. Il faut alors admettre que le médecin traitant s'occupe en premier lieu des intérêts de son patient et se borne à des appréciations subjectives; il se soucie principalement de la guérison de son malade et évite tout ce qui pourrait perturber ses bons rapports avec lui.

Dans les cas où l'appréciation joue un grand rôle, comme dans les cas d'abus, il faut suivre, pour déterminer l'incapacité de travail, une procédure spéciale qui doit, au besoin, laisser en quelque sorte hors du jeu le médecin traitant.

Selon le nouveau questionnaire AI pour le médecin, celui-ci peut se borner à signaler, dans ce document, qu'aucune indication sûre ne peut être donnée. Il peut cependant aussi fournir quelques indications et noter que selon lui, un examen médical complémentaire serait recommandable pour déterminer la capacité de travail. Dans de tels cas, la commission AI demandera une expertise spéciale (médecin spécialisé, hôpital, ou «MEDAS» de l'AI à Bâle ou à Saint-Gall).

Il importe qu'une appréciation «interdisciplinaire» du cas, c'est-à-dire un examen effectué par des représentants de diverses disciplines ou spécialités, soit possible au sein de la commission AI, qui groupe un médecin, un juriste, un assistant social, un expert de la réadaptation et un spécialiste du marché du travail. On devrait renoncer, par suite des discussions qui ont eu lieu jusqu'ici, à la modification proposée par le «groupe de travail Lutz» chargé de réexaminer l'organisation de l'AI; dans son rapport, il avait suggéré que la commission AI soit réduite à trois membres (médecin, juriste, spécialiste de la réadaptation). Cela suppose, il est vrai, l'existence de commissions AI qui soient vraiment des organes techniques, c'est-à-dire dont les membres soient de véritables spécialistes des domaines considérés.

Il est très important, en outre, que le jugement interdisciplinaire des cas d'incapacité de travail intervienne aussi dans l'instruction de ceux-ci. Selon l'article 69 RAI, le secrétariat de la commission AI doit – de son propre chef ou sur mandat de la commission – réunir les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. A cet effet, il peut exiger des rapports et des renseignements, des expertises, ou la comparution personnelle du requérant devant la commission AI.

Des enquêtes sur place et des examens médicaux ou autres ne peuvent pas être effectués par des membres de la commission. Ainsi, même le conseiller professionnel qui fait partie de celle-ci ne peut, lui-même, entreprendre de telles recherches. Là où le poste de travail de l'assuré est caractérisé par des circonstances spéciales, on demandera, le cas échéant, avant ou après l'expertise médicale, un rapport de l'employeur ou d'une autre personne compétente qui connaît bien le champ d'activité considéré (par exemple agriculture ou ménage). Le premier pas peut aussi être fait par des membres expérimentés du secrétariat AI. On peut en effet envisager également de simples visites de contrôle, qui peuvent s'avérer nécessaires par exemple dans les cas d'indemnités journalières; les caisses-maladie connaissent une institution analogue. Le conseiller ou orienteur professionnel de l'office régional ou d'un service social ne devrait être sollicité que si l'on a besoin de son savoir. Etant donné la formation spéciale qui est la sienne, il ne doit pas être appelé à faire des investigations qui pourraient être confiées à d'autres; ce serait en effet peu rationnel du point de vue économique, et en outre cela pourrait entraîner des

complications et des retards dans l'examen et l'exécution des mesures proprement dites de réadaptation.

Encore quelques mots à propos des domaines dans lesquels la notion d'incapacité de travail a une importance décisive. Celle-ci est particulièrement grande lorsque l'intéressé, après une longue maladie, demande une rente et que son droit à cette prestation doit être établi. Dans un tel cas, l'assuré n'a droit à une rente que s'il a présenté pendant 360 jours, sans interruption notable, une incapacité de travail de la moitié en moyenne. Ce délai d'attente permet de tracer une limite entre l'AI et l'assurance-maladie. Ladite incapacité correspond à l'impossibilité d'accomplir le travail habituel, c'est-à-dire le travail effectué avant l'invalidité. Des délais d'attente analogues, mais plus courts, pendant lesquels une incapacité de travail d'une certaine gravité doit être prouvée, sont prévus lorsqu'il est question d'élever la demi-rente au montant d'une rente entière et lorsque l'invalidité survient de nouveau (rechute) après la suppression de la rente dans un laps de temps de trois ans. L'incapacité de 50 pour cent peut, en outre, être une condition du droit à des indemnités journalières lorsque l'assuré n'est pas empêché de travailler par les mesures de réadaptation; ce qui est déterminant alors, c'est son inaptitude – due à la maladie – d'exercer son activité habituelle.

2. L'incapacité de gain

Dans les assurances sociales, la notion d'incapacité de gain peut – en s'inspirant de la jurisprudence, cf. article de M. Rüedi qui sera publié dans le prochain numéro – être définie de la manière suivante:

L'incapacité de gain, c'est la diminution permanente, ou présumée de longue durée, des possibilités de gain sur l'ensemble du marché du travail entrant en ligne de compte pour l'intéressé, diminution qui survient après les efforts entrepris par ce dernier pour se réadapter ou après l'application de mesures éventuelles de réadaptation, exigibles de lui.

On peut faire abstraction ici de la notion d'incapacité de gain temporaire, qui joue un rôle notamment dans la question du droit à des indemnités journalières. Il s'agit là de l'impossibilité – limitée dans le temps – d'effectuer le travail habituel, ce qui entraîne généralement, mais pas toujours (que l'on songe aux non-actifs tels que ménagères, étudiants et retraités qui ont un droit aux indemnités journalières de l'assurance-maladie), des conséquences économiques directes. On fait bien de parler ici de l'impossibilité d'effectuer le travail habituel; cette situation peut alors être qualifiée d'incapacité de travail, ce qui donne une idée plus claire des choses. On ne parle d'une incapacité de gain proprement dite que si ladite impossibilité est permanente ou du moins de longue durée.

Cette notion d'incapacité de gain a une importance décisive, notamment, lorsqu'il s'agit de déterminer le droit à une rente. Dans l'AI, l'assurance-acci-

dents sociale et l'assurance militaire, ce droit suppose une incapacité de gain. L'AI a créé, pour le droit à la rente, une définition légale de l'incapacité de gain qui était valable naguère, sur la base de la jurisprudence, dans les deux autres assurances. Les prescriptions de l'AI ont apporté une précision supplémentaire. L'AI cherche en premier lieu à réadapter ses invalides à la vie professionnelle, afin d'éliminer entièrement ou partiellement les conséquences économiques de l'atteinte à la santé et de procurer à l'assuré un mode d'existence satisfaisant, ce qui suppose en général une occupation adéquate. Les articles 28 et 29 LAI, consacrés au droit à la rente, partent de ce principe.

Pour évaluer le degré d'invalidité, le revenu du travail (revenu d'invalidé) que l'assuré peut gagner en exerçant une activité qui est à sa portée, éventuellement après avoir subi une mesure de réadaptation, est comparé au revenu qu'il pourrait obtenir s'il n'était pas invalide (revenu hypothétique).

Ainsi, l'inaptitude physique et mentale à effectuer un travail est jugée, individuellement et concrètement, d'après les possibilités économiques. L'évaluation de l'invalidité s'effectue donc d'après la méthode de l'estimation individuelle; c'est le contraire de la méthode abstraite, appliquée principalement dans l'assurance-accidents privée, mais aussi par exemple dans l'assurance-paralysie de l'assurance-maladie. Avec cette dernière méthode, l'invalidité est calculée, sans tenir compte des conséquences sur l'exercice d'un certain métier et des possibilités de gain qui subsistent, d'après les effets produits généralement par une atteinte à la santé. On considère par exemple comme invalidité totale la perte des deux bras ou l'impossibilité totale de s'en servir. L'invalidité partielle est calculée au moyen d'une échelle. L'estimation de la déficience qui persiste est effectuée d'après des critères médicaux. Quant aux aspects économiques ou professionnels, ou aux possibilités de gain, on les laisse de côté. Celui qui a perdu la main gauche est dédommagé même s'il n'en résulte aucun handicap dans son activité (par exemple travail de bureau). Cette méthode abstraite (médicale et théorique) est bien plus facile à appliquer que l'évaluation individuelle de l'invalidité, qui nécessite souvent un grand travail et prend beaucoup de temps. Il est évident, toutefois, qu'une assurance sociale financée non seulement par l'assuré, mais aussi par les cotisations de l'employeur et – comme dans l'assurance militaire et l'AI – exclusivement ou en grande partie par les contributions des pouvoirs publics ne peut fournir des prestations lorsque l'atteinte à la santé n'a pas pour conséquence une perte de gain directe ou (chez les non-actifs) indirecte.

Cela montre, avec toute la clarté voulue, que dans les assurances sociales – contrairement aux règles suivies par l'assurance privée – la notion d'incapacité de gain est appréciée non pas d'après l'«invalidité médicale», c'est-à-dire l'invalidité considérée du point de vue médical, mais d'après les conséquences économiques de l'atteinte à la santé. Ce qui est déterminant avant tout, ce n'est pas cette atteinte en soi, ou l'atteinte à l'intégrité corporelle (l'AI ne connaît pas d'indemnisation pour une telle atteinte), mais c'est la diminution de la capacité de gain.

Pourtant, là aussi, c'est par les investigations sur l'atteinte à la santé et ses effets sur le travail habituel du patient qu'il faut commencer. Ce sont pratiquement les mêmes examens médicaux que ceux qui doivent être faits pour apprécier l'incapacité de travail. Ici, cependant, les déclarations du médecin sur la possibilité de guérir ou d'atténuer l'atteinte à la santé par des mesures médicales ont une importance particulière.

Les examens médicaux complémentaires dont il a été question à propos de l'incapacité de travail, et qui sont demandés, en ce qui concerne l'incapacité de gain, principalement dans les cas de rentes, ont pour but de déterminer le degré de l'aptitude au travail dans le champ d'activité ou l'emploi que l'intéressé a eu jusqu'à présent. On demande en outre que ces examens révèlent les possibilités d'améliorer la capacité de travail (non la capacité de gain) par des mesures médicales, des moyens auxiliaires ou un changement professionnel; on cherche à savoir alors quelle sera cette capacité, probablement, après l'application de telles mesures. Il faut aussi déterminer si la capacité de travail peut être améliorée par des mesures médicales acceptables, en ajoutant que de tels renseignements sont spécialement utiles dans les cas de manies et d'obésité.

Tout cela montre que le médecin n'a pas à donner des informations sur l'incapacité de gain, tâche qu'il ne pourrait assumer, dans bien des cas, avec toute la sûreté voulue. Certes, l'incapacité de travail est manifestement assimilable à l'incapacité de gain lorsque la maladie empêche tout travail à but lucratif. Dans les autres cas, cependant, qui sont également assez nombreux, c'est seulement après l'expertise médicale que commence l'opération difficile consistant à déterminer l'incapacité de gain et le degré d'invalidité. La commission AI ne peut se décharger de cette tâche en la confiant par exemple au médecin ou à quelque examinateur. Selon la prescription formelle de l'article 72 RAI, l'évaluation de l'invalidité ne peut faire l'objet d'expertises. Sont nécessaires, en règle générale, des rapports d'employeurs et des enquêtes sur place au sujet des circonstances économiques; des enquêtes analogues sont entreprises aussi là où des mesures spéciales de réadaptation semblent possibles. Des recherches peuvent également être confiées au conseiller professionnel de l'office régional ou, à la demande de celui-ci, à un service social de l'aide aux invalides. Dans des cas difficiles, il faut entreprendre des enquêtes stationnaires dans des centres de réadaptation professionnelle.

L'appréciation que doit faire la commission AI en se fondant sur les résultats de diverses enquêtes exige ici, encore plus que dans le domaine de l'incapacité de travail, des consultations interdisciplinaires consciencieuses, auxquelles doivent prendre part tous les spécialistes faisant partie de la commission. Faute de temps, ou par négligence, il arrive souvent que lorsque les recherches concernant les éléments du revenu (notamment du «revenu d'invalidé») rencontrent des difficultés, on se fonde simplement sur les données fournies par le médecin au sujet de l'incapacité de travail ou même sur des bases médicales théoriques; certes, ces témoignages ou estimations peuvent fournir des rensei-

gnements importants, mais ils ne peuvent, à eux seuls, être déterminants. Toutefois, on doit reconnaître que dans l'AI, on ne peut tout faire avec la méthode de la comparaison des revenus. On a développé, à cet effet, la «méthode spécifique» applicable aux personnes sans activité lucrative; dans ces cas-là, l'invalidité est déterminée d'après la capacité de rendement amoindrie. Il arrive aussi que chez des personnes actives (principalement des agriculteurs et des personnes indépendantes ayant un chiffre d'affaires modeste), les deux revenus à comparer ne puissent être calculés, ou ne puissent l'être avec une sûreté suffisante; il faut alors évaluer l'invalidité, comme dans la méthode spécifique, d'après les conséquences du rendement réduit de l'intéressé sur son gain, dans la situation concrète.

Notons aussi que la CNA et l'assurance militaire rencontrent d'autres difficultés lorsqu'elles doivent évaluer des invalidités inférieures à un tiers ou (dans l'assurance-accidents) lorsqu'il s'agit du bénéficiaire d'une rente de vieillesse, encore actif et victime d'un accident. Il est compréhensible que, dans ces cas-là, on doive procéder parfois à des estimations médicales théoriques de l'invalidité, bien que les mêmes principes que dans l'AI soient applicables ici selon la jurisprudence.

Pour terminer, voici encore quelques remarques à propos de la notion d'incapacité de gain quand il est question de prestations AI à l'exclusion des rentes. L'octroi de prestations suppose en général une invalidité selon les articles 4 et 5 LAI. Une invalidité n'existe, en règle générale, que si l'atteinte à la santé provoque une incapacité de gain «présumée permanente ou de longue durée». Dans les cas limites, on admet que l'invalidité est de longue durée en s'inspirant du système du délai d'attente applicable aux cas de rente, après une période de 360 jours.

Un droit à des mesures de réadaptation professionnelle ou médicale n'existe – s'il ne s'agit pas d'une infirmité congénitale – que lorsqu'une incapacité de gain durable est imminente (chez les jeunes gens, probable) et que l'on a des chances de voir la capacité de gain rétablie, améliorée ou sauvegardée par ces mesures; chez les jeunes gens, lorsque de tels résultats sont rendus possibles par de telles mesures. En revanche, selon l'article 8, 2^e alinéa, LAI, l'assuré a droit, indépendamment des possibilités de réadaptation à la vie professionnelle, aux mesures suivantes:

- traitement médical des infirmités congénitales,
- formation scolaire spéciale et mesures en faveur des mineurs impotents,
- moyens auxiliaires, sauf dans les cas où ils sont remis exclusivement – selon l'OMAI – pour l'exercice d'une activité lucrative ou pour l'accomplissement des travaux habituels.

Même dans les cas où une réadaptation à la vie professionnelle constitue le but de la mesure appliquée, on n'exige pas – contrairement à ce que l'on fait dans les cas de rente – un degré d'invalidité déterminé. Cependant, un reclassement n'est accordé que si la capacité de gain peut être, de ce fait, maintenue ou sensiblement améliorée. L'aide en capital, la remise de véhicules à moteur

et les contributions pour l'installation d'appareils spéciaux, tels que plates-formes élévatrices, monte-rampe, etc., supposent que l'assuré exerce, d'une manière probablement durable, une activité lui permettant de couvrir ses besoins.

Capacité de travail et capacité de gain dans l'assurance-accidents

par le professeur *E. Baur*, docteur en médecine, médecin-chef de la CNA

Le présent exposé vise avant tout à étudier la procédure suivie pour déterminer les aptitudes professionnelles d'un assuré atteint d'une affection dorsale. Les cas de ce genre sont particulièrement difficiles pour l'administration et les médecins de la CNA.

Nous prenons conscience de la gravité de ce problème lorsque nous considérons le nombre des cas de lésions de la colonne vertébrale signalés à la CNA. Au cours des dernières années, le nombre des accidents ordinaires a été d'environ 250 000. On compte des centaines de cas de fractures des vertèbres et de lésions des disques, et à peu près autant d'affections moins graves comme par exemple les distorsions de la colonne. Chaque année, on signale à la CNA environ 200 à 300 fractures de vertèbres, environ 100 à 150 cas de discopathies et de hernies discales, et environ 200 légères distorsions.

Tous les cas d'invalidité sont examinés par des médecins de la CNA ou par des experts indépendants de celle-ci. Le médecin traitant ne peut guère établir une expertise valable dans une affaire de ce genre. Nous ne disons pas cela par méfiance envers lui; mais d'une manière générale, il est discutable que le médecin traitant puisse assumer un rôle d'expert. Il est là pour aider et soigner le patient, et son point de vue subjectif n'est pas le même que celui de l'expert. Pour lui, la recherche de l'objectivité absolue est certainement bien plus difficile que pour l'expert qui ne traite pas le patient.

Nous attachons une grande importance à la technique appliquée lors de l'examen d'un patient atteint d'une affection dorsale. Il faut une technique médicale uniforme pour que le médecin traitant, le médecin de l'assurance et l'expert éventuellement consulté puissent parler la même langue.

La région de la colonne vertébrale réunit trois grands systèmes d'organes: la statique du corps, la névrologie centrale et la névrologie périphérique.

Un examen précis de la colonne avec interrogatoire du patient nécessite au moins 15 à 30 minutes, quand ce n'est pas plus.

Les affections de la colonne sont, grosso modo, les suivantes: troubles du développement, affections inflammatoires, dégénératives, tumorales et traumatiques. Chez les patients victimes d'accidents qui sont examinés par le service médical de la CNA, ce ne sont pas seulement les séquelles de l'accident qui jouent un rôle, mais aussi des combinaisons telles que troubles du développement ou maladies par usure avec des lésions traumatiques (lésions discales, fracture de corps vertébraux, d'arcs vertébraux, etc.); il faut alors déterminer s'il y a lésion supplémentaire de la moelle épinière ou des racines de nerfs sortant de la colonne. La CNA n'a presque jamais affaire à des affections inflammatoires récentes de la colonne, car les patients qui en souffrent sont généralement incapables de travailler et ne subissent pas, ou ne subissent que très rarement, des accidents assurés.

Pour juger une affection dorsale, il suffit en général d'étudier à fond le dossier du patient ou de prendre note des faits précédemment survenus, de procéder à un bon examen clinique et à l'examen radiologique de la colonne et d'analyser occasionnellement le sang au cas où une affection inflammatoire ou tumorale serait à traiter. Il importe en outre d'assurer un contrôle médical suffisant du cours de la maladie.

Les patients souffrant d'affections dorsales ont souvent tendance à présenter des troubles psychiques, c'est-à-dire que les conséquences organiques d'un accident, ou une maladie de la colonne, provoquent de mauvaises réactions sur le plan moral. De telles complications psychiques ne sont détectées, parfois, qu'après une série d'examens médicaux. Ce sont peut-être les cas les plus difficiles en ce qui concerne l'établissement d'un diagnostic.

Si nous voulons nous mettre à la place du médecin traitant, nous devons constater qu'il n'a tout simplement pas le temps de procéder à un examen approfondi du dos de son patient. En général, il lui manque aussi les instruments nécessaires à un tel examen, qui doit être considéré comme un examen orthopédique, donc incombant à un spécialiste.

Bien entendu, un examen aussi consciencieux n'est pas nécessaire dans la plupart des cas d'affections dorsales dont la durée est limitée, telles que la distorsion de la colonne vertébrale et le lumbago, qui surviennent très fréquemment et résultent parfois d'un accident; le médecin habituel du patient peut les traiter. Ces affections-ci se guérissent généralement en si peu de temps que le patient recouvre sa pleine capacité de travail au bout d'une semaine ou deux. Cependant, on ne peut savoir, dès le début, si l'on a affaire à un cas bénin ou au contraire à un cas suivi de complications multiples, avec aggravation des symptômes morbides et douleurs permanentes; il est évident que ces cas graves exigent un examen plus approfondi.

Nous connaissons bien la durée de l'incapacité de travail résultant de lésions traumatiques et les cas d'invalidité provoquée par des lésions de la colonne. Précisons, à ce propos, ce que nous entendons par «incapacité de travail» dans l'assurance-accidents: c'est l'incapacité de l'assuré à effectuer un travail utile

à son poste habituel ou dans la même entreprise. Par invalidité, on entend l'incapacité de gain; celle-ci est l'inaptitude à exercer une activité lucrative sur l'ensemble du marché du travail qui entre en ligne de compte pour l'assuré. On parle généralement d'incapacité de travail avant de fixer une rente éventuelle, et d'incapacité de gain après la fixation de cette rente.

Nous possédons des données sur des cas d'arrêt du travail et d'invalidité datant de 1934 et de 1945; elles figurent dans les statistiques du professeur Zollinger, ancien médecin-chef de la CNA. Des données concernant les fractures des vertèbres nous sont connues grâce au professeur Chapchal (1968-1971); la thèse de doctorat du D^r Reichlin nous renseigne sur les discopathies et hernies discales pendant les années 1953 à 1955.

La *durée moyenne du traitement* des patients souffrant de distorsions de la colonne a été, en 1945, de 50 à 55 jours. Ceux qui souffraient de fractures de la colonne ont dû cesser de travailler pendant environ 173 jours; pour les lésions des disques, il fallut compter environ 248 jours. Deux tiers des patients avec fractures des vertèbres devinrent *invalides* en 1945; un tiers seulement de 1969 à 1972. Un peu plus de la moitié des patients ayant des fractures du corps vertébral présentaient une invalidité.

En 1945, l'*incapacité de gain* a varié entre 10 et 100 pour cent. La plupart des rentes initiales (exactement 64 pour cent) se situaient entre 10 et 30 pour cent d'incapacité. 43 pour cent des rentes initiales pour une incapacité supérieure à 40 pour cent étaient versées à des personnes âgées de 60 ans et plus. Au bout d'une année, un quart seulement des rentiers touchaient une rente supérieure à 25 pour cent.

Selon Reichlin, les patients souffrant de *hernies discales* cessaient de travailler pendant deux mois. Des complications névropathiques se produisirent dans 11,4 pour cent des cas. Une invalidité survint dans un quart environ des cas de discopathie. Il y eut 17 cas de hernies discales sans octroi d'une rente après l'opération et 25 cas avec rente. Deux tiers de tous les cas d'invalidité présentèrent un taux d'invalidité de 10 à 30 pour cent; celui-ci était généralement de 25 pour cent.

Nous ne possédons pas de données sur les cas d'invalidité provoquée par une distorsion de la colonne.

Selon *Chapchal*, les fractures isolées de vertèbres provoquèrent en moyenne une invalidité dans 22 pour cent des cas; ce taux s'éleva à 37-44 pour cent des cas lorsqu'il y avait une affection préexistante telle qu'une maladie par usure. Naguère, on avait tendance à exagérer la gravité d'une affection accidentelle de la colonne. Les rectifications nécessaires ont été effectuées il y a une trentaine d'années. Aujourd'hui, l'effort physique exigé, même s'il s'agit d'un ouvrier non qualifié, n'est plus aussi grand qu'autrefois. Ainsi, une fracture de la colonne sans complications n'est plus à considérer comme une très grave lésion. Il arrive, ici et là, que l'on décèle de telles fractures qui sont restées ignorées et ne gênent guère l'individu.

L'influence du travail pénible sur la colonne vertébrale est encore contestée, lorsqu'il s'agit d'adultes. Certes, des fractures de l'apophyse épineuse, favorisées par la fatigue, peuvent être provoquées par un travail spécialement pénible (on parle ici de fractures des terrassiers); mais les lésions de ce genre sont des affections bénignes, qui guérissent en quelques semaines sans avoir pour séquelle une invalidité.

La spondylolyse et la spondylolisthésis, c'est-à-dire la formation de fissures dans les arcs vertébraux et le glissement d'une vertèbre en avant, peuvent provoquer une invalidité prématurée à cause d'un défaut de structure de la colonne, mais celui-ci n'est jamais provoqué par le travail physique de l'individu.

Une altération dégénérative de la colonne peut survenir éventuellement plus tôt chez les personnes astreintes à un dur travail que chez les autres. Cependant, les avis diffèrent à ce sujet. L'effort physique professionnel qui peut être exigé d'un individu subit, selon l'orthopédiste, de fortes variations. La moitié des cas soumis à ces spécialistes sont des affections de la nuque, du dos et de la région sacrée.

Dans les expertises, les constatations objectives sont très souvent en contradiction avec les plaintes subjectives du patient. Bien des altérations morphologiques et radiologiques ne sont pas des maladies; ce sont tout au plus des maladies en puissance. Parfois, des altérations radiologiques et des difformités de la colonne sont fortement exagérées; ce sont peut-être les courbures de la colonne sur le plan frontal qui donnent lieu aux pronostics les plus défavorables en cas d'importants efforts physiques dans la profession.

Procédure suivie pour évaluer l'invalidité

On essaie de réadapter l'assuré à la vie professionnelle grâce à la capacité de travail partielle qui lui reste. Celle-ci est une spécialité de l'assurance-accidents suisse. Ainsi, par exemple, on ne connaît pas la réadaptation professionnelle graduelle dans les assurances sociales allemande et autrichienne; en Allemagne, on recourt au système de la rente provisoire, qui occasionne moins de difficultés que la revision éventuelle d'une rente définitive. Chez nous, l'assuré qui a subi un accident est déclaré apte au travail dans une proportion d'un tiers ou de la moitié, sur la base d'une estimation médicale, lorsque les suites de cet accident ont perdu de leur gravité à tel point que la reprise du travail est possible. En temps de récession, tout particulièrement, nous avons rencontré de grandes difficultés en voulant maintenir le principe de la capacité de travail partielle. Par souci de rationalisation, les entreprises se sont souvent

opposées aux décisions qui admettaient une telle capacité. Néanmoins, la procédure a pu être maintenue.

Grâce à la capacité de travail partielle, nous pouvons en quelque sorte observer l'aptitude ou le rendement d'un assuré. On se montre assez souple dans les cas où de grandes difficultés entravent la mise à profit de cette capacité partielle. Cependant, l'assuré travaille dans l'entreprise, il n'est pas seul et ne peut songer constamment à son mal; le vieux dicton selon lequel «l'oisiveté est la mère de tous les vices» est ici particulièrement à sa place.

Le système de la capacité de travail partielle a fait ses preuves, depuis que la CNA existe, comme le meilleur moyen d'assurer la réadaptation. C'est en outre un excellent élément pour l'évaluation de l'invalidité.

Des expertises sont effectuées relativement souvent dans les cas d'affections de la colonne vertébrale. Elles se heurtent à des difficultés, notamment, lorsqu'une maladie étrangère à l'accident joue un rôle dans le cas considéré. Les avis diffèrent en général, à propos de la capacité de travail ou de gain, lorsque des influences psychiques étrangères à l'accident, ou au contraire liées à celui-ci, sont probables, voire certaines. Les déficiences ou lésions purement physiques constatées lors des examens médicaux sont influencées par des facteurs psychiques, si bien qu'il est parfois difficile de déterminer ce qui, dans une affection donnée, est de nature physique et ce qui est purement psychique, sans parler des déficiences qui sont dues simplement à la mauvaise volonté du patient.

Des problèmes spéciaux surgissent également lorsque des assurés, ayant subi un accident avec lésions dorsales, renoncent à reprendre leur travail, par exemple, pour raisons d'âge ou pour cause d'émigration. Dans ces cas-là, on devra se fonder uniquement sur l'appréciation médicale d'une incapacité éventuelle de travail. L'évaluation de la capacité de travail est encore relativement facile; on se tire d'affaire en admettant une incapacité théorique, éventuellement sous forme d'une convention. Cependant, l'évaluation de l'invalidité est quelque peu incertaine si l'on procède uniquement sur la base des constatations médicales. Nous n'avons aucun contrôle du rendement effectif dans la vie professionnelle. Seule la combinaison entre l'évaluation médicale et la capacité de rendement au poste de travail permet une évaluation relativement sûre de l'invalidité. On peut alors constater que les facteurs d'ordre médical concordent généralement avec ceux d'ordre économique ou professionnel.

Nous n'avons pas d'informations sur des changements de métier dans les cas de patients qui souffrent d'une affection dorsale par suite d'accident. Chez la plupart des assurés qui touchent de l'assurance-accidents une rente d'invalidité de 25 pour cent en moyenne, on ne constate pas une incapacité de gain qui justifierait une rente AI. Les patients d'un certain âge qui souffrent d'une invalidité grave, causée par des lésions des vertèbres, ne peuvent plus guère envisager un changement de profession.

Bien entendu, des problèmes tout différents se posent chez les paraplégiques et chez les assurés qui souffrent d'une paralysie partielle. Cependant, leur cas ne peut faire l'objet du présent exposé.

Le point de vue de la médecine du travail

par le docteur *C. Schuler*, médecin-chef du MEDAS de Saint-Gall

Dans son rapport final du 23 décembre 1977, le groupe d'étude chargé de reconsidérer l'organisation de l'AI a proposé entre autres un développement du service médical de l'AI et recommandé la création d'autres MEDAS (centres médicaux d'observation de l'AI). Un tel centre avait été ouvert en 1974 à l'Hôpital des bourgeois de Bâle; bientôt, cependant, il n'a plus été en mesure d'assumer tous les examens de médecine du travail qu'on lui confiait. Un autre MEDAS a donc été fondé, et ce fut à Saint-Gall, sur un terrain appartenant à l'Hôpital cantonal. Il a ouvert ses portes le 1^{er} octobre 1978. Au bout de six mois, déjà, plus de 300 patients attendaient leur tour, et l'on en compte 450 aujourd'hui. Cela signifie, pour l'individu, un délai d'attente d'une année environ. C'est pourquoi l'on a engagé à Saint-Gall un deuxième médecin dès le 1^{er} septembre 1979; à Bâle, il y en a déjà trois.

Le rôle du médecin dans les MEDAS de l'AI

Voici quelques remarques à propos de la situation du médecin qui travaille dans ces centres. Il consacre tout son temps à l'élaboration d'expertises, et il est rétribué par l'AI. Des voix critiques se sont élevées, lui reprochant d'être le «commissaire des économies»; étant au service de la sécurité sociale, il ne travaille en fait que pour elle, dit-on. Il est ainsi en quelque sorte l'adversaire du médecin traitant qui, lui, défend les intérêts du patient contre l'assurance. Cette opinion n'est certainement pas fondée.

L'expert médical a certes un mandat qu'il a reçu de l'assurance, c'est-à-dire de la communauté de tous les assurés; ce mandat repose sur la confiance, et il s'engage à s'en acquitter. Cependant, en sa qualité de médecin, il est entièrement libre dans ses appréciations. Sa tâche est d'examiner l'état du patient et de tirer les conclusions qui lui paraissent justes. Ceci est une fonction qui, lorsqu'elle est exercée avec sérieux, n'admet aucun parti pris; néanmoins, c'est certainement une activité qui peut être qualifiée de médicale, car tout travail ayant l'homme pour objet, même la rédaction d'un certificat ou d'une expertise, implique une certaine dose d'humanité.

D'ailleurs, les conclusions du médecin ne lient pas, juridiquement, l'organisme appelé à fournir des prestations sociales. L'assurance devra en effet tenir compte aussi d'autres facteurs pour rendre sa décision, par exemple de circonstances familiales, économiques et sociales. L'expert médical n'est donc pas le juge qui tranche la question. Sa seule obligation, sa seule responsabilité, il l'a envers sa propre conscience professionnelle. Son souci d'objectivité l'incitera à se tenir au courant des progrès de la médecine et à s'inspirer de ceux-ci dans son activité d'expert.

L'importance des résultats de ces examens médicaux, lorsqu'ils peuvent être mesurés c'est-à-dire exprimés par certains chiffres, dans l'appréciation de l'état de santé et de la capacité de travail, a été parfois exagérée. Il ne faut pas se laisser fasciner par des chiffres. Un diagnostic comportant des indications numériques n'est pas un jugement péremptoire; c'est seulement un moyen d'arriver à un jugement aussi sûr que possible. La valeur et l'exactitude d'un jugement ou d'une conclusion ne dépendent pas de la quantité des données recueillies et du volume de l'expertise. D'autre part, quand il s'agit de connaître un état de santé, il ne faut pas négliger des examens sous prétexte que l'on sait déjà quel en est le résultat. Ici aussi, il est faux d'exagérer dans un sens ou dans l'autre; on adoptera donc pour ligne de conduite le précepte:

Le moins possible d'examens, mais autant qu'il est nécessaire!

L'«argument de l'autorité», naguère si important, voire décisif, a perdu de sa valeur aussi dans le domaine de la médecine. On estime, aujourd'hui, que l'autorité ne dispense pas de fournir des arguments. Cela ne signifie pas, cependant, qu'il faille sous-estimer le savoir et l'expérience de l'expert. Rappelons à ce propos ce mot de Carossa qui disait: «Le médecin apprend et s'exerce pendant des années; mais c'est seulement en se souvenant et en comparant qu'il devient un maître.» Les deux choses vont donc de pair: des données sûres et un savoir empirique, et c'est leur union qui permet un jugement équitable. L'expert médical doit rédiger son rapport avec une objectivité absolue et en toute neutralité, sans céder à des impulsions; il doit rester conscient de sa responsabilité à l'égard de l'assuré et de la communauté de tous les assurés.

Comme déjà dit, les MEDAS sont critiqués de divers côtés. Il y a des gens qui, ignorant la véritable nature humaine ou animés souvent par des motifs politiques, veulent que tous les hommes soient solidaires au nom de certains principes sociaux, et qui estiment que des organes de contrôle dépendant de l'assurance sont superflus, voire nuisibles. Malheureusement, on a dû constater jusqu'à présent qu'une petite partie seulement de l'humanité était totalement dépourvue d'égoïsme et socialement parfaite; ceux qui défendent de telles idées ne font donc qu'échafauder des utopies. D'autres personnes admettent en principe que l'on contrôle l'état de santé avant d'octroyer des prestations d'assurance, mais aimeraient que le médecin n'y joue pas un rôle d'expert; ils préféreraient voir en lui une sorte de «compensateur social».

Les méthodes de travail des MEDAS

Comment procède-t-on dans les MEDAS? Les patients y entrent, en général, pour quatre ou cinq jours. Ce n'est pas une hospitalisation; il n'y a pas de personnel infirmier, et aucun traitement n'est appliqué. Les assurés habitent dans les locaux du centre d'observation (comme dans un hôtel); ils y ont leur propre chambre, ou logent par deux s'ils le préfèrent. Les repas sont servis aux frais de l'AI à la cantine de l'hôpital. Les patients doivent se tenir à la disposition du médecin pour les examens; à part cela, on ne leur impose pas d'horaire, et ils sont libres de passer la soirée comme ils l'entendent.

En entrant au MEDAS, les patients sont informés du but et de la durée probable de leur séjour; ils sont encore un peu anxieux pour commencer. On fait ensuite l'anamnèse en tenant compte de leur situation sociale et de l'état de santé actuel. Le deuxième jour, alors que le patient s'est habitué à son nouvel entourage, il subit un examen complet; à cette occasion, le médecin doit s'occuper non seulement des aspects morbides, mais aussi de l'état général, tant physique que psychique. Il complète ses investigations par d'autres examens (röntgen, électrocardiogramme, myélographie, etc., et dans des cas exceptionnels tomographie par ordinateur). Parfois, il est nécessaire d'entreprendre des examens complémentaires spéciaux dans des domaines tels que cardiologie, urologie, psychiatrie, etc.; ils peuvent être effectués pendant le bref séjour du patient, puisque le MEDAS se trouve logé dans un établissement médical important. Si un diagnostic a déjà été posé par un spécialiste avant l'entrée au MEDAS, il n'est pas nécessaire, en général, de faire une «répétition»; toutefois, il existe des affections qui ne peuvent être détectées à coup sûr qu'à longue échéance, et nécessitent par conséquent des contrôles ultérieurs. Ce qui importe, pour une clinique appelée à faire une expertise, c'est que l'échange d'informations soit assuré avec les médecins traitants, les hôpitaux et les assurances, éventuellement aussi avec les assistants sociaux et les orienteurs professionnels, voire avec les membres de la famille.

Une fois que les constatations ont été faites, et les données médicales recueillies, il y a une discussion finale avec le patient; on y parle notamment de son état de santé et des possibilités thérapeutiques, ainsi que des perspectives dans le domaine de la réadaptation. L'expert devient alors une sorte de conseiller, voire de médecin traitant, dont les bons offices sont pratiquement toujours accueillis favorablement par le patient et par son médecin habituel. Par rapport à son collègue praticien, l'expert médical possède le grand avantage d'avoir plus de temps et de pouvoir exercer une «médecine globale»; ce seul fait est de nature à créer un climat de confiance entre le médecin et le patient. D'ailleurs, la grande majorité de nos assurés rentrent à la maison satisfaits après leur séjour dans un MEDAS.

L'expert n'a cependant pas terminé sa tâche lorsqu'il a «posé une étiquette» sur la maladie, donc établi un diagnostic. Il doit se prononcer non seulement sur les possibilités thérapeutiques et la réadaptation, mais encore sur la capa-

cité de rendement de l'assuré. Ce faisant, il ne doit pas oublier de nombreux impondérables, par exemple la constitution physique du patient et la marge de tolérance de la douleur, qui varie d'un individu à l'autre et d'une race à l'autre. Il faut tenir compte aussi des facteurs psychiques, de la conception de la vie, des aspects sociaux et de l'attitude du patient face au travail.

En général, quelques jours doivent s'écouler (dans des cas exceptionnels, jusqu'à six semaines) jusqu'à ce que les derniers résultats soient connus et que le rapport puisse être rédigé. Si le patient ne s'y oppose pas expressément, son médecin habituel reçoit une copie de l'expertise. Lors de la discussion finale, nous recommandons à nos patients de consulter ce médecin au bout de quelque temps, afin qu'il les informe, lui aussi, au sujet de leur état de santé, de leur capacité de travail, des mesures de traitement éventuelles et de notre opinion sur les possibilités de réadaptation professionnelle.

Cela dépend certainement de chaque individu de savoir s'il veut rester à la maison ou non en cas d'atteinte à la santé. On sait que la capacité de rendement est influencée, en bien et en mal, par de nombreux facteurs différents; il existe une «fuite dans le travail» comme une fuite dans la maladie. En fin de compte, chaque homme détermine lui-même son rendement de travail. Ceux qui ne veulent pas admettre ce principe fondamental n'ont pas compris ce que sont les relations entre le médecin et le patient. Il est très rare que le médecin – ne serait-ce qu'en vertu de sa responsabilité – doive s'opposer avec véhémence à la prétendue impossibilité de travailler de son patient et forcer celui-ci à prendre une activité. Ici aussi, l'exception confirme la règle. Le médecin traitant devra, dans des cas d'incertitude, envoyer le patient chez un spécialiste, chez le médecin de l'assurance ou à l'hôpital, pour examen complémentaire et nouveau diagnostic. Il n'est pas nécessaire de souligner l'importance d'une telle collaboration.

J'ai tenté, dans le présent exposé, de vous montrer ce que sont et comment fonctionnent les MEDAS, quelles sont leurs méthodes, ce qu'est la collaboration interdisciplinaire, quelle valeur on peut attribuer aux expertises et quelles sont les limites de celles-ci. Notre tâche principale,   côté de la réadaptation, est la détermination de l'aptitude au travail. En notre qualité de médecins, nous nous trouvons placés entre l'assuré en tant qu'individu et la communauté des assurés. Nous devons prendre la défense de l'un et de l'autre et protéger leurs droits. Cette tâche n'est certainement pas inutile, bien que l'on n'enseigne actuellement, dans aucune université suisse, la médecine des assurances sociales. Lorsque tout sera parfait dans ce monde – l'homme y compris –, et alors seulement, on verra se réaliser cette admirable simplification dont r v nt certains théoriciens; l'invalidé pourra alors se présenter au guichet de l'assurance, où on lui demandera: «Quelle rente voulez-vous? Une entière ou une demi?»

De plusieurs côtés, on a demandé que les MEDAS présentent des bilans indiquant les résultats obtenus. Jusqu'à présent, nous n'avons pas établi de tels bilans, et nous n'avons pas l'intention de le faire à l'avenir. A notre avis, il n'y

a pas de place pour des opérations de ce genre dans le domaine des assurances sociales. Ce ne sont pas les chiffres qui importent, mais c'est la solidarité de la société à l'égard des invalides et la solidarité de l'individu envers la communauté de tous les assurés. Notre tâche, c'est d'empêcher que cette solidarité ne soit exploitée par quelques pseudo-invalides au détriment des vrais invalides, ce qui risquerait de déséquilibrer le budget de l'assurance. En cela, nous espérons bénéficier de l'approbation et de l'appui de tous les invalides qui, à bon droit, réclament la justice.

Les nouvelles instructions sur la revision des caisses de compensation

Ces instructions, remaniées, sont entrées en vigueur le 1^{er} février 1980. Cette réédition a été nécessitée principalement par la neuvième revision de l'AVS, l'instauration de règles plus strictes en matière de perception des cotisations, les nouvelles instructions sur la comptabilité et les mouvements de fonds, et enfin par l'importance croissante du traitement électronique des informations. Notons aussi que les nouvelles instructions visent à améliorer la qualité des contrôles et à permettre la rédaction de rapports complets et objectifs. En effet, une revision bien faite et un rapport fournissant des renseignements valables constituent, pour le gérant de la caisse, un excellent instrument de contrôle et, pour le support juridique de celle-ci, un bon moyen de surveillance.

Les nouvelles instructions, dont l'élaboration a été effectuée en partie par les bureaux de revision et les caisses, ne représentent qu'une sorte de programme cadre; il faut les considérer comme des directives ou indications pour les travaux de revision.

Compte tenu des expériences faites au cours des dernières années, on a étendu la revision principale; désormais, celle-ci englobera en principe tous les domaines, à quelques exceptions près, et ceci chaque année. Dans l'application du droit matériel, on a apporté quelques précisions et des modifications rédactionnelles pour tenir compte de la neuvième revision de l'AVS et des prescriptions plus strictes sur la perception des cotisations.

Des imperfections sont apparues à plusieurs reprises, au cours des dernières années, dans l'organisation et les méthodes de travail des caisses. Il faudra donc vérifier, dans tous les examens, le caractère adéquat de l'organisation et présenter au besoin un rapport à ce sujet. Dans le traitement automatique des informations, on veillera notamment à ce que les données traitées et les programmes soient protégés par des mesures suffisantes contre les pertes et les ingérences illicites.

Dans la revision finale, on prendra note désormais, outre diverses modifications, réductions et permutations, des contrôles concernant l'exécution de tâches par des tiers.

Les instructions tiennent compte des vœux exprimés par les réviseurs. Elles ont été discutées et commentées lors d'une réunion fort bien fréquentée qui avait été organisée par les associations professionnelles intéressées. On peut espérer que le nouveau document sera un instrument approprié pour lutter contre une certaine routine et améliorer la qualité des rapports.

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 1980

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

Source ¹ 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 1980. 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 1980. OCFIM 318.300

Arrêté fédéral instituant l'AC obligatoire (régime transitoire), du 8 octobre 1976 (RS 837.100). OCFIM

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

* = épuisé

1.2 Actes législatifs édictés par le Conseil fédéral

Règlement sur l'AVS (RAVS) du <i>31 octobre 1947</i> (RS 831.101). Nouvelle teneur avec toutes les modifications dans le «Recueil LAVS/RAVS», état au 1 ^{er} janvier 1980.	OCFIM 318.300
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 1980.	OCFIM 318.300
Règlement concernant l'administration du Fonds de compensation de l'AVS, du <i>7 janvier 1953</i> (RO 1953, 16), modifié par les ACF du 22 janvier 1960 (RO 1960, 83) et du 27 septembre 1963 (RO 1964, 640).	OCFIM
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 les directives concernant l'AVS/AI facultative, valables dès le 1 ^{er} juillet 1977. Modification du 5 avril 1978 (RO 1978, 443).	OCFIM 318.101
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 sur l'AC, du <i>14 mars 1977</i> (RS 837.11.).	OCFIM
Ordonnance abaissant le taux de cotisation en matière d'AC, du <i>27 juin 1979</i> (RO 1979, 1018).	OCFIM
Ordonnance sur l'entrée en vigueur intégrale de la neuvième révision de l'AVS, du <i>17 septembre 1979</i> (RO 1979, 1365). Contenue dans le «Recueil LAVS/RAVS», état au 1 ^{er} janvier 1980.	OCFIM 318.300
Ordonnance concernant l'exemption des rentiers AVS de l'obligation de payer des cotisations à l'AC, du <i>5 octobre 1979</i> (RO 1979, 1324).	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 la 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).	OFAS
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
Ordonnance sur les subsides 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>11 octobre 1972</i> (RO 1972, 2508).	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 (RO 1978, 1387). Publiée dans «Recueil LAVS/RAVS», état au 1 ^{er} janvier 1980.	OCFIM 318.300

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

1.4 Conventions internationales

<i>Danemark</i>	Convention relative aux assurances sociales, du 21 mai 1954 (RO 1955, 920). Arrangement administratif, du 23 juin 1955 (RO 1955, 790). Convention complémentaire, du 15 novembre 1962 (RO 1962, 1479).	OCFIM
<i>Suède</i>	Convention relative aux assurances sociales, du 17 décembre 1954 (RO 1955, 780).	OCFIM
<i>Tchécoslovaquie</i>	Convention sur la sécurité sociale, du 4 juin 1959 (RO 1959, 1767). Arrangement administratif, du 10 septembre 1959 (RO 1959, 1780).	OCFIM
<i>Bateliers rhénans</i>	Accord concernant la sécurité sociale (révisé), du 13 février 1961 (RO 1970, 175). Arrangement administratif, du 28 juillet 1967 (RO 1970, 212).	OCFIM
<i>Yougoslavie</i>	Convention relative aux assurances sociales, du 8 juin 1962 (RO 1964, 157). Arrangement administratif, du 5 juillet 1963 (RO 1964, 171) ¹ .	OCFIM 318.105
<i>Italie</i>	Convention relative à la sécurité sociale, du 14 décembre 1962 (RO 1964, 730). 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) 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>République fédérale d'Allemagne</i>	Convention sur la sécurité sociale, du 25 février 1964 (RO 1966, 622).	OCFIM 318.105
	Convention complétant celle du 24 octo- bre 1950, du 24 décembre 1962 (RO 1963, 939).	
	Convention complétant celle du 25 février 1964, du 9 septembre 1975 (RO 1976, 2048).	
	Arrangement concernant l'application de la convention, du 23 août 1967 (RO 1969, 735) ¹ .	
<i>Liechtenstein</i>	Convention en matière d'AVS/AI, du 3 septembre 1965 (RO 1966, 1272).	OCFIM 318.105
	Arrangement administratif, du 31 janvier 1967 (RO 1968, 400) ¹ .	
<i>Luxembourg</i>	Convention de sécurité sociale, du 3 juin 1967 (RO 1969, 419) ¹ .	OCFIM 318.105
	Avenant à la convention, du 26 mars 1976 (RO 1977, 2094).	OCFIM
	Arrangement administratif, du 17 février 1970 (RO 1979, 651).	OCFIM
<i>Autriche</i>	Convention de sécurité sociale, du 15 novembre 1967 (RO 1969, 12).	OCFIM 318.105
	Avenant à la convention, du 17 mai 1973 (RO 1974, 1168).	
	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) ¹ .	
	Deuxième avenant, du 30 novembre 1977 (RO 1979, 1595).	OCFIM
	Deuxième arrangement complémentaire, du 1 ^{er} février 1979 (RO 1979, 1949).	OCFIM
<i>Grande-Bretagne</i>	Convention de sécurité sociale, du 21 février 1968 (RO 1969, 260) 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>Etats-Unis d'Amérique du Nord</i>	Arrangement (échange de notes) concernant le versement réciproque de certaines rentes des assurances sociales, du 27 juin 1968 (RO 1968, 1664) ¹ .	OCFIM 318.105
<i>Turquie</i>	Convention de sécurité sociale, du 1 ^{er} mai 1969 (RO 1971, 1772). Arrangement administratif, du 14 janvier 1970 (RO 1976, 591) ¹ .	OCFIM 318.105
<i>Espagne</i>	Convention de sécurité sociale, du 13 octobre 1969 (RO 1970, 952). Arrangement administratif, du 27 octobre 1971 (RO 1976, 577) ¹ .	OCFIM 318.105
<i>Pays-Bas</i>	Convention de sécurité sociale, du 27 mai 1970 (RO 1971, 1039). Arrangement administratif, du 29 mai 1970 (RO 1975, 1915) ¹ .	OCFIM 318.105
<i>Grèce</i>	Convention de sécurité sociale, du 1 ^{er} juin 1973 (RO 1974, 1683) ¹ .	OCFIM 318.105
<i>France</i>	Convention de sécurité sociale, du 3 juillet 1975, avec protocole spécial (RO 1976, 2061) ¹ . Arrangement administratif, du 3 décembre 1976 (RO 1977, 1667).	OCFIM 318.105 OCFIM
<i>Portugal</i>	Convention de sécurité sociale, du 11 septembre 1975 (RO 1977, 291) ¹ . Arrangement administratif, du 24 septembre 1976 (RO 1977, 2208).	OCFIM 318.105 OCFIM
<i>Belgique</i>	Convention de sécurité sociale, du 24 septembre 1975 (RO 1977, 710). Arrangement administratif, du 30 novembre 1978 (RO 1979, 721).	OCFIM

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

1.5 Instructions de l'Office fédéral des assurances sociales

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

Circulaire sur l'assujettissement à l'assurance, du <i>1^{er} juin 1961</i> , avec supplément valable dès le <i>1^{er} janvier 1973</i> .	OCFIM 318.107.02 et 021
Directives sur les cotisations des travailleurs indépendants et des non-actifs, valables dès le <i>1^{er} janvier 1970</i> , avec suppléments valables dès les <i>1^{er} mai 1972</i> et <i>1^{er} janvier 1973</i> , et directives aux administrations fiscales concernant la procédure de communication du revenu aux caisses de compensation AVS, ainsi que la modification par circulaire du <i>14 juin 1973</i> . Supplément 3 valable dès le <i>1^{er} janvier 1975</i> et le <i>1^{er} janvier 1976</i> , supplément 4 valable dès le <i>1^{er} juillet 1975</i> , supplément 5 valable dès le <i>1^{er} septembre 1976</i> , supplément 6 valable dès le <i>1^{er} janvier 1979</i> . Circulaire du <i>28 décembre 1979</i> . Une nouvelle édition, valable dès le <i>1^{er} janvier 1980</i> , paraîtra prochainement.	OCFIM 318.102 318.102.05 318.102.06 318.102.061 OFAS 23.959 OCFIM 318.102.07 et 08 318.102.09 318.102.10 OFAS 32.461
Directives sur la perception des cotisations, valables dès le <i>1^{er} janvier 1974</i> , avec supplément 1 valable dès le <i>1^{er} juillet 1975</i> , supplément 2 valable dès le <i>1^{er} juillet 1976</i> , supplément 3 valable dès le <i>1^{er} janvier 1979</i> .	OCFIM 318.106.01 318.106.011, 012 et 013
Circulaire aux caisses sur les cotisations AVS/AI/APG des entrepreneurs postaux, du <i>18 juillet 1974</i> .	OFAS 25.412
Circulaire concernant la fixation et la réduction des cotisations et la situation économique actuelle, du <i>20 mai 1976</i> .	OFAS 27.938
Directives sur le salaire déterminant, valables dès le <i>1^{er} janvier 1977</i> , avec supplément 1 valable dès le <i>1^{er} janvier 1979</i> .	OCFIM 318.107.04 et 041
Circulaire sur la perception des cotisations dues à l'assurance-chômage obligatoire, du <i>22 avril 1977</i> , modifiée par circulaire du <i>13 décembre 1979</i> .	OFAS 29.264 32.409
Circulaire concernant les changements apportés par la neuvième révision de l'AVS dans le domaine des cotisations, du <i>17 mars 1978</i> .	OFAS 30.265
Circulaire sur les intérêts moratoires et rémunérateurs, valable dès le <i>1^{er} janvier 1979</i> .	OCFIM 318.107.11

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 <i>1^{er} janvier 1979</i> . Supplément 1 valable dès le <i>1^{er} janvier 1980</i> .	OCFIM 318.107.12 318.107.121
--	------------------------------------

1.5.2. Les prestations

Directives concernant les rentes, valables dès le <i>1^{er} janvier 1971</i> , complétées par le supplément valable dès le <i>1^{er} janvier 1974</i> et par un index alphabétique (état au <i>1^{er} janvier 1974</i>), ainsi que par la circulaire du <i>12 juillet 1976</i> sur la détermination des périodes de cotisations antérieures à l'année 1969 et par la circulaire du <i>27 octobre 1978</i> sur la nouvelle réglementation relative à la compétence des caisses de compensation.	OCFIM 318.104 318.104.2 318.104.3 OFAS 28.099 31.010
Circulaire concernant l'ajournement des rentes de vieillesse, valable à partir du <i>1^{er} janvier 1973</i> .	OCFIM 318.302
Circulaire sur les annonces au registre central des rentes au moyen de bandes magnétiques, du <i>9 mars 1973</i> , avec directives valables dès le <i>1^{er} janvier 1973</i> .	OFAS 23.512
Supplément aux directives concernant les rentes, du <i>1^{er} janvier 1974</i> , appendices:	OFAS
– N° 1: Modèles concernant l'établissement de la décision.	25.175*
– N° 2: Adaptation des numéros de renvoi.	OFAS 25.181
Circulaire concernant l'application de la révision de l'AVS de 1975 dans le domaine des rentes:	
– I du <i>12 juillet 1974</i> concernant les changements apportés à la loi et le calcul des nouvelles rentes	OFAS 25.415*
– II du <i>26 juillet 1974</i> concernant la conversion des rentes en cours (avec annexes)	OFAS 25.480*
Directives concernant l'annonce des augmentations au registre central des rentes, valables dès le <i>1^{er} octobre 1975</i> , avec liste des codes pour cas spéciaux (état au <i>1^{er} janvier 1979</i>).	OCFIM 318.106.06 318.106.10
Circulaires concernant l'augmentation des rentes de l'AVS/AI au <i>1^{er} janvier 1977</i> :	
– I du <i>16 juin 1976</i> (renseignements préliminaires et mesures préparatoires)	OFAS 28.028

– II du 30 juillet 1976 (conversion des rentes en cours)	OFAS 28.162/163*
– III du 13 septembre 1976 (modifications des lois et calcul des nouvelles rentes)	OFAS 28.307
– IV du 22 novembre 1976 (renseignements complémentaires)	OFAS 28.616
Circulaire sur la compensation des paiements rétroactifs de l'AVS/AI avec les créances en restitution des prestations de la CNA et de l'AM, du 6 avril 1977.	OFAS 29.204
Directives concernant l'annonce des diminutions au registre central des rentes, valables dès le 1 ^{er} novembre 1977.	OCFIM 318.106.07
Circulaires sur l'application de la neuvième révision de l'AVS dans le domaine des rentes (1 ^{er} janvier 1979):	
– I du 28 avril 1978 (renseignements sur les modifications en rapport avec cette révision)	OFAS 30.426
– II a du 31 mai 1978 (mesures préparatoires liées à l'insertion des rentes en cours dans le nouveau régime des rentes partielles)	OFAS 30.565
– II b du 31 juillet 1978 (insertion des rentes en cours dans le nouveau régime des rentes partielles)	OFAS 30.763
– III du 30 août 1978 (nouvelles conditions mises au droit aux prestations)	OFAS 30.801
– IV du 10 novembre 1978 (calcul et fixation des nouvelles rentes).	OFAS 31.106
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 et de l'AI, valable dès le 1 ^{er} janvier 1979, complétée par les circulaires des 13 mars, 6 avril, 23 mai et 16 juillet 1979.	OFAS 30.696 31.503 31.606 31.731 31.905
Circulaire sur la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-vieillesse, valable dès le 1 ^{er} janvier 1979.	OCFIM 318.303.01
Circulaire concernant la remise de fauteuils roulants aux frais de l'AVS, valable dès le 1 ^{er} janvier 1979.	OCFIM 318.303.03
Circulaires concernant l'application de la deuxième phase de la neuvième révision de l'AVS dans le domaine des rentes (1 ^{er} janvier 1980):	

– I du 25 juin 1979 (mesures préparatoires)	OFAS 31.841
– II a du 31 août 1979 (conversion des rentes en cours)	OFAS 32.075
– II b du 15 novembre 1979 (limites de revenu conditionnant l'octroi des rentes extraordinaires)	OFAS 32.302
– III du 10 décembre 1979 (calcul et fixation des nouvelles rentes).	OFAS 32.382

1.5.3. L'organisation

Circulaire N° 36 a concernant l'affiliation aux caisses de compensation, les changements de caisse et les cartes du registre des affiliés, du 31 juillet 1950, avec supplément du 4 août 1965. Modifications apportées par les directives sur le fichier des affiliés, valables dès le 1 ^{er} juillet 1979.	OCFIM 318.106.20 OFAS 54-9795* 12.098*
Circulaire sur l'assujettissement et l'affiliation des institutions de prévoyance d'entreprises, du 12 mai 1952.	OFAS 52-7674*
Circulaire aux caisses cantonales de compensation sur diverses questions qui se posent dans l'application de l'assurance-accidents dans l'agriculture, considérée comme «autre tâche», du 21 février 1956.	OFAS 56-1006
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 58-2823 59-4634*
Circulaire sur l'affranchissement à forfait, valable dès le 1 ^{er} juillet 1964, complétée par la circulaire du 27 décembre 1967.	OCFIM 318.107.03
Circulaire sur le contentieux, valable dès le 1 ^{er} octobre 1964, avec supplément I valable dès le 1 ^{er} janvier 1979. Complétée par la circulaire concernant la nouvelle législation fédérale sur la juridiction administrative, valable dès le 1 ^{er} octobre 1969, avec supplément I valable dès le 1 ^{er} janvier 1975.	OCFIM 318.107.05 et 051 OFAS 18.099.101* 28.859*

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 au microfilmage des CIC, du <i>15 juillet 1966</i> , complétée par la circulaire du 31 juillet 1975.	OFAS 13.550 26.821
Circulaire sur le contrôle des employeurs, valable dès le <i>1^{er} janvier 1967</i> , avec supplément 1 valable dès le 1 ^{er} janvier 1979.	OCFIM 318.107.08 et 081
Instructions aux bureaux de revision sur l'exécution des contrôles d'employeur, valables dès le <i>1^{er} janvier 1967</i> . Edition mise à jour, avec supplément valable dès le 1 ^{er} janvier 1973.	OCFIM 318.107.09
Directives concernant le certificat d'assurance et le compte individuel, valables dès le <i>1^{er} juillet 1972</i> , avec supplément V valable dès le 1 ^{er} janvier 1979 et supplément VI valable dès le 1 ^{er} janvier 1980.	OCFIM 318.106.02 318.106.026 et 027
Le numéro d'assuré. Valable dès le <i>1^{er} juillet 1972</i> .	OCFIM 318.119
Circulaire concernant la remise de légitimations pour facilités de transport pour les invalides (autres tâches, renoncement à une indemnisation, affranchissement à forfait), du <i>8 juin 1973</i> .	OFAS 23.939
Circulaire concernant les rapports de gestion annuels des caisses de compensation et des commissions AI, du <i>19 juillet 1974</i> .	OFAS 25.420
Directives concernant la tenue des CI par ordinateur, valables dès le <i>1^{er} avril 1975</i> .	OCFIM 318.106.05
Circulaire relative à la conservation des dossiers, valable dès le <i>1^{er} juillet 1975</i> .	OCFIM 318.107.10
Les nombres-clés des Etats. <i>31 juillet 1978</i> .	OCFIM 318.106.11
Directives sur la comptabilité et les mouvements de fonds des caisses de compensation, valables dès le <i>1^{er} février 1979</i> .	OCFIM 318.103
Directives sur le fichier des affiliés, valables dès le <i>1^{er} juillet 1979</i> .	OCFIM 318.106.20
Circulaire concernant l'annonce des rentes AI aux autorités fiscales, du <i>12 juillet 1979</i> .	OFAS 31.901
Instructions pour la revision des caisses de compensation AVS, valables dès le <i>1^{er} février 1980</i> .	OCFIM 318.107.07

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 1977*, avec supplément 1 valable dès le *1^{er} janvier 1979* et supplément 2 valable dès le *1^{er} janvier 1980*. OCFIM
318.101
318.101.2 et 3

1.5.5. Les étrangers et les apatrides

Circulaire N° 65 concernant la convention conclue entre la Suisse et le Royaume du Danemark en matière d'assurances sociales, du *22 mars 1955*. OFAS
55-104*

Circulaire N° 68 concernant la convention conclue entre la Suisse et la Suède en matière d'assurances sociales, du *30 août 1955*. OFAS
55-414*

Circulaire N° 74 concernant la convention conclue entre la Confédération suisse et la République de Tchécoslovaquie sur la sécurité sociale, du *15 décembre 1959*. OFAS
59-4654

Circulaire sur la convention de sécurité sociale avec la Grande-Bretagne, valable dès le *1^{er} avril 1969*. OFAS
18.492

Directives relatives au statut des étrangers et des apatrides, sur feuilles volantes, état au *1^{er} mars 1977*, 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 les conventions relatives à l'AVS et à l'AI avec les Etats suivants:

République fédérale allemande	Pays-Bas
Grèce	Autriche
Italie	Espagne
Yougoslavie	Turquie
Liechtenstein	Etats-Unis
Luxembourg	

- les instructions administratives relatives au statut juridique des réfugiés et apatrides dans l'AVS et l'AI;

- les instructions administratives sur le remboursement des cotisations versées par les étrangers à l'AVS.

1.5.6. Encouragement de l'aide à la vieillesse

Circulaire sur les subventions pour l'encouragement de l'aide à la vieillesse, valable dès le *1^{er} janvier 1979*, avec annexe «Liste des services cantonaux de coordination des mesures d'aide à la vieillesse» (juin 1979). OCFIM
318.303.02
et 021

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, du *1^{er} octobre 1978*. OCFIM
318.106.04

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 cotisations AVS/AI/APG dues par les indépendants et les non-actifs, valables dès le *1^{er} janvier 1979*, avec supplément I valable dès le *1^{er} janvier 1980*. OCFIM
318.114
et 114.1

Tables des rentes, valables dès le *1^{er} janvier 1980*. OCFIM
318.117.80

Tables des classes d'âge et indicateur d'échelles 1980, valables dès le *1^{er} janvier 1980* (pour les rentes nées à partir de cette date). OCFIM
318.117.801

Assurance facultative des ressortissants suisses résidant à l'étranger. Tables des cotisations AVS/AI, valables dès le *1^{er} janvier 1980*. OCFIM
318.101.1

Table 5,25% cotisations sur le salaire déterminant, valable dès le *1^{er} janvier 1980*. OCFIM
318.112.1

Table 0,25% cotisations sur le salaire déterminant pour l'AC, valable dès le *1^{er} janvier 1980*. OCFIM
318.112.2

Table de conversion des salaires nets en salaires bruts, valable dès le *1^{er} janvier 1980*. OCFIM
318.115

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 1979, avec complément du 1^{er} janvier 1980. OCFIM
318.500
318.500.1

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 1979. 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 1979. 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

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* (ne se trouve pas dans le RO, mais dans les directives concernant l'assurance facultative, 318.101). OCFIM
318.101

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

Ordonnance sur la rétribution des membres des commissions AI du *21 octobre 1974* (RO 1974, 1992). OCFIM

Reglement für den Spezialfonds zur Unterstützung in Not geratener 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 1979. OCFIM
318.500

Ordonnance concernant la limite inférieure des frais en cas de formation professionnelle initiale et le viatique dans l'AI, du 29 novembre 1976 (RO 1976, 2662). Publiée dans le «Recueil LAI/RAI/OIC», état au 1^{er} janvier 1979.

OCFIM
318.500

2.4 Conventions internationales

En matière d'assurances sociales, seules les conventions concernant les bateliers rhénans et celles conclues avec les pays suivants se rapportent à l'AI:

Belgique	Autriche
République fédérale d'Allemagne	France
Grèce	Pays-Bas
Grande-Bretagne	Bateliers rhénans
Italie	Espagne
Yougoslavie	Turquie
Liechtenstein	Etats-Unis
Luxembourg	Portugal

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 les mesures de réadaptation d'ordre professionnel, valable dès le 1^{er} janvier 1964, avec supplément valable dès le 1^{er} janvier 1968. Supplément 3 valable dès le 1^{er} janvier 1977 et supplément 4 valable dès le 1^{er} janvier 1979.

OCFIM
318.507.02
318.507.021,
023 et 024

Circulaire concernant la formation scolaire spéciale, valable dès le 1^{er} janvier 1968, modifiée par circulaires valables dès le 1^{er} janvier 1971 et le 1^{er} janvier 1975.

OCFIM
318.507.07
OFAS
19.981*
et 25.874

Circulaire concernant le remboursement des frais de voyage dans l'AI, valable dès le 1^{er} janvier 1973. Supplément 1 valable dès le 1^{er} janvier 1977.

OCFIM
318.507.01
et 011

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

OCFIM
318.507.15

Circulaire concernant les mesures de réadaptation et le droit à la rente chez des invalides ayant perdu leur poste de travail à la suite de fluctuations économiques, du 30 mai 1975.

OFAS
26.635

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 <i>1^{er} juillet 1975</i> .	OCFIM 318.507.16
Directives sur la remise des moyens auxiliaires, valables dès le <i>1^{er} janvier 1977</i> .	OCFIM 318.507.11
Circulaire sur la collaboration de l'AI avec les offices du travail et les caisses de chômage, du <i>23 août 1978</i> .	OFAS 30.784
Circulaire sur le traitement des graves difficultés d'élocution, valable dès le <i>1^{er} novembre 1978</i> .	OCFIM 318.507.14
Circulaire concernant les mesures médicales de réadaptation, valable dès le <i>1^{er} janvier 1979</i> , avec supplément 1 de juillet 1979.	OCFIM 318.507.06 et 061
<i>2.5.2. Les rentes, allocations pour impotents et indemnités journalières</i>	
Circulaire concernant l'application de la neuvième révision de l'AVS dans le domaine de l'AI (mesures de réadaptation, rentes AI, allocations pour impotents, indemnités journalières), du <i>14 avril 1978</i> .	OFAS 30.362
Directives concernant l'invalidité et l'impotence dans l'AI, du <i>1^{er} janvier 1979</i> .	OCFIM 318.507.13
	OCFIM 318.507.12
Circulaire concernant les indemnités journalières de l'AI, valable dès le <i>1^{er} février 1980</i> (manuscrit).	OFAS 31.267
<i>2.5.3. L'organisation et la procédure</i>	
Circulaire sur la procédure à suivre dans l'AI, valable dès le <i>1^{er} avril 1964</i> , avec supplément valable dès le <i>1^{er} janvier 1968</i> et supplément 2 valable dès le <i>1^{er} mai 1975</i> . Modification par la circulaire du 8 octobre 1976 concernant la procédure d'examen des infirmités congénitales dans le domaine de la médecine dentaire et par circulaire du 11 septembre 1978 concernant les examens médicaux dans les cas de rente.	OCFIM 318.507.03 318.507.031 et 032 OFAS 28.429 30.864
	OFAS 18.485
Circulaire concernant le paiement centralisé des salaires du personnel des offices régionaux AI, du <i>1^{er} janvier 1970</i> .	18.486

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 relative à la statistique des infirmités, valable dès le <i>1^{er} janvier 1972</i> .	OCFIM 318.507.09
Circulaire sur le paiement des prestations individuelles dans l'AI, valable dès le <i>1^{er} novembre 1972</i> .	OCFIM 318.507.04
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 26 mai 1978.	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> .	OFAS 26.309
Circulaire concernant la reconnaissance d'écoles spéciales dans l'AI, valable dès le <i>1^{er} janvier 1979</i> .	OCFIM 318.507.05
<i>2.5.4. L'encouragement de l'aide aux invalides</i>	
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 aux organisations de l'aide privée aux invalides, valable dès le <i>1^{er} janvier 1979</i> .	OCFIM 318.507.10
Circulaire sur l'octroi de subventions aux frais d'exploitation des ateliers d'occupation permanente pour invalides, valable dès le <i>1^{er} janvier 1979</i> .	OCFIM 318.507.19
Circulaire sur les subventions d'exploitation aux homes pour invalides, valable dès le <i>1^{er} janvier 1979</i> .	OCFIM 318.507.20
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

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 1976</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 1979</i> , avec complément du <i>1^{er} janvier 1980</i> , et dans le «Recueil des textes législatifs fédéraux et cantonaux concernant les PC» (feuilles volantes).	OCFIM 318.680 318.680.1 318.681
--	--

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 1979</i> et dans le «Recueil des textes législatifs fédéraux et cantonaux concernant les PC» (feuilles volantes).	OCFIM 318.680 318.681
--	-----------------------------

3.3 Prescriptions édictées par le Département fédéral de l'intérieur

Ordonnance relative à la déduction de frais de maladies 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 1979, et dans le «Recueil des textes législatifs fédéraux et cantonaux concernant les PC» (feuilles volantes).

OCFIM
318.680
318.681

3.4 Actes législatifs cantonaux

Contenus dans le «Recueil des textes législatifs fédéraux et cantonaux concernant les PC» (feuilles volantes).

OCFIM
318.681

3.5 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*

Instructions destinées aux organes de revision et de contrôle chargés de procéder à des examens auprès des institutions d'utilité publique accordant des prestations dans le cadre de la LPC, valables dès le 1^{er} mai 1974.

OCFIM
318.683.02

Directives concernant les PC, valables dès le 1^{er} janvier 1979. Supplément 1 valable dès le 1^{er} janvier 1980.

OCFIM
318.682
et 682.1

Circulaire concernant les prestations des institutions d'utilité publique dans le cadre de la loi fédérale sur les PC, valable dès le 1^{er} janvier 1979.

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 Lois fédérales et arrêtés fédéraux

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 1976. Ajouter les feuillets collants indiquant les modifications, valables dès le 1^{er} janvier 1979.

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 1976. Ajouter les feuillets collants indiquant les modifications, valables dès le 1^{er} janvier 1979.

OCFIM
318.700
et 700.1

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 (RO 1972, 1774).

OCFIM

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.

OCFIM
318.701

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.

OCFIM
318.702

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 1^{er} janvier 1976.

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 1^{er} janvier 1976.

OCFIM
318.703

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 1^{er} janvier 1976.

OCFIM
318.116

¹ Office fédéral de la protection civile.

Problèmes d'application

Restitution de prestations de l'AVS et de l'AI indûment touchées; commentaire de l'arrêt du TFA du 13 août 1979 en la cause J. C. (v. p. 120)

Dans cet arrêt, le TFA a établi des règles concernant la restitution des prestations AVS/AI indûment touchées; ces règles sont particulièrement importantes.

Selon l'article 47, 1^{er} alinéa, LAVS, les prestations indûment touchées doivent être, dans tous les cas, restituées, sous réserve d'une remise éventuelle.

Le Tribunal admet que cette prescription est applicable par analogie à l'AI en vertu de l'article 49 LAI, mais seulement dans une mesure limitée, là où les dispositions d'exécution (art. 85, 2^e al., RAI en corrélation avec l'art. 88 bis, 2^e al., lettres a et b, RAI nouveau) n'énoncent pas, eu égard à des circonstances spéciales, une réglementation particulière.

Ces prescriptions spéciales de l'AI admettent que l'on corrige des prononcés de commissions AI en cas de révision de prestations ou de reconsidération, mais seulement pour l'avenir. Une modification rétroactive n'est possible que s'il y a eu violation de la règle concernant l'avis obligatoire.

Selon le Tribunal, cette différence entre l'AVS et l'AI se justifie, et elle est compatible avec la norme de délégation (l'art. 49 LAI renvoie à l'application par analogie de l'art. 47, 1^{er} al., LAVS), dans les cas où il faut prendre en considération, lorsqu'il est question de droit aux prestations de l'AI, des critères appartenant *spécifiquement* au droit de l'AI, par exemple erreur commise dans l'évaluation de l'invalidité, appréciation erronée de la nécessité ou de l'utilité de mesures médicales ou professionnelles. Cependant, cette différenciation n'est pas indiquée là où des questions touchant les conditions d'assurance, les bases de calcul, etc., qui se posent de la même manière dans les cas de rentes AVS et les cas de rentes AI, sont traitées par l'administration d'une façon manifestement erronée. Dans ces cas-là, il faut appliquer d'une manière uniforme les règles de l'AVS sur la restitution des prestations indûment touchées, ou sur la remise de l'obligation de les restituer.

Les organes de l'AI doivent donc, *dans chaque cas*, examiner si la faute qui donne lieu à une reconsidération d'une ancienne décision concerne un facteur propre à l'AVS ou appartenant au droit de l'AI.

Pratiquement, cela signifie que les prononcés des commissions AI, rendus en vertu de l'article 60 LAI, ne peuvent en général (sous réserve d'une violation de l'avis obligatoire) être corrigés avec effet rétroactif, alors que les décisions rendues par les caisses en vertu de leur propre compétence et indépendamment des constatations d'une commission AI peuvent être soumises à une modification rétroactive.

Dépôt de moyens auxiliaires

Le centre de travail de Brändi, à Horw, a remis à la fondation Pro Senectute, Lucerne, un dépôt de moyens auxiliaires à partir du 15 octobre 1979. Pro Senectute possède à Lucerne, à la Tribtschenstrasse 18, son propre atelier pour les personnes âgées et invalides; elle est en mesure de s'occuper correctement de moyens auxiliaires, notamment de fauteuils roulants.

Ce dépôt est ouvert:

- le lundi de 8 h. à 12 h.
- le jeudi de 13 h. 30 à 17 h. 30.

Toute remise ou restitution personnelle de moyens auxiliaires doit être annoncée préalablement par téléphone à A. Trachsel, surveillant du dépôt. Son numéro de téléphone est (041) 44 14 17 ou 22 68 81.

L'annexe 1 des directives sur la remise de moyens auxiliaires sera complétée en conséquence.

En bref

L'AVS à l'OLMA de 1979

Les caisses de compensation cantonales et professionnelles de la Suisse orientale s'efforcent, depuis quelque temps, de satisfaire les besoins de la population en matière d'informations sur l'AVS et autres institutions sociales. Elles ont déjà fait de bonnes expériences, notamment, en participant à des expositions. Le rapport ci-après, qui évoque ces louables activités, a été envoyé à la RCC par les caisses intéressées.

En automne 1978, pour la première fois, les caisses cantonales de compensation de la Suisse orientale et l'Association des caisses professionnelles, groupe Zurich et Suisse orientale, ont présenté avec succès, à l'exposition «Züspsa», un stand d'information consacré à l'AVS. En 1979, du 11 au 21 octobre, un stand analogue a été ouvert à l'OLMA de Saint-Gall par huit caisses cantonales et seize caisses professionnelles, avec la collaboration de 83 fonctionnaires. Le succès a été encore plus grand qu'à la Züspsa; chaque jour, on a vu jusqu'à 300 personnes y demander des conseils à propos des divers secteurs de la sécurité sociale. Voici un tableau des renseignements fournis:

		Nombre de renseignements
AVS (rentes)	Montant	839
	Droit aux rentes, quand?	219
	Droits de l'épouse	204
	Divers	384
AVS (cotisations)	Non-actifs	119
	Indépendants	95
	Salariés	52
	Financement et divers	20
AI		452
PC		263
APG		41
Allocations pour enfants		27
Remerciements		6
Réclamations		5
Etrangers et Suisses à l'étranger		39
Divers		90
	Total	<u>2855</u>

Les frais de ce stand, supportés à parts égales par les deux groupes de caisses, se sont élevés à un peu plus de 10 000 francs. Ils ne comprennent cependant pas les frais de personnel et de voyage, assumés par chacune des caisses participantes pour les agents qu'elle avait délégués sur les lieux.

Le succès de ce stand a été dû certainement aussi à la propagande. La presse, la TV et la radio ont reçu des collections de documents sur l'AVS et ont été tenues au courant, jour après jour, particulièrement en Suisse orientale, de l'état actuel des questions.

Après l'OLMA, on a procédé à un sondage auprès des caisses intéressées pour connaître leur opinion sur ce genre d'information; le résultat a été tout à fait positif. On a constaté notamment:

- que ce stand d'information pouvait être considéré comme une chose très utile et que les questionneurs avaient été satisfaits des réponses reçues;
- que c'est là une des meilleures possibilités de rendre l'AVS/AI vraiment populaire;
- que les caisses de compensation s'étaient engagées sur la bonne voie en adoptant ce genre d'information et qu'il faudrait absolument continuer ainsi.

Les deux groupes de caisses, encouragés par ces succès, ont l'intention d'organiser à l'avenir, à l'OLMA et à la Züspa, des stands d'information identiques. Le nombre élevé des personnes qui les ont visités prouve que la population apprécie et souhaite des informations données de cette manière. En outre, l'activité ainsi déployée par les caisses offre une excellente occasion de former et de développer le personnel affecté à cette besogne. Le contact direct avec la population était une chose toute nouvelle pour la plupart de ces collaborateurs, mais ce fut aussi une expérience très salutaire.

Nous saisissons l'occasion pour remercier cordialement les caisses et leurs agents qui ont organisé et animé ces stands d'information.

Werner Stettler,
gérant de la caisse de compensation
des arts et métiers de Saint-Gall

Les interventions parlementaires pendant la législature 1975-1979

Pendant la période de quatre ans qui a pris fin en novembre 1979, les membres des Chambres fédérales ont fait un usage abondant de leur droit de poser des questions au gouvernement et de lui confier des mandats au moyen d'interventions parlementaires. Celles-ci ont, une fois de plus, été consacrées souvent aux assurances sociales ; on en a compté 148 rien que pour les branches d'assurances gérées par l'OFAS. Ces interventions (sans l'AC et l'assurance militaire) se répartissent de la manière suivante:

Assurances sociales en général	5
AVS et prévoyance professionnelle	53
AI	38
PC	3
Assurance-maladie et maternité	33
Assurance-accidents	7
APG	4
Allocations familiales, protection de la famille	5
	148

Il y a donc eu en moyenne 37 interventions par an sur ces régimes d'assurance; pendant la dernière année (élections!), on en a compté 53.

Si l'on considère la nature de ces interventions, on constate qu'un tiers d'entre elles, environ, étaient des questions ordinaires; un autre tiers se composait de postulats, environ un sixième de motions, et un peu plus du dixième d'interpellations.

Interventions parlementaires

Motion Forel, du 13 décembre 1979, concernant une réforme de la LAI

M. Forel, conseiller national, a présenté la motion suivante:

«Le Conseil fédéral est invité à présenter une réforme sur la loi d'AI fédérale sur les points suivants:

1. La notion actuelle de 100 pour cent ou de 50 pour cent de rente d'invalidité doit être modulée.
2. L'aide à la création d'ateliers et d'emplois régionaux pour handicapés doit être renforcée.
3. L'occupation des invalides dans les administrations doit être instituée.»

(19 cosignataires.)

Postulat Carobbio, du 12 décembre 1979, concernant le traitement des infirmités congénitales dans l'AI

M. Carobbio, conseiller national, a présenté le postulat suivant:

«Selon l'article 13 LAI, toute personne souffrant d'une infirmité congénitale prévue sous chiffre 181 de l'OIC a droit à des mesures médicales jusqu'à la fin du mois au cours duquel elle a accompli sa 20^e année. Une fois passé ce délai, l'assurance n'assume plus aucune dépense, même si les mesures ont commencé à être appliquées avant.

Le Conseil fédéral est invité à examiner s'il ne conviendrait pas de modifier le 4^e alinéa de l'article premier de l'OIC, pour que, du moins lorsque les mesures ont débuté avant l'âge de 20 ans, la prise en charge des dépenses qui en découlent soit assurée au-delà de cette limite.»

(16 cosignataires.)

Informations

Les PC en 1979

En 1979, les cantons ont versé des PC à l'AVS/AI pour une somme totale de 392,3 millions de francs. La part des PC à l'AVS a été de 325,0 millions; celle des PC à l'AI, de 67,3 millions. La comparaison avec les prestations de l'année précédente donne une augmentation de 3,6 millions (0,9 pour cent).

La Confédération a versé une contribution totale de 200,6 millions. Elle a puisé les ressources nécessaires dans le fonds spécial prévu par l'article 111 LAVS (imposition du tabac et des boissons distillées).

Le tableau ci-dessous montre l'évolution des PC pendant les cinq dernières années.

Dépenses de la Confédération et des cantons pour les PC

Années	Dépenses totales	Part de la Confédération	Part des cantons
1975	299,1	154,5	144,6
1976	313,8	162,0	151,8
1977	375,4	193,6	181,8
1978	388,7	200,1	188,6
1979	392,3	200,6	191,7

Tirage à part «Regards sur l'histoire de l'AVS»

Des commandes en nombre suffisant étant parvenues à l'OFAS, la série d'articles sur l'histoire de l'AVS, publiée dans la RCC 1979, numéros 8 à 12, paraîtra aussi sous forme d'une brochure en allemand et en français. Cette publication sera envoyée dans le courant du mois de mars aux personnes qui l'ont commandée. Un stock, restreint il est vrai, sera à la disposition d'autres amateurs éventuels; ceux-ci voudront bien s'adresser à l'Office central fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne; le numéro de commande est 318.320.09.

Le service des recours de l'OFAS

La neuvième révision de l'AVS a institué, dès le 1^{er} janvier 1979, le recours contre le tiers responsable dans l'AVS et l'AI. Pendant la phase initiale, les travaux occasionnés par ce nouveau système ont été exécutés par le service général de la division des cotisations et des prestations. Etant donné la quantité croissante de ces travaux, et compte tenu de l'importance financière, pour l'AVS et l'AI, des recettes provenant de ces recours, cette tâche est confiée désormais à une section autonome, qui dépend directement du chef de

la division principale. Le chef de cette section est M^e *Fernand Goldschmidt*; le suppléant de celui-ci est M^e *Lukas Denger*.

Caisse de compensation du canton de Lucerne et caisse de compensation communale de Lucerne

Au début de l'exercice 1980, la caisse de compensation communale de Lucerne (3.110) est devenue une agence communale B. Elle assume, dès le 1^{er} février, sous le nom d'agence AVS de la ville de Lucerne, les tâches ordinaires d'une agence communale B, sans les tâches supplémentaires.

Les tâches supplémentaires assumées jusqu'ici par la caisse communale de compensation – en particulier l'encaissement des cotisations, la tenue des CI, la remise des certificats d'assurance, le paiement des APG – sont reprises désormais par la caisse de compensation du canton. Toutes les demandes et questions concernant l'ancienne caisse 3.110 doivent donc être adressées à la caisse 3 (caisse cantonale).

Nouvelles personnelles

Caisse de compensation des cafetiers et restaurateurs

Le gérant, *Hans Stamm*, a pris sa retraite le 31 décembre 1979. Le comité de direction a nommé son successeur en la personne de *Hans-Jörg Wehrli*.

Commission AI Neuchâtel

M^{me} *Renée Cattin-Robert*, avocate, a quitté la présidence de cette commission à la fin de l'année 1979. Le Conseil d'Etat neuchâtelois a nommé son successeur à la tête de la commission; c'est M^e *Thierry Lacroix*, avocat.

Répertoire d'adresses AVS/AI/APG

Page 17, caisse de compensation 69, Transport.

Nouvelle adresse postale: Case postale 2261, 3001 Berne.

Jurisprudence

AVS/Cotisations

Arrêt du TFA, du 1^{er} février 1979, en la cause H. B.
(traduction de l'allemand).

Article 5, 2^e alinéa, LAVS. Les agents exercent en règle générale une activité salariée. L'existence d'une activité indépendante ne peut être admise que si l'agent dirige, à ses frais, une entreprise ayant ses propres locaux et son propre personnel et supporte ainsi un réel risque d'entrepreneur. (Confirmation de la pratique.)

Articolo 5, capoverso 2, LAVS. Gli agenti esercitano in generale un'attività dipendente. L'esistenza di un'attività indipendente può essere ammessa solamente se l'agente dirige, a suo carico, un'azienda aventi locali propri e personale proprio, sopportando in tal modo un rischio effettivo d'imprenditore. (Conferma della prassi.)

H. B. est titulaire d'une maison d'éditions. Les 1^{er} et 6 mars 1976, il conclut avec A. G., chef d'une agence de publicité dite agence D., un contrat par lequel il lui abandonnait l'acquisition des annonces de sa revue périodique. Précédemment, cette tâche avait été assumée par D. S.A. en vertu d'un contrat du 5 septembre 1973. Les droits découlant de ce contrat et d'un accord analogue conclu avec une autre société anonyme furent achetés par A. G. par convention des 9 mars et 26 mai 1976, moyennant le paiement d'une somme de 45 000 francs; en même temps, A. G. obtenait le droit de nommer son agence «D.-Publicité». La caisse de compensation du canton de Z. refusa de considérer A. G. comme un indépendant. La caisse d'un autre canton, celui de B., informa alors l'éditeur H. B., par décision du 3 mai 1977, qu'il devait payer les cotisations paritaires, en qualité d'employeur, sur les indemnités versées dès le 1^{er} juin 1976 à A. G. Elle ordonna en même temps, pour la période expirant le 30 avril 1977, le paiement de cotisations arriérées, d'un montant de 912 fr. 30. H. B. recourut en alléguant qu'A. G. était de condition indépendante. Le tribunal cantonal admit ce recours par jugement du 7 décembre 1977. La caisse ayant interjeté recours de droit administratif, le TFA a accepté celui-ci pour les motifs suivants:

1. a. Dans la mesure où le recours concerne la réclamation de cotisations pour la caisse cantonale d'allocations familiales, le TFA n'a pas à l'examiner, ce tribunal ne pouvant connaître que d'affaires relevant du droit fédéral (art. 132, en corrélation avec l'art. 104, lettre a, OJ).

b. Le présent procès ne concerne pas l'octroi ou le refus de prestations d'assurance. Il faut donc se borner à examiner si l'autorité de première instance a commis une violation du 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 encore s'ils ont été établis 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).

2. L'obligation qui est imposée aux personnes actives, par le droit des assurances sociales, de payer des cotisations dépend entre autres de la qualification du revenu; le revenu du travail obtenu pendant un certain laps de temps provient-il d'une activité indépendante ou d'une activité salariée? (Voir art. 5 et 9 LAVS, art. 6 ss RAVS.) Pour déterminer, dans un cas particulier, si l'on a affaire à une activité indépendante ou salariée, il faut, selon la jurisprudence, considérer non pas la nature juridique du contrat qui lie les partenaires, mais les circonstances économiques. On doit généralement considérer comme personne exerçant une activité dépendante celle qui travaille pour le compte d'un employeur pour un temps déterminé ou indéterminé et qui dépend de lui au point de vue de l'économie de l'entreprise et de l'organisation du travail. Dans ce cas, le défaut du risque de l'entrepreneur a généralement une grande importance. Selon l'article 9, 1^{er} alinéa, LAVS, est réputé en revanche provenir de l'exercice d'une activité indépendante « tout revenu du travail autre que la rémunération pour un travail accompli dans une situation dépendante ». La jurisprudence désigne en particulier comme personne exerçant une activité indépendante celui qui, sans être soumis de façon déterminante aux instructions d'autrui, exploite sa propre affaire selon le principe de la libre entreprise ou participe à sa direction sur un pied d'égalité (RCC 1978, pp. 412, 517 et 519; ATF 101 V 253, RCC 1976, p. 232; ATF 98 V 19, RCC 1972, p. 552; ATF 97 V 137 et 218, RCC 1972, pp. 331 et 628).

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 TFA est donc parvenu à la conclusion que les représentants de commerce, vu la nature de leur activité et leurs conditions de travail, ne peuvent être considérés comme des travailleurs indépendants au regard de l'AVS que dans des cas tout à fait exceptionnels. A propos des agents, il a notamment déclaré que, du point de vue de l'AVS, ceux-ci sont en général des salariés, avant tout pour le motif que 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. Le TFA s'est toujours opposé à la conception selon laquelle, en cas de contrat d'agence, il faudrait admettre l'existence d'une activité indépendante (ATF 97 V 137 = RCC 1972, p. 331; dans cet arrêt, on voudra bien lire, à la fin du 3^e al. de la p. 331: Par ailleurs, il est rare qu'ils supportent... Voir aussi RCC 1971, p. 90, et ATFA 1959, p. 28 = RCC 1959, p. 296).

3. L'autorité de première instance a motivé son jugement en constatant, dans l'essentiel, qu'A. G. devait supporter d'importantes dépenses en payant le loyer des locaux commerciaux et qu'il assumait ainsi un risque économique sensiblement plus grand que celui d'un agent ou voyageur de commerce moyen. Cependant, cette affirmation est manifestement inexacte; elle ne peut donc lier le TFA (art. 105, 2^e al., OJ). Ainsi que la recourante le dit dans son acte de recours de droit administratif – affirmation confirmée d'ailleurs dans le préavis de l'intimé et d'A. G. appelé en cause – A. G. effectue ses travaux pour l'intimé dans son propre appartement et non pas dans des locaux spécialement loués à cet effet. Certes, le montant du loyer qui doit être payé pour l'exercice de cette activité n'est pas indiqué par le dossier, mais la déclaration de la recourante, selon laquelle il ne s'agit là que de frais minimes, n'est pas contestée par l'intimé, ni par A. G. Un risque économique ne peut pas non plus être admis en invoquant le § 11 du contrat du 1^{er}/6 mars 1976. C'est manifestement à tort que l'autorité de première instance prétend qu'il y a là un «risque ducroire». Ladite disposition ne prévoit nullement une responsabilité de l'agent pour l'insolvabilité des clients; elle exprime bien plutôt, simplement, qu'A. G. perd sa provision dans certains cas qu'elle définit. En outre, on ne peut pas non plus voir un risque économique dans le fait qu'A. G. a dû payer

45 000 francs selon le contrat avec D. S.A. Ce contrat indique clairement que cette somme – contrairement à ce qui a été dit dans le préavis – ne représentait pas un investissement; ce n'était qu'une indemnité pour les droits aux commissions que D. S.A. possédait en raison des affaires dont elle s'occupait encore et qu'elle cédait à A. G. selon cet accord. Enfin, rappelez qu'A. G. n'emploie pas de personnel.

Ces arguments, à eux seuls, montrent qu'A. G. ne supporte pas de risque d'entrepreneur. On peut invoquer en outre, pour prouver le caractère dépendant de son activité, le genre de la rétribution versée. Les dispositions du contrat sur les rémunérations et commissions indiquent qu'A. G. est payé non pas par les clients, mais par l'intimé. Les affaires conclues sont confirmées envers les clients par l'intimé et non pas par A. G. La facturation se fait de la même manière. De plus, l'intimé met à la disposition de l'agent un matériel abondant pour ses travaux de publicité (§ 3 du contrat). Selon le § 4, A. G. doit informer l'intimé, au fur et à mesure et d'une manière complète, sur ses travaux. Toutes ces circonstances permettent également de conclure résolument à l'existence d'une activité salariée. Le fait qu'A. G. doit supporter les frais occasionnés par son travail ne saurait modifier cette conclusion. Ceci vaut aussi en ce qui concerne la question de la soumission d'A. G. à des directives étrangères. L'autorité de première instance nie cette soumission; la recourante, elle, en se référant aux §§ 4 et 6 du contrat, conclut que l'intimé a le droit de donner des instructions. Cette question, cependant, peut rester en suspens. En effet, même si l'opinion de la recourante devait être rejetée, le résultat ne pourrait en être influencé d'une manière décisive, étant donné les nombreux critères qui parlent en faveur d'une activité salariée.

On peut donc conclure, en résumé, qu'A. G. est à considérer – pour le travail accompli en faveur de l'intimé – comme salarié, ainsi que la caisse l'a dit pertinemment dans sa décision du 3 mai 1977. La lettre écrite par la caisse le 2 mai 1978, et produite après coup, ne peut inciter à adopter un autre point de vue; d'ailleurs, on ne sait si ce document concerne vraiment les rapports entre A. G. et l'intimé.

4. Rien n'indique que la caisse ait mal calculé le montant de la créance; l'intimé ne l'a d'ailleurs pas non plus prétendu.

5. ...

AVS/Rentes

Arrêt du TFA, du 28 mars 1979, en la cause I. B.
(traduction de l'allemand).

Article 25, 2^e alinéa, LAVS. C'est la fin du semestre suivi en dernier lieu et non pas la date de l'exmatriculation qui marque la fin de la formation scolaire.

Articolo 25, capoverso 2, LAVS. Per stabilire il termine della formazione universitaria non è determinante la data della cancellazione dalla matricola, bensì la fine del semestre seguito per ultimo.

Extrait des considérants:

1. ...

2. a. ...

b. Dans son jugement, l'autorité de première instance estime qu'en l'espèce, les études n'ont pris fin que lors de l'exmatriculation en octobre 1977. L'OFAS, qui a interjeté recours,

objecte que l'exmatriculation n'est qu'une formalité; de l'accomplissement de cet acte, on ne peut conclure que l'étudiant ait, jusqu'à présent, suivi une formation. Le TFA partage cet avis. Effectivement, et comme l'expérience le montre, le choix de la date de l'exmatriculation incombe, dans une large mesure, à l'étudiant lui-même. Même les étudiants qui ont terminé leurs études ou les ont abandonnées peuvent être encore immatriculés. Si l'on se fondait sur la date de l'exmatriculation pour déterminer le moment où s'éteint le droit à une rente d'orphelin, les prestations de ce genre devraient, le cas échéant, être accordées à des personnes qui, en fait, ne suivent plus une formation.

Comme le révèle le dossier, l'ayant droit a étudié pendant le semestre d'hiver 1976/1977 et le semestre d'été 1977. Celui-ci a pris fin le 15 juillet. Personne ne prétend que l'intéressé ait encore étudié un certain temps après cette date; les pièces du dossier ne font aucune allusion à une telle continuation. Dans ces conditions, c'est avec raison que la caisse de compensation a admis l'extinction du droit à la rente d'orphelin à la fin de juillet 1977.

AVS/AI/Contentieux

Arrêt du TFA, du 28 mai 1979, en la cause R. B.
(traduction de l'allemand).

Article 101, lettre b, OJ; article 85, 2^e alinéa, lettre f, LAVS. Les jugements des autorités cantonales de recours concernant les frais de procédure et les dépens peuvent être attaqués par la voie du recours de droit administratif. (Considérant 2.)

Article 85, 2^e alinéa, lettre f, LAVS. Le droit cantonal peut restreindre aux seuls avocats la représentation dans la procédure devant l'autorité cantonale de recours. (Considérant 3.)

Article 85, 2^e alinéa, lettre f, LAVS. L'autorité cantonale de recours qui a admis comme représentant d'un justiciable, sans opposition, une personne ne possédant pas le brevet d'avocat ne peut pas invoquer le défaut du pouvoir de représentation seulement lorsque se pose la question des dépens. (Considérant 3.)

Article 159 OJ; article 85, 2^e alinéa, lettre f, LAVS. Dans la procédure suivie devant l'autorité cantonale de recours et devant le TFA, le justiciable a droit en principe aux dépens, même si son représentant n'est pas avocat. (Considérant 4.)

Article 159, 3^e alinéa, OJ; article 85, 2^e alinéa, lettre f, LAVS. Le recourant qui obtient seulement un succès partiel d'une certaine importance a droit au moins à un remboursement partiel, d'une certaine importance aussi, de ses frais. (Considérant 5.)

Articolo 101, lettera b, OG; articolo 85, capoverso 2, lettera f, LAVS. Le sentenze delle autorità cantonali di ricorso concernenti le spese processuali e legali possono essere impugnate con ricorso di diritto amministrativo. (Considerando 2.)

Articolo 85, capoverso 2, lettera f, LAVS. Il diritto cantonale può limitare ai soli avvocati la rappresentanza nella procedura davanti all'autorità cantonale di ricorso. (Considerando 3.)

Articolo 85, capoverso 2, lettera f, LAVS. L'autorità cantonale di ricorso che ha ammesso, senza opposizione, quale rappresentante una persona non munita dell'abilitazione professionale di avvocato non può invocare il difetto della facoltà di rappresentanza soltanto quando si pone la questione delle spese legali. (Considerando 3.)

Articolo 159 OG; articolo 85, capoverso 2, lettera f, LAVS. Nella procedura davanti all'auto-

rità cantonale di ricorso e al TFA, esiste, in linea di massima, una pretesa alle spese legali, anche quando il rappresentante non è avvocato. (Considerando 4.)

Articolo 159, capoverso 3, OG; articolo 85, capoverso 2, lettera f, LAVS. Il ricorrente che ottiene soltanto un successo parziale di un certo rilievo ha diritto almeno a una rifusione parziale, pure di una certa importanza, delle sue spese. (Considerando 5.)

R. B. a chargé un représentant (non avocat) de recourir contre une décision de la caisse de compensation. L'autorité de recours a refusé d'accorder les dépens parce que R. B. n'avait pas obtenu entièrement gain de cause et que son représentant n'était pas avocat. Le TFA a admis, pour les motifs suivants, le recours de droit administratif interjeté contre ce jugement de première instance:

1. Le seul objet du recours de droit administratif est de savoir si c'est à tort ou à raison que le recourant n'a pas obtenu de dépens en procédure de première instance. Il faut se demander d'abord si ce jugement concernant les frais peut être attaqué séparément par recours de droit administratif.

2. 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, lettres b à h, OJ, en matière d'assurances sociales. En ce qui concerne la définition des décisions qui peuvent être attaquées par de tels recours, l'article 97, 1^{er} alinéa, OJ renvoie à l'article 5 PA. Selon le 1^{er} alinéa de cet article 5, on considère comme décisions les mesures prises par les autorités dans des cas d'espèce, fondées sur le droit public fédéral (et remplissant encore d'autres conditions, définies par cette disposition).

Selon l'article 101, lettre b, OJ, le recours de droit administratif n'est pas recevable contre les décisions sur les frais de procédure et les dépens si le recours n'est pas ouvert sur le fond. Il en résulte que ce genre de recours peut être interjeté contre des décisions sur des frais de procédure et des dépens, qui se fondent sur le droit fédéral, lorsque le recours est ouvert sur le fond.

Le jugement de l'autorité de première instance sur le fond du litige correspond à la définition de la décision que donne l'article 5 PA. Il est régi par l'article 98, lettre g, OJ et n'est soustrait au recours de droit administratif par aucune disposition d'exclusion. Le TFA doit donc examiner un recours de droit administratif interjeté contre une décision qui concerne des dépens lorsque celle-ci se fonde sur le droit public fédéral.

L'article 85, 2^e alinéa, LAVS charge les cantons de régler la procédure; cependant, il prévoit, sous lettre f, que le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens, ainsi que de ceux de son mandataire, dans la mesure fixée par le juge.

Ainsi, le remboursement des frais dans les affaires de recours en matière d'AVS est fondé sur le droit public fédéral. Par conséquent, un jugement rendu à ce sujet par une autorité cantonale peut être attaqué par la voie du recours de droit administratif. En l'espèce, il faut donc examiner le recours.

3. Le tribunal a reconnu (cf. ATFA 1965, p. 223) que dans l'assurance militaire, le droit de représentation devant le tribunal cantonal des assurances est régi par les prescriptions cantonales. Lorsque celles-ci limitent le droit de représentation aux seuls avocats, il ne faut pas y voir une violation des prescriptions de procédure de la LAM (donc du droit fédéral). Dans un autre arrêt (ATF 99 V 122, consid. 2), le TFA a constaté que la même règle devait être appliquée dans les causes relatives à l'assurance-maladie, étant donné la concordance existant à cet égard entre les articles 56 LAM et 30 bis LAMA. Puisque des prescriptions sur l'assistance judiciaire ont la même teneur dans l'AVS que dans l'assurance-maladie (art. 85, 2^e al., lettre f, phrases 1 et 2, LAVS; art. 30 bis, lettre f, phrases 1 et 2, LAMA), cette pratique est valable aussi dans le domaine de l'AVS. Ainsi, les cantons ont la compétence de limiter aux seuls avocats le droit de représenter un justiciable.

L'autorité de première instance a rappelé que selon le § 1^{er} de la loi cantonale sur la profession d'avocat, seuls les avocats peuvent représenter et assister professionnellement les

parties dans un procès civil; cette prescription vaut aussi pour la procédure suivie devant la commission de recours AVS. Cette question peut cependant rester en suspens dans la présente affaire; ce qui est déterminant, c'est de savoir que l'autorité de première instance a, dans l'espèce, ainsi que dans d'autres cas, admis comme représentant le fidéi-commis-saire K. G. qui n'a pas le brevet d'avocat. Ce tribunal ne peut donc invoquer le défaut du pou-voir de représentation seulement lorsque se pose la question des dépens.

4. L'article 85, 2^e alinéa, lettre f, LAVS ne parle pas du remboursement de frais d'avocat; il se borne à prévoir, d'une manière générale, le remboursement des frais du mandataire. Cette règle de l'AVS est aussi valable pour l'AI (art. 69 LAI), pour les PC (art. 7, 2^e al., LPC), pour les APG (art. 24, 2^e al., LAPG) et pour les allocations familiales (art. 22, 3^e al., LFA), ainsi que pour l'assurance militaire (art. 56, 1^{er} al. lettre e, LAM). En revanche, le législateur n'a pas prévu d'obligation concernant les dépens dans les procès intentés à une caisse-maladie (art. 30 bis LAMA) ou à la CNA (art. 121 LAMA). Voir aussi, à ce sujet, ATF 98 V 122 et 97 V 190.

Se fondant sur ces prescriptions, le TFA a reconnu en principe, dans la procédure de der-nière instance, un droit aux dépens même dans les cas où le représentant n'est pas avocat. Il a admis en outre tacitement que ce principe est valable aussi pour la procédure suivie devant les autorités de recours cantonales (ATF 102 V 27, RCC 1976, p. 274). On doit donc conclure que le droit de principe aux dépens ne peut être nié parce que le représentant du recourant n'a pas le brevet d'avocat; le droit fédéral assure toujours au recourant qui a obtenu gain de cause, dans un procès d'AVS, le remboursement de ses frais de représen-tation. Par conséquent, l'autorité de première instance ne pouvait refuser les dépens en alléguant que le représentant du recourant n'était pas avocat.

5. L'article 85, 2^e alinéa, lettre f, LAVS prévoit que le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens. Il faut donc se demander si un rembour-sement partiel doit être accordé à un recourant qui a obtenu partiellement gain de cause. Selon l'article 159 OJ et plusieurs arrêts du TFA (notamment ATFA 1967, p. 215), les dépens sont accordés également au recourant qui n'a obtenu que partiellement gain de cause; ils peuvent cependant être réduits dans certains cas. Compte tenu de cette pratique, l'arti-cle 85, 2^e alinéa, lettre f, LAVS doit être interprété de telle manière que le recourant qui obtient seulement un succès partiel, quoique d'une certaine importance, ait droit au moins à une indemnisation partielle d'une certaine importance aussi. Les motifs invoqués par l'autorité de première instance, selon laquelle la pratique constante de la commission de recours vise à accorder une indemnité pour frais encourus seulement au recourant qui a obtenu pleinement gain de cause, sont contraires à cette interprétation par analogie.

Indépendamment de cela, il n'est pas exact, en l'espèce, que le recourant ait obtenu par-tiellement gain de cause. Certes, le dispositif indique une admission partielle du recours; cependant, la manière dont il est formulé se justifie uniquement par le fait que l'autorité de première instance n'a pas fixé elle-même les cotisations du recourant, mais qu'elle a ren-voqué le dossier à la caisse pour recalculer celles-ci. Sur le fond, elle a donné raison au recourant en admettant la fixation des cotisations en procédure extraordinaire, selon le cal-cul actuel, et en fixant le revenu à peu près au montant proposé par le recourant.

6. ...

AI/Conditions d'assurance

Arrêt du TFA, du 26 janvier 1979, en la cause F.T.
(traduction de l'allemand).

Chiffre 9 a aa du Protocole final relatif à la convention de sécurité sociale entre la Suisse et l'Autriche, du 15 novembre 1967 (concernant art. 23, lettre a, de la convention). Sont assurées au sens des prescriptions du droit suisse non seulement les personnes qui sont au bénéfice d'une pension autrichienne lors de la survenance du cas d'assurance, mais aussi celles qui ont simplement un droit à une telle pension.

Cifra 9 a aa del Protocollo finale della Convenzione tra la Svizzera e l'Austria sulla sicurezza sociale del 15 novembre 1967 (concernante art. 23 lettera a della convenzione). Ai sensi delle disposizioni del diritto svizzero sono assicurate non solo le persone che beneficiano effettivamente di una pensione austriaca all'insorgenza dell'evento assicurato, ma anche quelle che hanno semplicemente diritto a tale pensione.

F. T., ressortissant autrichien, est né en 1919. Depuis 1954, il a travaillé en Suisse dans la construction et a payé ses cotisations dans ce pays. Il put travailler à plein temps jusqu'au 15 décembre 1972. Après avoir passé les congés de Noël 1972 en Autriche, il se déclara malade le 8 janvier suivant. Le médecin diagnostiqua une silicotuberculose III et un cœur pulmonaire; il en conclut que F. T. n'était plus en mesure d'obtenir, sur le marché général de l'emploi, la moitié d'un salaire normal (expertise du 9 et du 25 octobre 1974). F. T. toucha cependant son salaire entier jusqu'à la résiliation de ses rapports de service le 31 mai 1973. Ensuite, la caisse-maladie lui versa des indemnités journalières jusqu'au 28 février 1975. Depuis le 31 mai 1974, il touche une pension d'invalidité de son pays d'origine. Par décision du 15 septembre 1975, la caisse de compensation a rejeté la demande de rente présentée le 4 juin 1975; elle alléguait que F. T., lors de la survenance de l'événement assuré, c'est-à-dire le 10 décembre 1973 (360 jours après la cessation du travail), n'était assuré ni en vertu du droit suisse, ni selon la convention de sécurité sociale du 15 novembre 1967 entre la Suisse et l'Autriche.

F. T. recourut et conclut à l'octroi d'une rente AI.

L'autorité de recours de première instance rejeta ce recours par jugement du 31 mai 1978. Elle a allégué, dans l'essentiel, que F. T. n'était pas assuré selon le droit suisse à la date déterminante (10 décembre 1973), parce qu'il n'habitait alors plus en Suisse et n'y travaillait plus. En outre, on ne pouvait pas davantage le considérer comme assuré au sens de la convention austro-suisse. Selon le N° 9 a aa du protocole final de cette convention, on considère comme assuré celui qui touchait une pension autrichienne lors de la survenance de l'événement assuré (10 décembre 1973). Etant donné que F. T. n'a touché une telle pension que dès le 31 mai 1974, il ne remplit pas cette condition. Il ne remplit pas davantage les conditions du N° 9 a bb du protocole final, selon lequel les personnes qui touchent des indemnités de maladie d'un organisme d'assurance autrichien sont assimilées aux assurés; en effet, au moment critique, il ne touchait que les indemnités journalières d'une assurance suisse.

F. T. a interjeté recours de droit administratif en renouvelant sa demande. Il allègue, dans l'essentiel, que la silicose dont il souffre est une maladie professionnelle qui est survenue peu à peu et qui, à son stade actuel, entraîne une invalidité durable. Il se justifie donc de fixer l'événement assuré à la même date que la survenance de l'invalidité, soit au 8 janvier 1973. A cette époque, il était encore assuré, puisque son employeur allait lui payer son salaire jusqu'au 31 mai suivant. Le jugement attaqué est contraire à la volonté du législateur; il est parfaitement injuste et constitue une discrimination à l'égard des étrangers. Enfin, le

recourant rappelle que les prestations des caisses-maladie suisses sont, elles aussi, à considérer comme des prestations visées par le N° 9 a bb du protocole final.

La caisse de compensation a conclu au rejet du recours. En revanche, l'OFAS propose qu'il soit admis et que l'affaire soit renvoyée à l'administration pour nouvelle décision. Les motifs invoqués ressortent des considérants ci-après.

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

1. Selon l'article 6, 1^{er} alinéa, LAI, seules les personnes qui sont assurées lors de la survenance de l'invalidité ont droit aux prestations de l'AI suisse. La question de savoir quand l'invalidité doit être considérée comme survenue et quand un éventuel droit à la rente prend naissance est tranchée, aussi dans le cas de ressortissants autrichiens, d'après les prescriptions du droit suisse. En l'espèce, il faut donner raison à l'autorité de première instance lorsqu'elle dit que le début d'un éventuel droit à la rente doit être déterminé d'après la 2^e variante de l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI, c'est-à-dire que ce droit naît seulement après un délai d'attente de 360 jours. En effet, contrairement à ce que déclare le recourant, la silicose est un phénomène pathologique labile, si bien que l'on ne peut parler d'une invalidité permanente.

Ainsi, ce droit est né le 10 décembre 1973, éventuellement le 3 janvier 1974, selon que l'on admet que le recourant a dû cesser de travailler, pour raisons de santé, déjà le 15 décembre 1972 (comme le pense l'autorité de première instance) ou seulement le 8 janvier 1973 (comme le prétend le recourant). Cette question peut cependant rester indécise.

2. Le droit à une rente n'existe que si le recourant était assuré le 10 décembre 1973 ou le 3 janvier 1974.

a. Cette question doit être tranchée – puisque le recourant, à cette époque, n'avait pas son domicile en Suisse et n'y exerçait pas d'activité lucrative – d'après la convention de sécurité sociale entre la Suisse et l'Autriche, du 15 novembre 1967, en vigueur dès le 1^{er} janvier 1969. Aux termes de l'article 23 a de cette convention, les ressortissants autrichiens sont considérés comme assurés, au sens des prescriptions légales suisses, en ce qui concerne le droit aux rentes ordinaires, également s'ils « sont affiliés à l'assurance-pensions (rentes) autrichienne au moment de la survenance de l'éventualité assurée ». Dans le protocole final, sous N° 9, l'article 23 a est commenté de la manière suivante:

« a. Aux fins d'application de la lettre a, sont assimilées aux assurés les personnes:

aa. Qui bénéficient d'une pension (rente) en raison d'une réduction de leur capacité de travail (incapacité permanente de gain), à la condition que le droit à cette prestation soit fondé uniquement sur des périodes d'assurance autrichienne ou sur une totalisation des périodes d'assurance selon l'article 17, paragraphe premier;... »

Ainsi qu'il est établi, le recourant a reçu seulement dès le 31 mai 1974 une pension d'invalidité au sens du N° 9 a aa de ce protocole, c'est-à-dire après la date déterminante de la survenance de l'événement assuré (10 décembre 1973 ou 3 janvier 1974).

b. L'OFAS allègue, dans son préavis, qu'il faut interpréter le N° 9 a aa de ce protocole en admettant que non seulement le versement effectif d'une rente, mais aussi le simple fait d'avoir droit à celle-ci suffit pour que la condition d'assurance soit remplie. Ceci pose la question de l'interprétation du N° 9 a aa.

L'interprétation d'une convention internationale doit se fonder en premier lieu sur la teneur même de la convention. Si cette teneur semble claire et si la signification du texte, telle qu'elle résulte de l'usage ordinaire du langage, et compte tenu de l'objet et du but de la convention, n'est pas manifestement absurde, une interprétation extensive ou restrictive n'entre en ligne de compte que si l'on peut déduire avec certitude du contexte et de la genèse de la disposition que l'expression de la volonté des parties a par mégarde été rendue de façon inexacte (ATF 103 V 170; RCC 1978, p. 269; ATF 97 V 36; RCC 1971, p. 551; ATF 97 I 365, 96 I 648).

En soi, le texte de ce N° 9 a aa est clair. On considère comme assurées toutes les personnes qui touchent une pension autrichienne pour cause de réduction de leur capacité de tra-

vail. On peut cependant se demander si la convention entendait aussi englober les personnes qui ne touchent pas encore de prestation, mais qui ont droit à celle-ci. L'OFAS estime que le rédacteur du protocole final a précisé d'une manière insuffisante la volonté des parties. Il rappelle, à l'appui de cette affirmation, la règle établie dans la convention germano-suisse, qui a été conclue quelques années avant la convention autrichienne, soit le 29 mai 1964. L'article 19 de cette convention allemande, consacré à la clause d'assurance suisse, se serait révélé trop restrictif et n'aurait pas correspondu aux intentions des parties contractantes. Il aurait donc été nécessaire – comme dans le cas de la convention autrichienne – de donner des définitions plus précises concernant les faits qui doivent être pris en considération pour la clause d'assurance suisse. C'est ce qui a été fait dans la convention complémentaire du 9 septembre 1975, et l'on a complété ainsi, entre autres, le N° 10 du protocole final de la convention. On a inséré dans celle-ci un nouveau N° 10 f, dont voici la teneur: « Les ressortissants allemands sont considérés comme affiliés à l'assurance-pensions allemande au sens de l'article 19, 1^{er} alinéa, de la convention,

a. ...

b. ...

c. lorsqu'ils perçoivent une rente de vieillesse ou d'invalidité de l'assurance-pensions allemande ou ont droit à une telle rente, ou...»

L'OFAS a déclaré à ce propos:

«Lors de la discussion au sujet du bénéfice d'une rente, on dut constater qu'étant donné les délais relativement brefs prévus pour faire valoir un droit, selon les prescriptions allemandes et autrichiennes, il était nécessaire d'établir des règles plus nuancées. C'est pourquoi l'on a considéré comme suffisant, pour remplir la condition de la clause d'assurance, le fait que le droit à une rente existait au moment déterminant.»

Si l'on admet, avec l'OFAS, que les conventions conclues avec l'Autriche et avec la République fédérale d'Allemagne (dans la teneur de la convention complémentaire) sont de même nature, fait très important pour la convention entre ces deux pays, la Suisse et le Liechtenstein, actuellement à l'étude devant le Parlement (FF 1978 II, pp. 1653 ss), il faut interpréter le N° 9 a aa du protocole final de la convention autrichienne en admettant que non seulement le versement effectif d'une pension autrichienne, mais déjà le simple droit à celle-ci suffit pour que l'événement assuré soit considéré comme survenu.

3. D'après ce qui vient d'être dit, il faut donc examiner si le recourant avait droit à une pension autrichienne au moment de la survenance de cet événement, le 10 décembre 1973 ou le 3 janvier 1974.

Des informations sur ce point ne se trouvent que dans le préavis de l'OFAS, qui note: «Des renseignements pris par téléphone auprès du siège central de l'organisme autrichien d'assurance, à Vienne, ont révélé que le recourant touche, seulement depuis le 31 mai 1974, une pension d'invalidité autrichienne, parce que la demande avait été déposée tardivement selon le droit autrichien, si bien que la prestation ne pouvait être accordée que depuis cette date. En principe, cependant, un droit à la prestation avait déjà pris naissance au moment où F. T. abandonna son activité lucrative, donc en janvier 1973.»

La question de savoir quand est né le droit à la rente autrichienne ne peut cependant être jugée à coup sûr d'après ce seul renseignement, ceci d'autant moins que celui-ci a été donné par téléphone. L'affaire doit donc être renvoyée à l'administration, qui élucidera cette question et rendra une nouvelle décision sur le droit à une rente suisse.

4. ...

AI/Rentes

Arrêt du TFA, du 13 août 1979, en la cause J. C.
(traduction de l'allemand).

Articles 39, 1^{er} alinéa, et 42, 1^{er} alinéa, LAI. Les personnes qui séjournent en Suisse, mais qui ont le centre de leurs intérêts à l'étranger, ne peuvent pas être considérées comme «domiciliées» en Suisse au sens de ces dispositions. Aussi ne peuvent-elles pas prétendre une rente extraordinaire ou une allocation pour impotent. Si le séjour en Suisse est motivé par la seule invalidité du requérant, on n'admettra pas, en règle générale, que le centre de ses intérêts se trouve en Suisse.

Article 47, 1^{er} alinéa, LAVS; article 49 LAI; article 85, 2^e alinéa, RAI. Si une erreur qui conduit à une demande de reconsidération d'une ancienne décision relative à une rente AI se rapporte à un état de fait analogue à celui du régime de l'AVS (par exemple conditions d'assurance, bases de calcul, etc.), il faudra réduire ou supprimer rétroactivement la prestation touchée indûment. En revanche, si l'administration a manifestement mal apprécié des facteurs déterminants régis spécifiquement par le droit de l'AI (par exemple dans l'évaluation de l'invalidité), les prestations seront modifiées uniquement pour l'avenir, sauf toutefois si l'obligation de renseigner a été violée.

Articoli 39, capoverso 1, e 42, capoverso 1, LAI. Le persone che dimorano in Svizzera, ma che hanno il loro centro di interessi all'estero, non possono essere ritenute «domiciliate» in Svizzera conformemente a tali disposizioni. Esse non possono quindi pretendere né una rendita straordinaria né un assegno per grandi invalidi. Se la dimora in Svizzera è motivata soltanto dall'invalidità del richiedente, non si potrà ammettere, per principio, che il centro dei suoi interessi si trovi in Svizzera.

Articolo 47, capoverso 1, LAVS; articolo 49 LAI; articolo 85, capoverso 2, OAI. Se un errore che ha causato una richiesta di riconsiderazione di una precedente decisione concernente una rendita AI riguarda lo stato di fatti analoghi a quello nell'ambito dell'AVS (per esempio condizioni di assicurazione, basi di calcolo) si dovrà ridurre o sopprimere retroattivamente la prestazione riscossa indebitamente. Al contrario, se l'amministrazione ha evidentemente apprezzato male dei fattori determinanti regolati specificatamente dal diritto dell'AI (valutazione dell'invalidità) le prestazioni saranno modificate unicamente per il futuro, salvo tuttavia che sia stato violato l'obbligo d'informare.

J. C., ressortissant grec, est né à l'étranger le 19 février 1950. Il souffre d'une encéphalopathie périnatale avec réactions épileptiques sous forme d'accès généralisés, d'absences et d'accès psychomoteurs; il souffre en outre de microcéphalie et d'idiotie éréthique. Depuis son 12^e mois, son développement intellectuel s'est arrêté presque totalement. Il a besoin de soins permanents dans un établissement (rapport médical du 22 septembre 1975). Au début d'octobre 1954, ses parents grecs, qui vivaient aux Etats-Unis, l'amènèrent en Suisse, où il séjourne depuis lors. Le 14 novembre 1976, sa mère demanda à l'autorité tutélaire la mise sous tutelle en vertu de l'article 369 CCS. Cette demande fut rejetée par décision du 17 juin 1977, notamment pour cause d'incompétence en raison du lieu. Un recours ayant été formé, l'autorité compétente constata que J. C. – considéré comme ayant abandonné, après être devenu majeur, son domicile dépendant au lieu de résidence de ses parents en Grèce – se créait, selon l'article 24, 2^e alinéa, CCS, un domicile fictif en Suisse; elle admit par conséquent la compétence en raison du lieu par jugement du 19 janvier 1978. Là-dessus, la procédure de mise sous tutelle fut appliquée, et un tuteur fut nommé le 8 juin suivant. En janvier 1976, le père avait demandé pour J. C. des prestations de l'AI, soit des mesures médicales et une rente. Conformément au prononcé de la commission AI, du 16 mars 1976,

la caisse de compensation accorda, par deux décisions du 5 avril 1976, une rente AI extraordinaire entière et une allocation pour impotence grave dès le 1^{er} septembre 1974; en revanche, elle refusa les mesures médicales. Les deux décisions ne furent pas attaquées. Sur ordre de l'OFAS, la caisse cessa de verser ces prestations AI dès le mois d'octobre 1976. Alléguant qu'il fallait nier l'existence d'un domicile de droit civil en Suisse – condition nécessaire pour ouvrir droit à une rente extraordinaire et à une allocation pour impotent – et que, de plus, J. C. n'était pas assuré pour une telle allocation, au moment de la survenance de l'événement assuré, à défaut d'un domicile en Suisse, la caisse décida, le 21 septembre 1977, de supprimer les prestations accordées le 5 avril 1976, avec effet au 1^{er} septembre 1974; J. C. devait restituer les rentes indûment touchées, soit 16 677 francs, ainsi que les allocations pour impotents s'élevant à 10 000 francs.

Le recours formé contre cette décision fut partiellement admis par l'autorité cantonale de recours. Par jugement du 14 avril 1978, J. C. se vit accorder – en modification de la décision du 21 septembre 1977 – une rente AI extraordinaire dès le 1^{er} décembre 1974; le montant à restituer fut abaissé à 12 136 francs, y compris 2136 francs pour les rentes indûment touchées entre le 1^{er} septembre et le 30 novembre 1974. La commission de recours rejeta le recours dans la mesure où il s'élevait contre la suppression de l'allocation et contre la restitution des allocations touchées indûment. Elle admit que J. C. n'avait pas eu de domicile civil en Suisse jusqu'à sa majorité (19 février 1971); depuis lors, il avait un domicile fictif à son lieu de séjour au sens de l'article 24, 2^e alinéa, CCS. Les conditions fixées par la convention internationale et la loi étant remplies, J. C. avait droit à une rente extraordinaire dès l'entrée en vigueur de la convention gréco-suisse (1^{er} décembre 1974). En ce qui concernait l'allocation pour impotent, l'événement assuré était survenu le 1^{er} mars 1968, donc à une époque où J. C., faute de domicile civil en Suisse, n'était pas assuré; il n'avait donc pas droit à cette allocation. Pour qu'il fût tenu de restituer cette prestation, il suffisait qu'il l'ait touchée indûment. D'ailleurs, c'est avec raison que la caisse avait reconsidéré ses décisions du 5 avril 1976.

J. C. a interjeté recours de droit administratif en demandant que l'AI lui accorde, contrairement au jugement de première instance, une allocation pour impotent dès le 1^{er} décembre 1974; elle devait en outre renoncer à lui imposer une restitution du montant de 10 000 francs. J. C. allègue, dans l'essentiel, que l'on ne voit pas pourquoi, dans le cadre de l'article 42, 1^{er} alinéa, LAI, les conditions d'invalidité et la qualité d'assuré devraient être réalisées au même moment.

L'OFAS a également interjeté recours de droit administratif. Il demande l'annulation du jugement de première instance dans la mesure où J. C. s'est vu accorder une rente AI extraordinaire dès le 1^{er} décembre 1974 et où la créance en restitution de la caisse a été abaissée à 12 136 francs. Il déclare à ce propos que lorsque J. C. est devenu majeur, son domicile à l'étranger, qui dépendait précédemment de ses parents, est devenu définitif (art. 24, 1^{er} al., CCS). On ne saurait admettre l'existence d'un domicile civil fictif à son lieu de séjour en Suisse (ibidem, 2^e al.), puisque J. C., étant totalement incapable de jugement, ne pouvait abandonner son domicile dépendant à l'étranger. Même en admettant un domicile civil en Suisse, il fallait, en l'espèce, nier le droit à une rente AI extraordinaire; les considérants ci-après donnent des détails à ce sujet.

Le représentant de J. C. et l'OFAS maintiennent leurs propositions et concluent chacun au rejet du recours interjeté par l'autre partie.

La caisse de compensation propose de rejeter le recours de J. C., mais renonce à donner son avis sur celui de l'OFAS.

Le TFA a admis le recours de l'OFAS pour les motifs suivants:

1. Selon l'article 13 de la convention gréco-suisse de sécurité sociale, du 1^{er} juin 1973, entrée en vigueur le 1^{er} décembre 1974, les ressortissants grecs ont droit, aux mêmes conditions que les Suisses, à une rente extraordinaire de l'AI suisse aussi longtemps qu'ils ont leur domicile en Suisse et s'ils ont habité dans ce pays, immédiatement avant la date à partir de laquelle ils demandent la rente, pendant au moins cinq ans sans interruption. Ont droit

à cette rente extraordinaire, selon l'article 39, 1^{er} alinéa, LAI, les citoyens suisses domiciliés en Suisse et ayant droit à une rente, s'ils ne peuvent prétendre une rente ordinaire ou s'ils touchent une rente ordinaire qui est plus basse que la rente extraordinaire. L'expression de « domicile » utilisée dans le texte de la convention est à interpréter de la même manière que celle de « domiciliés » que l'on trouve à l'article 39, 1^{er} alinéa, LAI.

La convention prévoit en outre, à son article 11, 1^{er} alinéa, que les ressortissants grecs ont droit aux allocations pour impotents de l'AI suisse aux mêmes conditions que les ressortissants suisses. Un tel droit est accordé par l'article 42, 1^{er} alinéa, LAI, aux assurés invalides domiciliés en Suisse, s'ils sont impotents. Ainsi, dans le cadre de cette disposition, la qualité d'assuré est elle aussi l'une des conditions du droit. Cette condition doit être remplie, selon l'article 6, 1^{er} alinéa, LAI, au moment de la survenance de l'invalidité. Aux termes de l'article 4, 2^e alinéa, LAI, celle-ci est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

2. J. C. subit, depuis son plus jeune âge, une atteinte si grave à sa santé qu'il remplit manifestement les conditions d'invalidité donnant droit à une rente AI entière et à une allocation pour impotence grave. Il est également incontestable qu'il ne peut, faute d'avoir payé des cotisations, demander une rente ordinaire de l'AI. Cependant, lors de l'entrée en vigueur de la convention, il habitait en Suisse depuis plus de cinq ans, c'est-à-dire qu'il y résidait ou séjournait habituellement au sens de l'article 1^{er}, lettre f, de la convention, remplissant ainsi la condition du délai prévue par ladite convention pour ouvrir droit à une rente AI extraordinaire. Est litigieuse, en revanche, la question de savoir si J. C. était *domicilié* en Suisse au sens de l'article 39, 1^{er} alinéa, ou de l'article 42, 1^{er} alinéa, LAI. Selon la pratique, il faut considérer comme déterminants les faits réels qui se sont produits jusqu'au moment où fut rendue la décision attaquée (21 septembre 1977; cf. ATF 99 V 102 = RCC 1974, p. 192).

3. a. Dans son recours de droit administratif, l'OFAS estime que J. C. n'a pas droit à une rente extraordinaire de l'AI, et ceci même si l'existence d'un domicile civil en Suisse est admise. Certes, il est exact que pour la constatation primaire de l'existence d'un tel domicile au sens du droit des assurances sociales, il faut appliquer en principe les mêmes règles qu'en droit civil; cependant, la jurisprudence et la pratique administrative ont prévu ici des exceptions lorsqu'un état de fait spécial exige une liaison plus étroite entre le requérant et la population suisse considérée comme une communauté d'assurés.

b. Dans l'arrêt M. E. (ATFA 1961, p. 257 = RCC 1961, p. 389), le TFA a confirmé, s'agissant d'une femme placée sous tutelle en Suisse et atteinte d'une maladie mentale, qui avait été, pendant plusieurs années, hospitalisée dans un asile psychiatrique à l'étranger, le principe déjà établi dans un arrêt antérieur (ATFA 1958, p. 30 = RCC 1958, p. 99), selon lequel « il ne suffit pas que les personnes qui ne font pas partie de la génération transitoire conservent leur domicile en Suisse pour avoir droit à une rente extraordinaire, si elles résident à l'étranger pendant une longue durée ». Il a donc décidé, en se référant à l'article 39, 1^{er} alinéa, LAI, que le droit à la rente extraordinaire existe, en cas de domicile en Suisse et de résidence prolongée à l'étranger, « si les facteurs suisses prédominent, c'est-à-dire si, du point de vue des assurances sociales, le centre de tous leurs intérêts se trouve en Suisse. L'octroi de rentes extraordinaires AVS ou AI exige que l'on examine, sur la base des circonstances de chaque cas particulier, si cette condition est remplie. En matière d'AI, il importe surtout de savoir pour quelles raisons l'assuré a choisi sa résidence à l'étranger; lorsque l'assuré s'est décidé à s'absenter de la Suisse en raison de son invalidité, on admettra en général que les facteurs suisses prédominent. » (ATFA 1961, p. 261 = RCC 1961, p. 391). Le TFA s'est prononcé dans le même sens à propos d'autres affaires dont il a dû connaître ultérieurement (ainsi dans ATFA 1969, p. 45 = RCC 1969, p. 467).

c. En l'espèce, on doit se demander si le centre de tous les intérêts de J. C. se trouve, du point de vue des assurances sociales, en Suisse. A ce propos, on relèvera que J. C. a été transféré dans ce pays, en 1954, comme cela a été admis, uniquement pour le traitement de son infirmité; il est resté en Suisse uniquement à défaut d'une possibilité de placement

ou d'hospitalisation dans sa patrie (la Grèce). Cela signifie que ses parents, domiciliés pendant toutes ces années et sans interruption à l'étranger, avaient choisi le séjour en Suisse uniquement à cause de l'invalidité de J. C. On a ainsi un état de fait qui incite à conclure – en adaptant en conséquence le principe posé dans l'arrêt M. E. – que le centre des intérêts de J. C. était en Grèce et non pas en Suisse. En effet, la question du centre des intérêts doit être prise en considération non seulement lorsque la personne en cause – comme dans l'arrêt M. E. – quitte la Suisse pour l'étranger en raison de son invalidité, mais aussi dans le cas contraire. Etant donné que, d'après ce qui a été dit, le centre des intérêts se trouve, en l'espèce, à l'étranger, J. C. ne peut, déjà pour cette seule raison, être considéré comme domicilié en Suisse au sens de l'article 39, 1^{er} alinéa, LAI. La question de savoir s'il a eu un domicile civil fictif en Suisse au sens de l'article 24, 2^e alinéa, CCS depuis qu'il est majeur (19 février 1971), ainsi que l'admet l'autorité de première instance – mais ce qui est nié dans le recours de droit administratif de l'OFAS – peut donc rester indécise. Il en résulte que les conditions d'octroi d'une rente AI extraordinaire ne sont pas remplies.

4. Etant donné que l'allocation pour impotent, selon l'article 42, 1^{er} alinéa, LAI, dépend aussi du fait que l'intéressé soit domicilié en Suisse, et puisqu'il faut, par conséquent, tenir compte du centre de tous les intérêts également pour ce genre de prestation, on doit – conformément à ce qui a été dit sous considérant 3 c – nier aussi, en l'espèce, le droit à une telle allocation. Un élément vient encore s'y ajouter: cette prestation ne peut être accordée qu'aux assurés invalides, c'est-à-dire aux personnes qui, selon l'article 4, 2^e alinéa, en corrélation avec l'article 6, 1^{er} alinéa, LAI, sont assurées au moment de la survenance de l'événement assuré. L'autorité de première instance a dit très justement, dans le considérant III 4 de son jugement, que ledit événement, en ce qui concerne le droit à l'allocation pour impotent, est survenu en l'espèce le 1^{er} mars 1968, c'est-à-dire le premier jour du mois qui a suivi l'accomplissement de l'âge de 18 ans; or, à cette date, J. C. n'était pas assujéti à l'assurance obligatoire selon l'article 1^{er}, 1^{er} alinéa, lettre a, LAVS (en corrélation avec l'art. 1^{er} LAI), puisque son domicile civil était non pas en Suisse, mais chez ses parents à l'étranger.

5. Selon un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut en tout temps reconsidérer d'office une décision qui est, formellement, passée en force, lorsque cette décision se révèle certainement erronée et que sa rectification revêt une certaine importance (ATF 103 V 128, avec référence, et RCC 1978, p. 565).

En l'espèce, les deux décisions du 5 avril 1976 se sont révélées manifestement erronées lors d'un contrôle effectué après coup par l'administration, parce que la question déterminante à se poser pour admettre ou nier l'existence d'un droit, celle du domicile, n'a pas été examinée du point de vue des assurances sociales, en particulier en ce qui concerne le centre des intérêts, ou parce que l'existence du domicile a été – à tort – admise. Il est incontestable que la rectification revêt une certaine importance. L'administration a donc agi correctement en reconsidérant ces décisions et en les annulant par décision du 21 septembre 1977.

6. Ladite décision du 21 septembre n'indique pas pourquoi la suppression des prestations accordées le 5 avril 1976 était rétroactive. Dans son jugement, l'autorité de première instance se borne à constater, dans l'essentiel, qu'il faut procéder conformément aux articles 47, 1^{er} alinéa, LAVS et 78 RAVS.

a. Selon l'article 47, 1^{er} alinéa, LAVS, les rentes et les allocations pour impotents de l'AVS indûment touchées doivent être restituées. Cette disposition s'applique par analogie, selon l'article 49 LAI, à la restitution des prestations de l'AI indûment touchées. En revanche, selon l'article 85, 2^e alinéa, RAI (teneur valable dès le 1^{er} janvier 1977), la modification ne doit être effectuée que depuis le mois qui suit la date de la nouvelle décision lorsqu'un réexamen du droit révèle qu'une prestation doit être réduite ou supprimée (et lorsque l'on n'a pas affaire au cas spécial du 3^e al.). Ainsi, le droit de l'AI admet parallèlement l'effet rétroactif (lié à la restitution) et l'effet pour l'avenir. Il ne précise cependant pas comment l'article 85, 2^e alinéa, RAI (nouveau) doit être délimité par rapport à l'article 47, 1^{er} alinéa, LAVS, et ne pose

donc pas les critères d'après lesquels il faut décider si une prestation doit être réduite ou supprimée selon l'article 85, 2^e alinéa, RAI (nouveau) *ex nunc* (dès maintenant) ou bien selon l'article 47, 1^{er} alinéa, LAVS *ex tunc* (depuis le moment d'alors) lorsque l'administration reconsidère une ancienne décision.

La cour plénière, à qui cette question de droit a été soumise, a constaté que la réglementation de l'article 85, 2^e alinéa, RAI (nouveau) est objectivement justifiée dans la mesure où elle tient compte des critères spécifiques de l'AI (on en reparlera ci-après) et prévoit par conséquent une solution qui diffère de celle de l'article 47, 1^{er} alinéa, LAVS, mais qui s'inspire des effets de la revision selon l'article 41 LAI (cf. art. 88 bis, 2^e al., lettre a, RAI nouveau). L'article 85, 2^e alinéa, RAI a un fondement légal dans la mesure où l'article 49 LAI déclare applicable au domaine de l'AI le principe posé par l'article 47, 1^{er} alinéa, LAVS non pas d'une manière générale, mais seulement « par analogie ». Cette définition permet de trouver, par voie d'ordonnance, une solution qui tient compte des circonstances propres au domaine de l'AI. En ce qui concerne la délimitation du champ d'application de l'une ou de l'autre de ces réglementations, la cour plénière a reconnu que pour l'examen du droit à une rente AI, par exemple, il faut considérer des questions qui se posent aussi et de la même manière dans les affaires de rentes AVS. Il faut donc, dans les deux cas – et indépendamment des particularités éventuelles de l'une ou de l'autre branche de la sécurité sociale – considérer par exemple la nationalité, l'état civil, le domicile, la qualité d'assuré, les bases de calcul de la rente ordinaire (revenu annuel moyen déterminant, échelle applicable). Si l'on constate après coup qu'un tel facteur a été jugé ou calculé d'une manière erronée dans un cas de rente AI, et si la prestation doit, à cause de cela, être réduite ou supprimée, on se fondera, en ce qui concerne l'effet de cette modification, sur la réglementation prescrite par le *droit de l'AVS*; alors, il y aura effet rétroactif selon l'article 47, 1^{er} alinéa, LAVS, et ceci en corrélation avec l'obligation de restituer les prestations touchées. En revanche, si l'on devait procéder selon l'article 85, 2^e alinéa, RAI (nouveau) et admettre qu'il y a effet « *ex nunc* », il en résulterait un traitement inégal et injustifié de faits analogues; ainsi, par exemple, une rente de vieillesse trop élevée, fixée sur la base d'un calcul erroné du revenu annuel moyen, devrait être réduite avec effet rétroactif, et les montants touchés indûment devraient être restitués à l'assurance ou compensés, tandis que s'il s'agissait d'une rente AI trop élevée, calculée sur la base d'une erreur identique, la modification ne serait opérée que pour l'avenir. D'autre part, la cour plénière a constaté que lorsqu'on examine le droit à des prestations de l'AI, il faut tenir compte aussi de facteurs qui sont spécifiquement propres à l'AI. A ceux-ci se rattachent notamment l'évaluation de l'invalidité et de l'impotence, l'appréciation de la nécessité et du caractère adéquat de mesures médicales, professionnelles ou scolaires et de moyens auxiliaires.

S'il apparaît, lors d'un contrôle ultérieur, que la commission AI matériellement compétente (art. 60, 1^{er} al., LAI) a jugé un tel facteur d'une manière erronée, et si la prestation en cause doit, pour cette raison, être réduite ou supprimée par décision, l'effet de cette modification doit être conforme à la règle – propre au droit de l'AI – de l'article 85, 2^e alinéa, RAI nouveau. On doit donc examiner dans chaque cas si la faute qui amène à reconsidérer une ancienne décision concerne un facteur typique pour l'AVS ou typique pour l'AI.

b. Dans l'espèce, l'administration a procédé à la reconsidération parce qu'elle avait admis à tort, dans ses deux décisions du 5 avril 1976, que J. C. avait son domicile en Suisse au sens des dispositions régissant les assurances sociales. D'après ce qui a été dit ci-dessus, cette erreur concerne un point qui appartient manifestement au domaine de l'AVS. C'est pourquoi il faut, en ce qui concerne l'effet de la reconsidération, appliquer l'article 47, 1^{er} alinéa, LAVS. La caisse a donc agi correctement en annulant avec effet rétroactif les décisions du 5 avril 1976 et en ordonnant la restitution des prestations touchées indûment. Il en résulte que le jugement de première instance doit être annulé dans la mesure où il accorde à J. C., dès le 1^{er} décembre 1974, une rente AI extraordinaire et réduit à 12 136 francs le montant à restituer. Conformément à la décision du 21 septembre 1977, il faut donc que J. C. restitue les prestations indûment touchées, dont le montant total s'élève à 26 677 francs.

Prestations complémentaires

Arrêt du TFA, du 4 juillet 1979, en la cause R. R.
(traduction de l'allemand).

Article 3, 4^e alinéa, lettre a, LPC. Les frais d'un véhicule à moteur privé ne sont assimilés à des frais d'obtention de revenu que s'ils ont un rapport direct avec l'activité lucrative de l'assuré et, d'autre part, si ce dernier ne peut se déplacer par les transports publics, soit parce qu'ils sont inexistantes, soit parce que son invalidité l'empêche de le faire. (Considérant 3.)

Article 3, 2^e alinéa, LPC. Cette déduction du revenu pris partiellement en compte se rapporte au revenu net et non au revenu brut. (Considérant 4; confirmation de la pratique.)

Articolo 3, capoverso 4, lettera a, LPC. Le spese di un veicolo a motore privato sono assimilabili alle spese necessarie al conseguimento del reddito stesso, da un lato, soltanto se sono in rapporto diretto con l'attività lucrativa dell'assicurato e, dall'altro lato, se questo non si può spostare con i trasporti pubblici, sia perchè non esistono, sia perchè la persona invalida non è in condizioni di farlo. (Considerando 3.)

Articolo 3, capoverso 2, LPC. Questa deduzione dal reddito parzialmente computabile si riferisce al reddito netto e non al reddito lordo. (Considerando 4; conferma sulla pratica.)

R. R., née en 1956, souffre d'oligophrénie éréthique, d'épilepsie symptomatique et de surditivité. Elle passe sa semaine dans un centre pour handicapés comprenant un internat et un atelier. Chaque vendredi soir, elle rentre en voiture à la maison en Suisse orientale avec ses parents, qui la ramènent au centre le dimanche soir.

L'AI octroya à l'assurée diverses prestations (par exemple, des subsides pour la formation scolaire spéciale, des mesures médicales, des moyens auxiliaires, etc.). Depuis le 1^{er} octobre 1974, l'assurée touche une rente simple entière de l'AI et, depuis le 1^{er} août 1977, une allocation pour impotent.

Le 28 août 1977, puis le 13 septembre suivant, le père de l'assurée fit une demande de prestations complémentaires à cette rente AI. Le 16 novembre 1977, la caisse de compensation octroya à l'assurée, avec effet rétroactif au 1^{er} août 1977, une PC mensuelle de 97 francs conformément au calcul suivant:

– Revenu pris partiellement en compte (revenu privilégié)	Fr.	--
– Revenu pris intégralement en compte (revenu non privilégié), c'est-à-dire rente AI et revenus de la fortune	Fr.	8580.–

Déductions

– Primes d'assurance-maladie	Fr.	564.–	
– Primes d'assurances-vie et accidents et autres	Fr.	9.–	
– Cotisations AVS/AI/APG	Fr.	117.–	
– Loyer: 1/5 des frais de pension de Fr. 7117.–	Fr.	1423.–	
./.. montant non déductible	Fr.	780.–	
Déduction pour le loyer	Fr.	643.–	Fr. 1333.–
– Revenu déterminant (montant total)			Fr. 7247.–
– Limite de revenu			Fr. 8400.–
– Prestation complémentaire annuelle			Fr. 1153.–
– Prestation complémentaire mensuelle			Fr. 97.–

Ce faisant, la caisse de compensation n'a pas pris en compte le revenu de 2340 francs que R. R. obtient par son travail dans l'atelier protégé, car il est inférieur aux frais d'acquisition ou d'obtention du revenu de cette assurée. Par conséquent, elle n'a pas non plus tenu compte des frais de voyage mentionnés dans la demande (visites à la maison et retour au centre chaque week-end) s'élevant à 12 312 francs.

Le père de l'assurée recourut contre la décision de la caisse du 16 novembre 1977 en demandant l'octroi d'une PC adaptée aux circonstances particulières du cas. Il faut, selon lui, considérer qu'il n'existe aucune autre possibilité de travail pour sa fille, ni d'autres possibilités de logement, et qu'en outre, on ne peut laisser sa fille au centre pour handicapés pendant le week-end. Enfin, il n'existe aucun autre moyen approprié pour transporter sa fille en voiture privée. Il en conclut que les frais de voiture sont à déduire intégralement en tant que frais d'acquisition du revenu et que le calcul de la déduction pour le loyer est à reconsidérer.

Dans sa décision du 6 juillet 1978, l'autorité cantonale de recours a admis le recours et accordé la PC annuelle maximale de 8400 francs ou 700 francs par mois.

Contrairement à la caisse de compensation, l'autorité de recours tient compte dans son calcul de la PC, d'une part, du revenu de l'assurée provenant de son activité dans l'atelier et fixé à 2340 francs et, d'autre part, à titre de frais d'acquisition du revenu, d'une déduction de 2100 francs pour frais de nourriture et de logement, ainsi que d'un montant de 10 752 francs pour frais de voyage (trajets en voiture, 48 fois par an, de 560 kilomètres chacun, à 40 centimes par kilomètre).

Voici le calcul du revenu déterminant, donc du montant de la PC, établi par l'autorité de recours de première instance:

Revenu privilégié

- Revenu de l'activité lucrative salariée	Fr. 2 340.-	
- ./, montant non imputable prévu à l'article 3, alinéa 2, LPC	Fr. 500.-	
Revenu total privilégié	Fr. 1 840.-	
- Revenu privilégié pris en considération (deux tiers selon art. 3, al. 2, LPC)		Fr. 1 226.-

Revenu non privilégié

(Rente AI et revenu de la fortune)		Fr. 8 580.-
		Fr. 9 806.-

Déductions

- Logement et nourriture	Fr. 2 100.-	
- Frais de voyage	Fr. 10 752.-	
- Primes d'assurance-maladie	Fr. 564.-	
- Primes d'assurances-vie, accidents et autres	Fr. 9.-	
- Cotisations AVS/AI/APG	Fr. 117.-	Fr. 13 542.-
Revenu déterminant avant la déduction pour le loyer		Fr. --.-

L'autorité de recours n'a pas tenu compte de la déduction pour le loyer, car le montant des autres déductions ramène déjà le revenu déterminant à zéro.

L'OFAS a interjeté un recours de droit administratif contre ce jugement. A son avis, le montant de la prestation complémentaire à accorder chaque mois depuis le 1^{er} août 1977 aurait dû être fixé à 114 francs. Contrairement à l'opinion des premiers juges, l'OFAS estime que les frais de voyage ne doivent être pris en compte comme frais d'obtention du revenu que jusqu'à concurrence de 448 francs; en effet, il ne faut considérer que les frais des trajets effectués au début et à la fin des vacances d'été et d'hiver. Les courses hebdomadaires n'entrent pas en considération, car elles n'ont pas de rapport direct avec l'activité lucrative de l'assurée.

L'autorité cantonale de recours et le père de l'assurée ont demandé au TFA de rejeter ce recours.

Le TFA a admis le recours. Voici ses considérants:

1. En sa qualité de citoyenne suisse domiciliée en Suisse, R. R., qui touche depuis le 1^{er} octobre 1974 une rente de l'AI, ainsi qu'une allocation pour impotent depuis le 1^{er} août 1977, a droit à une PC de l'AI – ce qui d'ailleurs n'est pas contesté – depuis le 1^{er} août 1977, étant donné que la demande a été déposée le 28 août 1977; cependant, une des conditions est que son revenu déterminant ne dépasse pas la limite de 8400 francs par an (art. 2, 1^{er} al., LPC, et art. 21, 1^{er} al., OPC).

Dans le cas présent, le litige porte uniquement sur le montant de la PC. Celui-ci correspond à la différence entre la limite de revenu applicable et le revenu déterminant (art. 5, 1^{er} al., LPC).

2. Le revenu déterminant comprend les ressources en espèces et en nature provenant de l'exercice d'une activité lucrative (art. 3, 1^{er} al., lettre a, LPC). On prendra en compte aussi le revenu réalisé par des invalides travaillant dans des ateliers d'occupation permanente (ateliers protégés) publics ou privés ou dans le marché libre du travail, pour autant qu'il fasse partie du revenu déterminant soumis à cotisations dans l'AVS (chiffres 173 et 174 des directives sur les PC; N° 234 des directives sur les cotisations des indépendants et des personnes sans activité lucrative). Il faut donc prendre en considération dans le calcul du revenu déterminant les 2340 francs représentant le salaire de R. R. pour son travail dans l'atelier protégé.

L'avis de la caisse de compensation, selon lequel ce salaire ne doit pas être pris en considération, étant donné que les frais d'acquisition de ce revenu lui sont supérieurs, ne peut, par principe, être approuvé. En effet, l'article 3, alinéa 4, LPC prévoit que les frais d'acquisition du revenu sont déductibles du revenu déterminant total et non seulement du revenu de l'activité lucrative (RCC 1968, pp. 593-594). Au surplus, le montant des frais d'acquisition du revenu ne dépasse pas le revenu du travail s'élevant à 2340 francs dans le cas en question, ainsi que cela ressort des considérants ci-après.

3. a Les frais d'acquisition du revenu dont fait état l'article 3, alinéa 4, LPC sont les dépenses liées directement à la réalisation du revenu brut ou à la conservation de la source de revenu. Il s'agit des dépenses entraînées par l'acquisition du revenu et qui sont inhérentes à l'exercice d'une profession. On ne considère pas comme frais d'acquisition du revenu les dépenses qui n'ont pas de rapport avec l'obtention d'un gain ou qui n'ont, avec celle-ci, qu'un rapport indirect. On n'exige cependant pas la preuve qu'une dépense – pour être considérée comme frais d'obtention du revenu – soit vraiment nécessaire dans le cas particulier; il suffit qu'elle ait un rapport avec la réalisation du revenu (Nos 223 et 226 des directives concernant les PC; Känzig: Kommentar Wehrsteuer, art. 22, notes 4 et 20; Masshardt: Kommentar Eidg. Wehrsteuer 1971-1982, art. 22, note 3).

b Les salariés peuvent déduire à titre de frais d'obtention les frais supplémentaires entraînés par des repas pris à l'extérieur ou par des séjours hebdomadaires en dehors du domicile (chiffre 225 des directives PC). Pour l'IDN, on a élaboré à ce propos des directives qui prévoient, dès la 17^e période IDN, c'est-à-dire depuis 1973, en cas de séjour hebdomadaire à l'extérieur tout au long de l'année, une déduction de 2000 francs pour les frais supplémentaires de repas (1500 fr., si les repas sont pris dans la cantine de l'entreprise), ainsi qu'une déduction supplémentaire de 600 francs pour les frais de logement d'une personne seule (Masshardt, supplément de 1974 aux commentaires cités, art. 22 bis, note 3 de la page 25). Se fondant sur le taux valable pour les repas pris à la cantine, l'autorité de recours de première instance a déduit un montant de 1500 francs pour les repas pris à l'extérieur. Cette façon de procéder ne donne pas lieu à contestation.

En revanche, la déduction de 600 francs pour le logement à l'extérieur n'est pas justifiée. La LPC contient une disposition particulière en ce qui concerne la déduction pour le loyer (art. 4, 1^{er} al., lettre b, LPC), qui est applicable en l'occurrence et se substitue aux normes

générales de l'IDN. C'est pourquoi les frais supplémentaires occasionnés par un séjour régulier en dehors du domicile ne sont pas considérés comme frais d'acquisition du revenu, mais sont pris en compte dans la déduction admise pour le loyer, tout au moins lorsque cette méthode de calcul est avantageuse pour l'assuré. On peut renvoyer à ce sujet au considérant 6 a.

c. Les frais de transport jusqu'au lieu de travail font également partie des frais d'acquisition du revenu (chiffre 225 des directives PC). Selon la pratique suivie en matière d'IDN, cette disposition est également applicable lorsque les retours à la maison ne sont pas journaliers, mais se font régulièrement à des intervalles plus longs (Känzig, ouvrage cité, art. 22 bis, note 2). On déduit en principe, comme frais de transport, les dépenses occasionnées par l'utilisation des transports publics (train, tram, autobus, etc.; cf. Känzig, ouvrage cité, art. 22, note 9, et art. 22 bis, note 3; Masshardt, commentaire, art. 22 bis, note 1).

Les frais d'un véhicule à moteur privé ne peuvent être pris en compte que lorsque le contribuable ne peut disposer de moyens de transport publics ou que leur utilisation n'est pas possible, par exemple à cause d'un handicap physique, de l'éloignement de la station la plus proche, d'horaires inadéquats, etc. (Känzig, art. 22 bis, note 3; Masshardt, art. 22 bis, note 1). Les frais occasionnés par la conservation de la source de revenu et nécessités par l'infirmité, dont font aussi partie les frais de voiture, sont de toute façon déjà déductibles comme frais d'obtention (Känzig, art. 22, note 6).

L'autorité de recours de première instance a calculé, pour les trajets en auto entre le domicile et l'atelier, des frais supplémentaires s'élevant au total à 10 752 francs (48 fois 560 kilomètres à 40 centimes). Certes, le handicap physique et psychique de l'assurée peut justifier l'utilisation d'une voiture privée. Par contre, comme le fait remarquer à très juste titre l'OFAS, le voyage hebdomadaire des parents n'a aucun rapport direct avec le travail de l'assurée, mais est effectué pour des raisons d'ordre personnel. R. R. aurait pu, comme d'autres pensionnaires, passer ses week-ends au centre, si son comportement agressif n'avait pas imposé une autre solution. Les frais de transport hebdomadaires ne sont donc pas, dans ce cas, des frais d'acquisition du revenu. En revanche, comme le relève l'OFAS, les frais de transport aller et retour lors de la fermeture de l'établissement en été et à Noël peuvent être pris en considération. Ils représentent un montant de 448 francs (4 fois 280 kilomètres à 40 centimes).

4. Les frais d'acquisition du revenu à prendre en compte sont donc composés, d'une part, de 1500 francs pour les frais de repas et, d'autre part, de 448 francs pour les frais de déplacement, c'est-à-dire qu'ils atteignent 1948 francs. Ces frais d'acquisition doivent être déduits en premier lieu du revenu de l'activité lucrative de 2340 francs. C'est du montant net qui résulte que l'on peut déduire pour les personnes seules la somme de 500 francs – conformément à l'article 3, alinéa 2, LPC – et c'est du solde restant après cette déduction que l'on prend en compte les deux tiers (RCC 1968, pp. 593-594; N° 165 des directives PC). L'interprétation de l'autorité de première instance, qui a considéré le revenu brut comme revenu privilégié au sens de l'article 3, 2^e alinéa, LPC avant la déduction des frais d'acquisition, n'est pas correcte. Par conséquent, le calcul du revenu privilégié se présente comme suit:

– Revenu de l'activité lucrative dépendante:		Fr. 2340.–
– ././ frais d'acquisition:		
– Nourriture:	Fr. 1500.–	
– Transport:	Fr. 448.–	Fr. 1948.–
	Fr. 1948.–	Fr. 392.–
././ déduction forfaitaire selon article 3, alinéa 2, LPC		Fr. 500.–
Revenu privilégié à prendre en compte		Fr. –.–

Ce calcul fait apparaître qu'il n'y a pas de revenu privilégié à prendre en compte, mais pour d'autres raisons que celles invoquées par la caisse de compensation.

5. Le montant du revenu non privilégié est de 8580 francs (rente AI et revenu de la fortune), ce qui n'est d'ailleurs pas contesté.

6. a. Du revenu de 8580 francs, il faut soustraire la déduction pour le loyer dont nous avons déjà parlé, conformément à l'article 4, 1^{er} alinéa, lettre b, LPC. Selon cette disposition, les cantons peuvent prévoir une déduction pour la part du loyer qui dépasse 780 francs lorsqu'il s'agit d'un rentier vivant seul. Le canton de X a fait usage de cette possibilité. Si un bénéficiaire de PC séjourne dans un établissement ou prend pension chez des tiers, on peut admettre comme frais de loyer un montant qui va jusqu'à 35 pour cent des frais de pension (nourriture et logement), pour autant qu'il ne soit pas prouvé que les frais de loyer effectifs sont supérieurs (supplément 3 des directives PC, valables depuis le 1^{er} janvier 1977, N° 242).

La caisse de compensation a calculé la déduction pour le loyer, dans la décision litigieuse, comme suit:

Déduction pour le loyer

– Un cinquième de Fr. 7117.– (frais de pension)	Fr. 1423.–
– ./. part du loyer non déductible (franchise)	Fr. 780.–
Déduction pour le loyer	Fr. 643.–

La déduction de 20 pour cent pour le loyer est justifiée, car il doit s'agir ici d'un bâtiment ancien (compte tenu du prix de la pension qui est de 19 fr. 50 par jour). Dans des homes de ce genre, il est juste de considérer que le loyer représente 20 à 25 pour cent des frais de pension (arrêt du 28 mars 1979, RCC 1979, p. 237).

b. Les autres déductions dont la caisse de compensation a tenu compte ne sont pas litigieuses et, en ce qui concerne le TFA, elles n'appellent pas de commentaires particuliers.

7. En résumé, il ressort de l'examen de ce cas qu'aucun revenu privilégié ne peut être pris en considération. En outre, en ce qui concerne le revenu non privilégié et les déductions, il n'y a pas non plus de rectifications à faire aux calculs de la caisse de compensation; la décision de cette dernière d'octroyer une PC mensuelle de 97 francs se révèle donc juste. Le TFA confirme donc la décision du 16 novembre 1977 de la caisse et annule le jugement de l'autorité de recours de première instance.

Chronique mensuelle

● La *Commission fédérale des questions de réadaptation médicale dans l'AI* a siégé le 4 mars sous la présidence de M. Granacher, de l'Office fédéral des assurances sociales. Elle a pris connaissance, en l'approuvant, du rapport d'un groupe d'étude créé par le Département fédéral de l'intérieur et placé sous la présidence du professeur Schär, de l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Zurich. Ce document, qui sera publié dans le N° d'avril de la RCC, est consacré à la question du succès des endoprothèses, notamment de la hanche, dans les cas de réadaptation professionnelle. La commission s'est prononcée, en outre, sur une réglementation de la remise de médicaments dans l'AI et a discuté de divers problèmes touchant le traitement des infirmités congénitales.

● Voici un tableau sommaire des *résultats des comptes de l'AVS, de l'AI et des APG* en 1979 (entre parenthèses, les chiffres de 1978):

AVS

Recettes	9 910 (9487) millions
Dépenses	10 103 (9921) millions
Déficit	193 (434) millions
Etat du compte capital le 31 décembre 1979	9 522 (9715) millions

AI

Recettes	1 968 (1893) millions
Dépenses	2 025 (1963) millions
Déficit	57 (70) millions
Etat du compte capital le 31 décembre 1979	- 316 (-259) millions

APG

Recettes	596 (567) millions
Dépenses	509 (467) millions
Excédent	87 (100) millions
Etat du compte capital le 31 décembre 1979	739 (652) millions

Le déficit total des trois branches d'assurance n'est plus que de 163 millions; c'est donc une forte diminution par rapport à l'année précédente (404 millions). Elle est due en partie aux mesures introduites par la neuvième révision de l'AVS, avec effet au 1^{er} janvier 1979, en partie aussi à une nette augmentation des cotisations.

Les assurances sociales dans les grandes lignes de la politique gouvernementale et dans le plan financier de la Confédération

Au début de chaque législature, le Conseil fédéral établit un catalogue des tâches à accomplir et les classe d'après les priorités, c'est-à-dire d'après leur urgence et les possibilités de réalisation. Le résultat de ce travail est consigné dans le «Rapport sur les grandes lignes de la politique gouvernementale» qui est soumis aux Chambres et publié. Le rapport concernant la nouvelle législature, qui a commencé en décembre 1979 et prendra fin en 1983, a été présenté à la presse le 4 février 1980 et transmis aux Chambres. Comme on pouvait s'y attendre, la préoccupation essentielle, pour ces prochaines années, sera l'assainissement des finances fédérales. Les extraits ci-après du rapport, ainsi que du plan financier pour les années 1981 à 1983, montrent quelles sont les intentions de notre gouvernement à l'égard de la sécurité sociale.

Rapport sur les grandes lignes de la politique gouvernementale durant la législature 1979-1983 du 16 janvier 1980

Prévoyance sociale

Assurance-vieillesse et survivants

Depuis l'acceptation, en décembre 1972, du nouvel article constitutionnel 34 quater, la politique suisse en matière de prévoyance sociale touchant la vieillesse, le décès et l'invalidité repose sur le *principe dit des trois piliers*. En vertu de ce principe, la prévoyance publique (AVS = 1^{er} pilier) doit assurer la couverture du minimum vital, la prévoyance professionnelle (caisse de retraite, associations syndicales = 2^e pilier) permettre au retraité de maintenir un train de vie raisonnablement comparable à celui dont il jouissait comme travailleur, et la prévoyance individuelle (épargne privée, achat d'un logement, assurances privées, etc. = 3^e pilier) satisfaire les besoins et les exigences qui sortent des limites susmentionnées. Le ralentissement de la conjoncture intervenu depuis lors a quelque peu freiné les efforts tendant à atteindre ces objectifs. Le principe des trois piliers n'en garde pas moins toute sa valeur et continuera de régir notre politique en matière de prévoyance sociale.

Dans le domaine de la *prévoyance publique*, la neuvième révision de l'AVS a permis, en premier lieu, de consolider les bases financières de l'AVS et de l'AI. Les effets de cette révision, qui ne se feront réellement sentir que dans quelques années, devraient permettre de rééquilibrer les comptes de l'AVS d'ici à la fin de la nouvelle législature. Cela ne veut certes pas dire que l'équilibre soit assuré pour autant à très long terme, mais nous estimons inutile de nous préoccuper aujourd'hui d'un problème qui ne se posera vraisemblablement pas avant le XXI^e siècle et dont il est encore impossible de prévoir l'ampleur. Cela est d'autant plus vrai que le financement de l'AVS ne repose pas, comme celui des caisses de prévoyance professionnelles, sur la capitalisation, mais est fondé sur le reversement immédiat, sous forme de prestations, des cotisations encaissées. Si l'on fait abstraction des variations conjoncturelles à court terme et des cotisations des travailleurs étrangers qui ne séjournent que peu de temps dans notre pays, la couverture des prestations AVS que seront en droit d'attendre les futurs retraités dépend non pas des réserves du fonds de compensation, mais avant tout de la propension des générations futures à financer, par leurs cotisations, le volume de rentes qui sera alors nécessaire.

La neuvième révision de l'AVS a permis de résoudre un autre problème important, celui de l'adaptation des rentes à l'évolution des prix et des salaires. Maintenant que le Conseil fédéral a la compétence de procéder à de telles adaptations, il va être possible de s'attaquer aux structures de notre système de prévoyance publique, qui ont grand besoin d'être modifiées, en tenant mieux compte encore des aspects économiques. Nous envisageons de présenter à l'Assemblée fédérale au cours de la nouvelle législature un projet de *dixième révision de l'AVS*. Nous appuyant sur les travaux préparatoires de la Commission fédérale pour l'AVS/AI, nous nous en tiendrons essentiellement aux problèmes que posent le statut de la femme et la modulation de l'âge de la retraite. Cette révision devra également porter sur les rentes complémentaires, question que nous avons également évoquée en relation avec la nouvelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons. Il s'agit là de problèmes très complexes, dont il est encore impossible d'évaluer les incidences financières, si bien que nous ne pouvons dire, pour l'instant, quelle sera la nature des solutions à adopter.

Au début de la législature qui vient de se terminer, nous avons soumis aux Chambres fédérales l'avant-projet d'une *loi fédérale sur les institutions professionnelles d'assurance-vieillesse, survivants et invalidité*. Ce texte visait essentiellement à combler les lacunes qui existent dans ce domaine en rendant de telles assurances obligatoires et en imposant des prestations minimales. L'obligation faite à toutes les entreprises d'avoir leur propre institution de prévoyance et la garantie du libre-passage des travailleurs d'une caisse de retraite à l'autre devraient améliorer de facto la mobilité professionnelle des travailleurs.

Assurance-maladie

En matière d'assurance-maladie, un certain nombre de problèmes importants attendent toujours une solution. Même si l'augmentation des coûts de la santé s'est quelque peu ralentie ces dernières années, elle n'en reste pas moins supérieure à celle du niveau des prix, rendant les problèmes de coût et de financement particulièrement aigus. Il s'agit donc, en premier lieu, de brider les coûts, mais également de régler le financement des assurances et de garantir une répartition socialement équitable des charges. En vertu de la loi fédérale du 5 mai 1977 concernant les mesures destinées à restaurer l'équilibre des finances fédérales, les subventions allouées aux caisses de maladie ont été plafonnées au niveau de 1976. Cette mesure, dictée par la nécessité d'économiser les deniers publics, nous oblige plus que jamais à utiliser judicieusement les ressources de la Confédération. Par ailleurs, de nombreuses interventions parlementaires ont souligné les carences du système actuel, notamment en matière d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maternité. Il semble toutefois qu'une révision totale du système d'assurance-maladie ait actuellement peu de chances d'aboutir, si bien que nous avons préféré la remettre à plus tard.

En revanche, nous entendons vous soumettre, dans le courant de 1980, un avant-projet de *révision partielle de la LAMA* portant essentiellement sur les points suivants: mesures permettant de freiner l'évolution des coûts; utilisation judicieuse des subventions fédérales; développement des prestations des caisses de maladie se limitant aux problèmes les plus urgents de politique sociale; amélioration en matière d'assurance-maternité; introduction d'une assurance obligatoire pour frais d'hospitalisation. En ce qui concerne le financement des caisses de maladie, il faudra notamment tenir compte de la nouvelle répartition prévue des tâches entre la Confédération et les cantons.

Assurance-accidents

L'avant-projet de la nouvelle loi sur l'*assurance-accidents obligatoire* a été soumis au Parlement en 1976. Les débats ne sont pas encore terminés. Une fois la loi entrée en vigueur, il restera à organiser l'exécution de manière que le passage au nouveau droit se fasse sans trop de heurts.

Rapport sur le plan financier de la Confédération pour les années 1981 à 1983 de la législature du 16 janvier 1980

Prévoyance sociale

La prévoyance sociale demeurera une tâche importante de la Confédération, bien que dans ce domaine également, la répartition des charges soit réexaminée en relation avec la redistribution des tâches entre la Confédération et les cantons. Il s'agit au moins de maintenir ce qui est acquis. Si la croissance des dépenses de ce groupe est supérieure à celle de l'ensemble des dépenses fédérales au début des années quatre-vingt, c'est surtout par suite de la neuvième révision de l'AVS, selon laquelle la contribution fédérale, qui a été relevée de 11 à 13 pour cent en 1980, passera à 15 pour cent en 1982 (+ 235 millions). On prévoit en outre des dépenses supplémentaires de 130 millions dès 1982, date à partir de laquelle les rentes AVS et AI seront calculées d'après un indice mixte. Il faudra veiller, lors de la dixième révision de l'AVS, à ce qu'il n'en résulte une charge additionnelle ni pour la Confédération ni pour les œuvres sociales. Le plan financier de 1981 à 1983 ne contient en tout cas pas une majoration des dépenses à cet effet.

Pour ce qui est de l'AVS, les données du plan reposent en outre sur les calculs démographiques élaborés pour la neuvième révision de cette institution, ainsi que sur l'évolution réelle des finances de l'AVS jusqu'en 1978. Il en résulte les prévisions suivantes:

	1981	1982	1983
Dépenses totales de l'AVS (en millions)	10 966	11 822	11 947
Contribution fédérale en pour-cent	13	15	15
Contribution fédérale en millions	1 426	1 774	1 793

Comme près de 98 pour cent des dépenses de l'AVS concernent des rentes et des allocations pour impotents, leur charge est essentiellement déterminée par l'évolution du nombre des rentiers (composante démographique) et celle du niveau des rentes (composante économique). La première composante peut être évaluée de façon assez certaine pour les années 1981 à 1983. Pour la seconde, on a par contre dû recourir à des hypothèses, selon lesquelles il fallait prévoir une majoration des rentes de 6,6 pour cent à partir du 1^{er} janvier 1982.

Les chiffres du plan sont les suivants pour les subsides à l'assurance-invalidité:

	1981	1982	1983
	millions de francs		
Dépenses totales AI	2236	2404	2471
Contribution fédérale (37,5 pour cent)	839	902	927

Un modèle démographique analogue à celui de l'AVS n'est pas encore disponible pour l'AI. L'estimation des dépenses totales se fonde dès lors sur les résultats des décomptes obtenus jusqu'en 1978, le taux d'augmentation des prix et des salaires étant le même que pour l'AVS. Si ces hypothèses se réalisent, il faudra également relever les rentes de l'AI au 1^{er} janvier 1982. Pour les dépenses consacrées aux mesures de réadaptation, les contributions aux institutions et organisations et les frais d'exécution et d'administration, nous avons tenu compte d'un accroissement équivalent à celui des salaires. Nous avons en revanche admis un léger recul pour les contributions aux écoles spéciales et aux constructions.

Les besoins financiers pour les *prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI* dépendent essentiellement de la différence entre la limite légale du revenu et le montant minimal des rentes AVS/AI. Comme cette différence demeure pratiquement constante malgré la majoration prévue des rentes, nous avons inscrit les mêmes valeurs pour les trois années 1981 à 1983, sous réserve d'une modification en relation avec le nouveau partage des tâches entre la Confédération et les cantons. Les fluctuations dans l'effectif des bénéficiaires de PC ne peuvent pas être calculées d'avance.

Les subventions fédérales à l'*assurance-maladie* ont été stabilisées pour l'instant à 880 millions par an, conformément à la loi fédérale du 5 mai 1977 instituant des mesures propres à équilibrer les finances fédérales (RS 611.04). Dans l'hypothèse que les contributions des cantons seraient nettement plus élevées, le plan financier de 1978 ne prévoyait qu'une subvention de 650 millions; compte tenu des réductions linéaires, les prestations fédérales sont évaluées à 800 millions pour chacune des années 1981 et 1982. Le financement de l'assurance-maladie, qui constitue un point essentiel de la révision partielle de la LAMA, qui est en cours, doit être réglé conjointement avec la modification de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons.

Genres et montants mensuels des rentes AVS et AI dès 1980

Lors des adaptations de rentes, l'Office fédéral des assurances sociales doit refaire et rééditer toutes les tables de rentes. La collection de celles-ci comporte plus de 140 pages de grand format. Même les spécialistes habitués à ce genre de travail ont quelque peine à trouver, dans cette abondance de chiffres, le nombre qui convient dans le cas particulier.

Pour le profane, le problème peut être sensiblement simplifié s'il se borne à consulter la table des rentes complètes¹, soit l'échelle 44. Cette table est valable pour tous les assurés dont la durée de cotisations est complète; d'après la statistique des rentes de 1978, c'est le cas pour environ 97 pour cent des rentiers AVS. En partant de son revenu annuel moyen déterminant, l'assuré peut trouver, dans cette table, le montant de la rente qui lui revient.

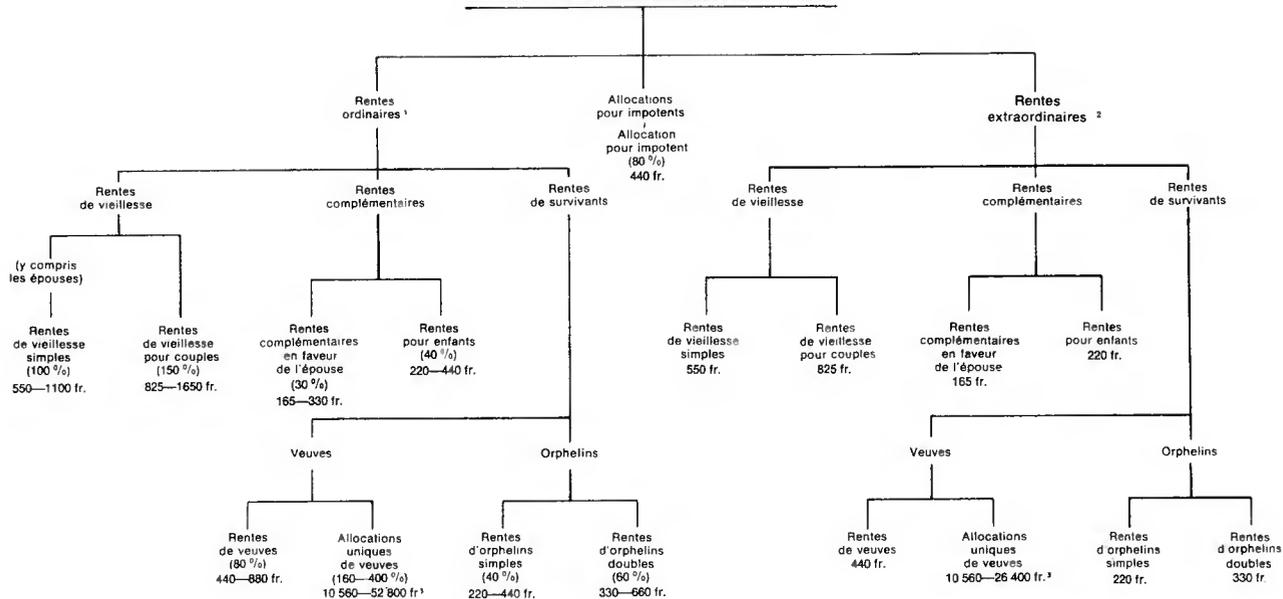
On fait un pas de plus dans la simplification et la clarté en représentant les genres et montants des rentes sous forme d'un graphique qui ressemble à un arbre généalogique. Des graphiques de ce genre ont été publiés dès 1973 dans la RCC lors de chaque hausse des rentes. On n'y indique que les montants minimaux et maximaux des rentes complètes; de cette manière, les genres de prestations sont clairement mis en évidence et exprimés en pour-cent de la rente simple de vieillesse (entre parenthèses). Voici deux graphiques établis d'après ces règles et tenant compte des plus récentes modifications; ils indiquent les rentes AVS et AI, ainsi que les allocations pour impotents.

Coup d'œil sur les mémentos concernant l'AVS, l'AI, les APG et les PC

L'Office fédéral des assurances sociales et le Centre d'information des caisses de compensation AVS publient, depuis des années, de nombreux mémentos consacrés aux questions les plus importantes de l'AVS, de l'AI, des APG et des PC. Ces documents, que l'on peut recevoir desdites caisses, ne remplacent certes pas les renseignements donnés directement par les organes compétents, mais ils constituent un instrument utile pour les assurés qui cherchent à obtenir des informations générales. Un premier tableau des mémentos disponibles a été publié dans la RCC de 1975, page 187. Depuis lors, la plupart de ces textes ont été remaniés et quelques-uns ont été réédités. Le tableau ci-après donne la liste des mémentos actuellement valables.

¹ La table des rentes complètes peut être commandée auprès des caisses de compensation. Elle se trouve aussi dans les mémentos sur les prestations de l'AVS et sur le calcul des rentes ordinaires de l'AVS et de l'AI.

Genres et montants mensuels des rentes AVS 1980

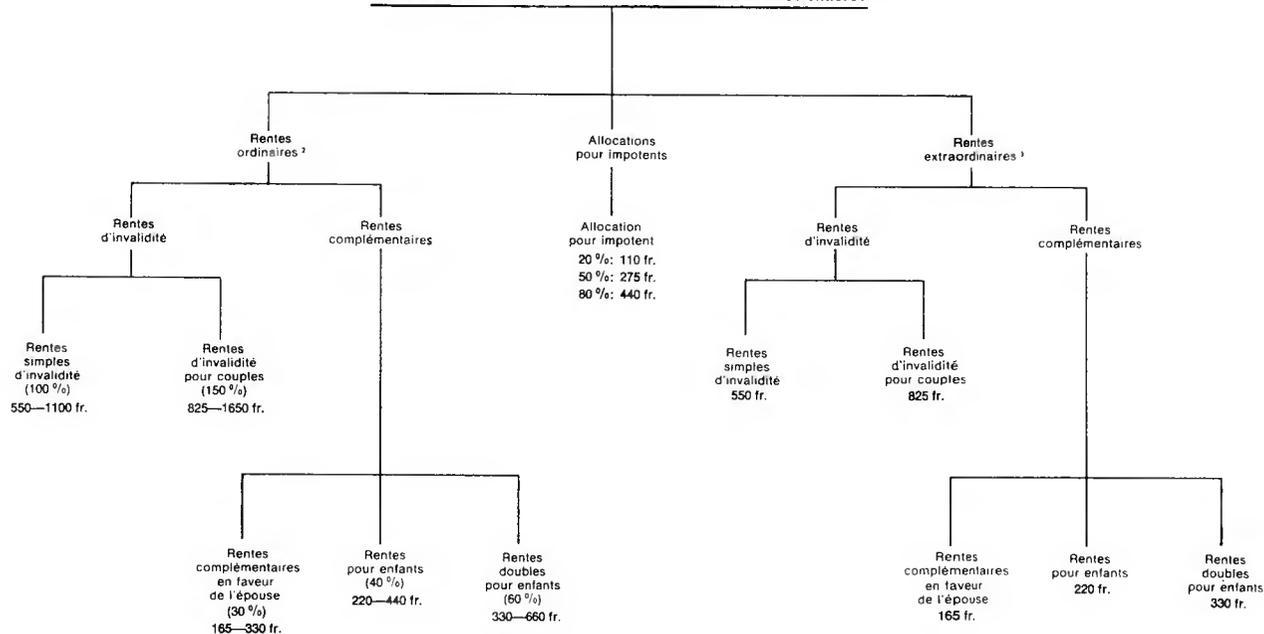


¹ Les rentes ordinaires sont versées comme rentes complètes ou partielles. Les montants indiqués ci-dessus sont les montants minimaux et maximaux des rentes complètes

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

³ Versement unique.

Rentes AI 1980: Genres et montants mensuels des rentes entières ¹



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

Titre	Contenu	N° de commande	Langue ¹
-------	---------	----------------	---------------------

1. Généralités et organisation

Mémento sur l'organisation générale AVS/AI/APG	Organes de l'assurance, employeurs et autres affiliés, caisse de compensation compétente, certificat d'assurance, attributions des caisses de compensation, commissions AI, Centrale de compensation à Genève	35/77	d/f/i
Introduction du numéro AVS de 11 chiffres	Composition et allongement du numéro AVS, introduction par étapes, inconvénients pouvant résulter de données insuffisantes	30/72	d/f/i
Mémento sur le certificat d'assurance des personnes bénéficiant d'une prestation	Notice concernant le rôle de ce certificat	32/75	dfi
Mémento sur l'assurance facultative des Suisses à l'étranger	Conditions d'adhésion, cotisations, résignation et exclusion, rentes AVS, prestations de l'AI, allocations de secours de l'AVS et de l'AI, rapports avec les assurances sociales étrangères	318.119.03	d/f/i/e/s
«Avant votre départ pour l'étranger»	Notice concernant l'assurance facultative	33/74	df

2. Cotisations

Mémento sur les cotisations AVS/AI/APG	Personnes tenues de cotiser, début et fin de l'obligation de cotiser, cotisations des salariés et des employeurs (éléments du	10/80	d/f/i
---	---	-------	-------

¹ d = allemand
f = français
i = italien

e = anglais
s = espagnol
g = grec

n = néerlandais
p = portugais
t = turc
y = serbo-croate

Pour les mémentos en plusieurs langues, les lettres figurant ici dans la dernière colonne sont imprimées sans trait oblique; ainsi, df signifie que chaque exemplaire comporte un texte allemand et un texte français.

Titre	Contenu	N° de commande	Langue
	salaire déterminant, allocations, etc., qui ne font pas partie de ce salaire, évaluation du salaire en nature, timbres-cotisations), cotisations au régime fédéral des allocations familiales dans l'agriculture, cotisations des indépendants et des non-actifs, contributions aux frais d'administration		
Mémento sur les timbres-cotisations AVS/AI/APG	Conditions à remplir et procédure à suivre pour régler les cotisations au moyen de timbres, exemple de calcul, restitution des carnets de timbres	11/79	d/f/i
Mémento AVS à l'intention des personnes sans activité lucrative	Obligation de verser les cotisations, définition des personnes sans activité lucrative, ou «non-actifs», dans l'AVS, calcul de leurs cotisations, obligation de s'annoncer, table des cotisations	12/80	d/f/i
Mémento pour les étudiants	Protection donnée par l'assurance, obligation de payer des cotisations; quels étudiants sont assurés; procédure de perception des cotisations	318.119.01	d/f/i
Mémento AVS sur les cotisations des personnes ayant atteint l'âge du droit à la rente de vieillesse	Obligation de payer les cotisations, franchise mensuelle applicable aux cotisations des salariés et des employeurs, franchise annuelle, indépendants	19/80	d/f/i
Mémento sur l'obligation des bénéficiaires de rentes AI de verser les cotisations AVS	Notice concernant cette obligation	31/79	dfi

Titre	Contenu	N° de commande	Langue
Mémento sur le paiement des cotisations AVS et les intérêts moratoires	Echéances et périodes de paiement des cotisations, sommes et poursuites, intérêts moratoires, cas spéciaux	49/79	d/f/i
Mémento concernant la fixation, le paiement, la réduction et la remise des cotisations personnelles AVS/AI/APG dues par les indépendants	Fixation des cotisations, possibilité de recourir, procédure à suivre en cas de difficultés financières, réduction et remise	17/76	d/f
3. Prestations de l'AVS			
Mémento sur les prestations de l'AVS	Droit aux rentes de vieillesse et de survivants, début et fin du droit aux rentes, calcul de celles-ci, table des rentes complètes, allocations pour impotents, demande à présenter pour obtenir une rente	20/80	d/f/i
Mémento concernant les rentes de survivants de l'AVS	Personnes qui ont droit aux rentes, demande à présenter pour obtenir une rente, survivants d'étrangers et d'apatrides	318.306.01	d/f/i
Mémento sur l'allocation pour impotent de l'AVS	Conditions générales du droit à cette prestation, notice à l'intention des assurés qui touchent une allocation de l'AI, demande à présenter	318.306.02	d/f/i
Mémento concernant l'ajournement des rentes de vieillesse	Possibilité de demander cet ajournement, effets de celui-ci, exceptions, déclaration à présenter, révocation	318.306.03	d/f/i

Titre	Contenu	N° de commande	Langue
Mémento sur la remise de moyens auxiliaires aux bénéficiaires d'une rente de vieillesse	Droit en vertu des dispositions régissant l'AVS et les PC, remise ou financement par Pro Senectute, liste des secrétariats compétents	28/79	d/f/i
Mémento concernant le versement des rentes AVS/AI en main de tiers et l'argent de poche aux personnes sous tutelle ou assistées	Dispositions générales, ordonnances du juge et ordonnances des autorités tutélaires à titre préventif, versement de la rente à l'ayant droit assisté d'un tuteur, d'un conseil légal ou d'un curateur, versement en main d'un tiers sur demande de l'ayant droit ou de son représentant légal, versement en main d'un tiers sur demande d'un tiers, argent de poche	318.119.05	d/f/i
Mémento concernant le calcul des rentes ordinaires AVS et AI	Règles fondamentales, bases de calcul, particularités, table des rentes complètes mensuelles, montant des rentes partielles	318.119.06	d/f/i

4. Prestations de l'AI

Mémento sur les prestations de l'AI	Conditions générales d'octroi, mesures médicales et professionnelles de réadaptation, formation scolaire spéciale des mineurs invalides, contributions aux frais de soins de mineurs impotents, moyens auxiliaires, frais de voyage, indemnités journalières, rentes, allocations pour impotents, étrangers et apatrides, demandes de prestations	21/80	d/f/i
-------------------------------------	---	-------	-------

Titre	Contenu	N° de commande	Langue
Mémento relatif au remboursement des frais de voyage dans l'AI	Personnes ayant droit au remboursement, moyens de transport, contributions aux frais de nourriture et de logement, attribution de bons, remboursement après coup	318.516	d/f/i
Mémento sur les mesures de formation scolaire spéciale de l'AI	Définition de cette formation considérée par l'AI, prestations de l'AI pour les mesures de formation scolaire, exercice du droit à ces prestations	318.517	d/f/i
Mémento concernant les véhicules à moteur	Véhicules à moteur remis en prêt: obligation d'annoncer les changements, entretien du véhicule, utilisation à des fins privées, frais d'utilisation et de réparation. Contributions d'amortissement de l'AI; avis obligatoire, montant des contributions et durée du droit, frais d'utilisation et de réparation, relevé de compte, remboursement des droits de douane	318.518	d/f/i
Mémento à l'intention des détenteurs de chiens-guides pour aveugles	Dispositions générales, contributions de l'AI et frais supportés par le détenteur, nourriture et traitement du chien	318.519.01	d/f/i
Feuille annexe à la décision concernant les cures de bain	Notice pour le médecin et l'assuré	318.564.1	d/f/i

5. Prestations complémentaires

Mémento concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI	Conditions d'octroi, limites de revenu, prise en compte et évaluation du revenu et de la fortune, frais pouvant être déduits du revenu, exemple de calcul, début	23/80	d/f/i
--	--	-------	-------

Titre	Contenu	N° de commande	Langue
	et fin du droit aux PC, demande à présenter, liste des offices compétents pour recevoir les demandes		
Mémento sur les PC: frais de maladie, moyens auxiliaires, appareils de traitement et de soins	Conditions générales du droit, frais de maladie, frais de moyens auxiliaires, présentation des demandes et remboursement des frais	24/79	d/f/i
6. Prestations du régime des APG			
Mémento sur les allocations APG	Personnes ayant droit aux allocations, divers genres d'allocations, limite supérieure, paiement, exemples tirés de la table des allocations	22/79	d/f/i
Mémento APG pour les personnes faisant un apprentissage ou des études	Calcul de l'allocation, exercice du droit	318.708.4	d/f/i
7. Assurance-chômage			
Mémento concernant les cotisations dues à l'AC obligatoire	Généralités, obligation de verser les cotisations, taux et calcul de celles-ci, exemples de calcul	40/80	d/f/i
8. Statut des étrangers			
Mémento AVS à l'intention des employeurs concernant leurs salariés étrangers	Obligation de verser les cotisations, droit aux prestations pour les assurés bénéficiant des conventions internationales de sécurité sociale et pour les étrangers ressortissants d'autres Etats	34/79	d/f/i

Titre	Contenu	N° de commande	Langue
Mémento AVS et AI à l'intention des ressortissants des pays avec lesquels la Suisse n'a pas conclu de convention de sécurité sociale	Obligation d'assurance, certificat d'assurance, cotisations, prestations de l'AVS/AI, calcul des rentes, remboursement des cotisations, demande de prestations à l'assurance suisse et à l'assurance étrangère	80/79	df
Mémentos AVS et AI à l'intention des ressortissants des Etats suivants:	Obligation d'assurance, cotisations, prestations de l'AVS et de l'AI, calcul des rentes AVS et AI, transfert ou remboursement des cotisations, prise en compte des périodes d'assurance suisses dans l'assurance du pays étranger, exercice du droit aux prestations		

Pays	N° de commande	Langues
Belgique	B/80	df
Danemark	DK/79	df
République fédérale d'Allemagne	D/79	df
France	F/80	df
Grèce	GR/80	dg/fg
Grande-Bretagne	GB/80	de/fe
Italie	I/80	di/fi
Yougoslavie	YU/80	dy/fy
Liechtenstein	FL/80	df
Luxembourg	L/79	df
Pays-Bas	NL/79	df
Autriche	A/79	df
Portugal	P/80	dp/fp
Suède	S/80	df
Espagne	E/80	ds/fs
Turquie	TR/73	dt/ft
Etats-Unis (USA)	USA/74	de/fe

L'évaluation de l'incapacité de travail et de gain dans les assurances sociales

Nous publions ci-après le dernier article consacré à ce sujet (cf. RCC 1980, p. 66).

L'incapacité de travail et de gain vue par le TFA

par *Rudolf Rüedi*, greffier

Dans la première partie du présent exposé, je définirai les notions d'incapacité de travail et d'incapacité de gain en me fondant sur la notion légale d'invalidité. Dans la deuxième partie, j'examinerai les relations entre le médecin et l'autorité chargée d'appliquer le droit. Ensuite, j'aborderai certains problèmes qui se posent, dans la pratique judiciaire, à propos de la notion d'incapacité de travail, abstraction faite de l'évaluation de l'invalidité. Enfin, j'exposerai deux questions de droit qui sont spécifiques aux procès se déroulant devant le TFA: celle de l'examen des faits par ce tribunal et celle du moment déterminant.

Définition de l'incapacité de travail et de gain dans l'AI

1. Le premier recours concernant l'AI et soumis finalement au TFA fut celui d'un certain Herensperger; il fut interjeté le 28 juin 1960. L'arrêt, publié dans ATFA 1960, page 249, est daté du 4 octobre 1960. Huit mois s'étaient écoulés entre la demande de prestations et le jugement de dernière instance; actuellement, il faut compter un délai aussi long, en moyenne, rien que pour la procédure devant le TFA.

Dans la publication des ATFA, l'arrêt en question est résumé de la manière suivante: «Articles 4 et 28, 2^e alinéa, LAI. De la notion d'invalidité et de la portée du gain effectif de l'assuré lors de l'évaluation de l'invalidité». Cet arrêt est resté valable en ce qui concerne la définition de l'incapacité de gain.

2. Contrairement à ce que l'on a fait, par exemple, dans la législation de la République fédérale d'Allemagne, la notion d'incapacité de gain n'est pas définie par les lois régissant la sécurité sociale de notre pays. Celles-ci se bornent à définir l'invalidité. Il faut donc se fonder sur la définition de l'article 4, 1^{er} alinéa, LAI. L'AI est ainsi une assurance obligatoire contre l'incapacité de gain résultant d'une atteinte à la santé relativement durable. Elle est une assurance contre la perte de la capacité de gain et non pas contre la perte du gain en soi.

3. L'invalidité en tant que risque assuré, en tant que condition indispensable du droit à des prestations de l'AI, n'est pas une notion purement médicale, ni purement économique; c'est une notion juridique. Elle signifie la réduction – présumée permanente ou de longue durée, et causée par une atteinte à la santé – des possibilités de gain sur le marché du travail qui entre en ligne de compte pour l'assuré, compte tenu d'une situation équilibrée de ce marché. Ce qui est essentiel, c'est que cette notion réponde à des questions concernant le gain de l'assuré.

4. La notion d'invalidité est la même, selon la jurisprudence, dans les domaines de la LAMA, de la LAM et de la LAI. Dans l'arrêt Herensperger, le TFA s'est d'ailleurs référé à la pratique suivie en matière d'assurance-accidents et d'assurance militaire. Dans les assurances sociales, en effet, il faut rechercher l'uniformité, à moins que certaines branches d'assurance n'exigent un traitement spécial.

5. La définition légale comporte un élément médical (atteinte à la santé physique ou mentale), un facteur de temps (invalidité permanente ou de longue durée) et un élément économique (incapacité de gain). En outre, il doit y avoir un rapport de cause à effet entre ladite incapacité et l'atteinte à la santé. Cette définition restreint donc la notion générale qui veut faire de l'invalidité une atteinte permanente à la santé, seulement physique en général. Cela ne facilite pas la compréhension de cette notion; des difficultés surgissent parce qu'il y a, parallèlement aux critères médicaux, d'importantes considérations d'ordre économique et surtout juridique.

6. L'AI, financée en partie seulement par les cotisations des assurés, n'assure pas – malgré ce qu'on lit parfois, même dans des arrêts publiés – l'atteinte à la santé en soi, mais assure ses conséquences économiques, c'est-à-dire la perte de la capacité de gain sur le marché du travail.

7. Il faut renoncer ici à examiner la notion d'atteinte à la santé, qui n'est pas définie par la loi; de même, les causes de cette atteinte n'y sont pas énumérées d'une manière exhaustive, ni définies. Deux remarques cependant: la LAI ne pose pas d'exigences strictes en ce qui concerne les causes de ladite atteinte, contrairement à ce que font d'autres lois, où la nature de cette cause (par exemple maladie) joue un rôle déterminant. Dans l'AI, la cause de l'invalidité est donc juridiquement sans importance, sauf dans les cas de faute grave ou de délit prévus à l'article 7 LAI. En outre, j'aimerais évoquer déjà ici les problèmes qui se posent lorsque des juristes, par exemple, doivent étudier des questions médicales, utiliser des termes médicaux ou interpréter des expertises médicales. Ces problèmes, je les examinerai plus loin en détail. Notons dès maintenant que la question de savoir si l'état d'un patient, diagnostiqué médicalement, comporte une atteinte à la santé au sens de la loi est une question juridique. Ainsi, les notions à interpréter, dans leurs rapports avec l'assurance, deviennent des notions de droit.

8. Pour déterminer l'incapacité de gain, il faut tout d'abord définir les notions d'incapacité d'exercer une profession et d'incapacité de travail.

L'incapacité d'exercer une profession est l'impossibilité de gagner sa vie par son travail dans une profession déterminée. Est incapable, dans ce sens-là, celui qui ne peut tirer un gain de l'exercice de la profession correspondant à sa formation et à ses connaissances. Un concept d'invalidité qui repose sur la notion d'incapacité d'exercer une profession n'est pas compatible avec une assurance sociale régie par les principes de l'assujettissement obligatoire, de la solidarité et de la réadaptation.

La LAI ne connaît d'ailleurs pas ce concept, qui est ancré dans l'assurance de rentes allemande. La question de savoir si la profession peut être exercée n'est pas déterminante lorsqu'il s'agit de savoir si un assuré est capable d'exercer une activité lucrative. La réadaptation doit être entreprise aussi en dehors de la profession apprise s'il peut en résulter une amélioration de la capacité de gain.

9. L'incapacité de travailler est avant toute chose l'impossibilité d'exécuter un travail. Selon le rapport d'experts relatif à l'introduction de l'AI, l'incapacité de travail est l'impossibilité physique de se mouvoir ou de faire un effort, ainsi que l'impossibilité mentale d'agir méthodiquement. Selon la jurisprudence, l'incapacité de travail signifie la perte (résultant d'une atteinte à la santé) de l'aptitude à exercer la profession pratiquée jusqu'à présent ou les activités habituelles. Celui qui n'est pas au moins partiellement incapable de travailler n'est pas non plus incapable de gagner sa vie et ne peut donc être reconnu invalide.

Le degré d'incapacité de travail ne permet pas de déterminer la capacité de gain restante, donc les possibilités de tirer profit, à des fins lucratives, de ce qui reste de la capacité de travail. Le seul élément déterminant, c'est de savoir dans quelle mesure une personne peut encore travailler, et non pas de savoir si et comment la capacité de travail restante peut être mise économiquement en valeur. On ne doit tenir compte de cette circonstance qu'en corrélation avec la question de la capacité de gain.

10. Le concept central de l'AI est l'incapacité de gain, car cette dernière comporte l'élément économique qui est essentiel selon le but fixé par la loi. On parle d'incapacité de gain lorsque l'intéressé ne peut gagner quelque chose par son travail. Cette incapacité se distingue de l'incapacité de travail par le fait qu'un gain doit être réalisé au moyen du travail de l'intéressé; elle se distingue de l'incapacité d'exercer une profession par le fait qu'il n'est pas déterminant qu'un gain soit réalisé dans une profession donnée. La notion d'incapacité de gain comporte deux éléments: d'une part, la diminution de la capacité de travail et, d'autre part, l'absence d'une possibilité de mettre en valeur, économiquement, cette capacité de travail, la cause devant être une atteinte à la santé.

11. La notion d'invalidité dans l'AI ne se réfère toutefois pas au critère économique précité. La capacité de gain est en effet fortement influencée par l'élément de la «Zumutbarkeit», ce que l'on peut raisonnablement attendre d'un assuré, et elle est aussi restreinte par le même facteur dans son champ d'application. Etre capable de gagner sa vie ne signifie pas que n'importe quelle activité lucrative puisse être exigée d'un assuré. Seule entre en considération une activité qui peut raisonnablement être exigée. Pour déterminer ce qui peut raisonnablement être exigé, il faut également tenir compte de la définition légale de l'incapacité de gain selon le droit de l'AI. Bien que ce qui est raisonnablement exigible dans le concept d'invalidité ne ressorte pas clairement de l'article 4, 1^{er} alinéa, LAI, cette notion domine toute la LAI. Des mesures de réadaptation ne peuvent être accordées et appliquées que lorsque c'est raisonnablement exigible, et le degré d'invalidité est déterminé en tenant compte de la mise à profit – raisonnablement exigible – de la capacité de gain restante. Dans ce sens restreint, l'incapacité de gain est l'incapacité de faire un travail économiquement valable, compte tenu, d'une part, des circonstances particulières dans lesquelles se trouve l'assuré et, d'autre part, des conditions du marché du travail.

En ce qui concerne l'évaluation de l'invalidité, l'incapacité de gain est comprise dans un sens encore plus précis. Selon l'article 28, 2^e alinéa, LAI, l'octroi d'une rente n'est examiné qu'après l'application de mesures de réadaptation. Selon les dispositions en vigueur concernant l'octroi des rentes, un assuré n'est considéré comme invalide que lorsque, malgré l'application de mesures de réadaptation, une incapacité de gain, même partielle, subsiste. Dans cet esprit, l'incapacité de gain est l'incapacité de mettre économiquement à profit, sur l'ensemble du marché du travail entrant en ligne de compte, la force de travail restante, ceci après avoir essayé d'éventuelles mesures de réadaptation.

12. L'AI étant obligatoire pour toute la population de la Suisse, et assurant d'autre part non pas l'atteinte à la santé, mais ses conséquences économiques, pour lesquelles on se fonde sur l'incapacité de gain, on doit se demander d'après quels critères il faut juger l'invalidité d'une personne adulte sans activité lucrative. Le concept de l'incapacité de gain ne se prête manifestement pas d'emblée à une telle opération. Dans le cas des personnes qui sont, en principe, capables d'exercer une activité lucrative, mais qui effectuent des travaux dont elles ne tirent aucun revenu, il faut donc appliquer d'autres critères; toutefois, ceux-ci ne doivent pas être trop différents de ceux que l'on utilise pour les personnes actives.

C'est pourquoi les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant de devenir invalides et dont on ne peut exiger qu'ils entreprennent une telle activité sont réputés invalides s'ils sont entravés, par une atteinte à leur santé, dans l'accomplissement de leurs travaux habituels, et si cet empêchement est présumé permanent ou de longue durée. On étend ainsi la conception strictement économique de l'AI au-delà de la notion traditionnelle d'incapa-

cité de gain. Ce critère subsidiaire, qui réside dans la prise en considération de l'incapacité spécifique de travail, reste toutefois limité aux cas où l'on ne peut exiger de l'assuré qu'il exerce une activité lucrative. Sinon, il faut se fonder, aussi pour cette catégorie d'assurés, sur l'incapacité de gain.

13. La notion légale d'invalidité serait incomplète si elle ne comportait pas aussi une règle pour les assurés mineurs sans activité lucrative. En effet, l'AI, qui est une branche d'assurance sociale, verse des prestations aussi aux assurés mineurs, quel que soit leur âge. Pour cette catégorie d'assurés, cependant, une atteinte à la santé ne signifie pas encore une atteinte directe à la capacité de gain. La loi s'en tient néanmoins, dans leur cas, à la notion d'incapacité de gain, mais exige que les conséquences économiques probables de l'atteinte à la santé soient prises en considération à la date à laquelle, selon toutes prévisions, l'intéressé entrera dans la carrière professionnelle. Ce qui est déterminant ici, ce n'est pas la situation donnée (comme chez l'adulte), mais c'est une situation hypothétique, telle qu'elle se présentera à cette date future. L'incapacité de gain est «si hypothétique que, très souvent, elle est rendue quasi improbable par l'octroi des prestations auxquelles l'assuré a droit, c'est-à-dire par l'application de mesures prises à temps» (Gysin).

La collaboration entre le médecin et l'organe chargé d'appliquer le droit

1. Par suite de l'instauration et du développement des assurances sociales, de nouveaux liens ont été créés entre la jurisprudence et la médecine, et cela tout particulièrement dans le domaine de l'AI. Dans leur activité, les médecins et les organes chargés d'appliquer le droit utilisent souvent les mêmes expressions, ou du moins des termes analogues. Les termes que l'on trouve dans la loi sont cependant des termes juridiques, dont l'interprétation est confiée aux organes de l'AI et aux juges des assurances sociales. Il incombe à ces organes administratifs et juridictionnels d'appliquer, d'après des critères propres au droit de l'AI, les principes posés par la loi et développés par la pratique. Le fait que les problèmes à résoudre sont d'ordre médical et qu'ils sont exposés par les médecins dans le langage propre à leur profession n'empêche pas que cette tâche a un caractère juridique. La collaboration entre les médecins et les organes chargés d'appliquer le droit doit être conçue de telle manière que les premiers fournissent les données purement techniques, tandis que les organes juridiques se chargent de la qualification légale et décident si et dans quelle mesure l'assurance est tenue de payer des prestations. Donc, même si l'appréciation d'un tableau clinique et la réunion des pièces nécessaires incombent avant tout au médecin, c'est l'organe appliquant le droit qui a pour tâche d'assumer, d'une manière uniforme et équitable, le jugement proprement dit de l'affaire, grâce aux explications fournies par le médecin sur son aspect purement médical.

2. A ce propos, on peut se demander avec raison pourquoi le TFA ne s'est pas adjoint un médecin. Ce problème n'a pas échappé aux experts chargés d'examiner l'instauration de l'AI. Après mûre réflexion, on a renoncé cependant à un tel engagement, car un médecin ne serait jamais en mesure de se prononcer, avec toute la compétence voulue, sur tous les problèmes médicaux pouvant se poser. Le tribunal peut d'ailleurs, en tout temps, faire examiner certaines questions médicales controversées en demandant des expertises; cela permet du même coup de garantir l'indépendance de l'activité des juges.

3. Lors d'une discussion qui a eu lieu en juin 1979 entre l'OFAS et le TFA, les principes suivants ont été fixés: le TFA a intérêt à voir le service médical de l'OFAS se prononcer, d'une manière aussi complète que possible, sur les questions médicales lorsqu'il doit rédiger un mémoire (dans la plupart des cas, il s'agit de préavis); ce service expose ses conclusions sous une forme compréhensible pour le profane, et il se tient à disposition pour fournir par téléphone des explications sur des termes techniques. Le TFA s'efforce en outre – tout en sauvegardant les droits des parties – d'offrir à l'OFAS l'occasion de fournir des données complémentaires lorsque les préavis médicaux de celui-ci lui inspirent des doutes sérieux.

Problèmes qui se posent dans la pratique judiciaire

1. L'incapacité de travail est parfois considérée comme une notion médicale. Toutefois, cela n'est pas exact, car la constatation de cette incapacité ne se borne pas à la description d'une atteinte à la santé. A côté de l'appréciation purement médicale de celle-ci, la notion d'incapacité de travail a une signification économique précise. L'aptitude d'une personne à accomplir encore un certain travail ne peut donc être jugée d'une manière abstraite. Il faut examiner, bien plutôt, si l'assuré est handicapé dans sa capacité de rendement fonctionnel. On commencera donc par décrire les aptitudes qui lui restent dans l'exercice de son métier ou de ses travaux habituels. Deuxièmement, on indiquera également s'il existe, pour l'assuré, d'autres possibilités de travail qui entrent en ligne de compte. Troisièmement, il peut être utile, pour l'administration et le tribunal, de déterminer quelles activités ne peuvent plus être confiées à l'assuré ou ne peuvent l'être que d'une manière restreinte. Ainsi, au-delà de l'expertise purement médicale, il est nécessaire, déjà à cet échelon, de procéder à un examen de chaque cas du point de vue de la médecine du travail.

2. Dans la pratique judiciaire, cependant, des difficultés surgissent parce que le juge – qui s'informe du cas en se fondant seulement sur les pièces du dossier – ne sait souvent pas comment l'appréciation de la capacité de travail s'effectue. Cette capacité concerne-t-elle, d'une manière générale, la profession de l'assuré ou seulement son poste de travail? Par exemple, que signifie la phrase: «Dans son métier de serrurier, l'assuré ne présente plus qu'une capacité de tra-

vail de la moitié»? Ou bien: «Travail physique non pénible (50 pour cent) certainement possible après traitement»? Ou encore: «Entièrement apte au travail comme magasinier, si des fardeaux trop lourds ne doivent pas être soulevés»? Ou enfin: «Si l'assuré travaille assis, il n'est pas invalide dans une mesure suffisante pour ouvrir droit à une rente»?

En outre, lorsqu'un assuré souffre de plusieurs infirmités relevant de divers domaines de la médecine, il est souvent difficile d'établir si la diminution de la capacité de travail a été, dans son ensemble, prise en compte.

Il n'est pas possible d'examiner ici toutes les variantes pouvant se présenter; bornons-nous à signaler que les rapports n'indiquent pas toujours si la question du «raisonnablement exigible» (du point de vue médical, ou du point de vue de la volonté de l'intéressé) a été déjà prise en considération dans l'appréciation de la capacité de travail.

3. De tout cela, on peut tirer principalement les conclusions suivantes:

a. L'appréciation de la capacité de travail ne doit être ni abstraite, ni théorique (c'est-à-dire purement médicale);

b. Le rapport ou l'expertise doit indiquer pour quel genre de travail l'appréciation de l'incapacité est valable;

c. En prévision d'un examen éventuel du cas par le juge, le dossier devrait exprimer clairement sur la base de quels faits précis les organes de l'administration ont pris leur décision.

Questions de procédure

1. *Compétence du TFA de vérifier les faits.* Contrairement à ce qui se passe dans les procès de cotisations, où le TFA est lié en principe par les faits constatés dans le jugement de première instance et doit se borner à effectuer un contrôle juridique, ce tribunal n'est en revanche pas lié par cette constatation lorsqu'il s'agit de l'octroi ou du refus de prestations d'assurance. Il doit donc examiner d'office si les faits retenus par l'administration et l'autorité de première instance, ainsi que ceux qui ont été déclarés par le recourant, sont exacts. La maxime de l'intervention exige que le juge des assurances sociales – sous réserve de l'obligation des parties de coopérer à cette enquête – constate les faits d'office, donc de sa propre initiative; il détermine, selon le droit et l'équité, ce qui doit être élucidé; il veille à ce que les preuves nécessaires soient réunies, puis apprécie librement le résultat.

2. Cette tâche, le juge pourra l'accomplir d'autant mieux que la commission AI, notamment, aura établi les faits d'une manière plus soignée et plus complète. Il a besoin d'un exposé précis des faits déterminants par l'administration. Cette opération implique aussi une enquête sur la capacité de travail. Les données à ce sujet seront fournies de préférence par le médecin, qui se pronon-

cera sur ce point-là dans la formule ad hoc. Cependant, le juge peut fort bien, selon la pratique, se fonder aussi sur des renseignements émanant d'autres spécialistes. Autrement dit, l'avis de l'orienteur professionnel – dans le cadre des attributions qui lui sont confiées par la loi et la pratique administrative – doit lui aussi être entendu. Toutefois, la jurisprudence admet en général qu'il incombe en premier lieu au médecin de juger l'état de santé et de dire dans quelle mesure et dans quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les renseignements médicaux constituent un élément important – bien que ce ne soit pas le seul – pour déterminer quels travaux l'assuré est encore capable d'effectuer. Lorsque l'orienteur professionnel est appelé à prendre part aux investigations décrites par M. Achermann¹ (notamment en ce qui concerne l'appréciation de l'incapacité de gain), et qu'un avis de ce spécialiste est versé au dossier, le tribunal ne saurait négliger ce témoignage.

3. Il importe, cependant, que les faits soient établis d'une manière suffisante pour que le tribunal puisse se prononcer. Les nombreux «jugements de renvoi» qui obligent l'administration à réexaminer les circonstances de plus près ne signifient pas que le tribunal ait peur de prendre une décision. Certes, on pourrait objecter que le tribunal serait capable de procéder lui-même à ce complément d'enquête. Il le fera effectivement, par exemple, lorsque les faits sont établis mais que, les données étant contradictoires, une expertise sur une question de principe s'impose. Mis à part ces cas-là, le tribunal ne dispose pas de l'appareil nécessaire pour compléter les dossiers d'une manière adéquate. En outre, de telles recherches supplémentaires auraient pour effet de prolonger encore la durée moyenne des procès. Elles seraient, en fin de compte, irréalisables, étant donné le volume de travail qui incombe déjà au TFA (à la fin de l'année passée, ce tribunal comptait environ 1500 nouveaux procès et 1200 affaires liquidées, avec plus de 1000 cas en suspens). Il est donc important que l'administration entreprenne rapidement et d'une manière rationnelle les enquêtes complémentaires.

4. Enfin, signalons encore une particularité de la procédure suivie dans le domaine des assurances sociales. Selon une jurisprudence constante du TFA, il faut considérer comme déterminants, pour le jugement d'un cas, les faits réels tels qu'ils se présentaient au moment où fut rendue la décision administrative attaquée. Étant donné qu'il s'écoule toujours un certain temps entre ce moment et le recours au TFA, il est compréhensible que dans de nombreux cas le recourant allègue des circonstances modifiées, qu'il s'agisse de son incapacité de travail ou de son incapacité de gain. Dans ces cas-là, le tribunal offre à l'assuré, dans les considérants de son arrêt, la possibilité de présenter une nouvelle demande. S'il estime que les déclarations du recourant sont quelque peu fondées, il soumet le dossier à l'administration en la priant d'examiner les modifications survenues, selon ce témoignage, depuis que la décision de caisse

¹ RCC 1980, p. 66.

a été rendue. Cette manière de procéder ne doit pas être confondue avec le renvoi du cas à l'administration, qui signifie en général l'annulation de la décision et du jugement cantonal.

Résumé

a. Dans leur activité, les médecins et les organes chargés d'appliquer le droit utilisent souvent les mêmes expressions ou du moins des expressions analogues. Pour éviter des malentendus et des conclusions erronées, on veillera soigneusement à ce que ces expressions aient un sens spécifiquement juridique.

b. La notion d'invalidité et ses composantes: atteinte à la santé, incapacité de travail, incapacité de gain, sont des notions juridiques selon la pratique du TFA. Elles sont définies dans la jurisprudence.

c. La notion d'incapacité de travail ne doit pas être entendue d'une manière abstraite et purement médicale. Elle signifie la perte ou la diminution, résultant d'une atteinte à la santé, de la capacité de rendement dans la profession exercée jusqu'à présent ou dans l'accomplissement des travaux habituels.

d. L'incapacité de gain est l'impossibilité de tirer un profit économique, sur l'ensemble du marché du travail qui entre en ligne de compte pour l'assuré, et la situation étant équilibrée, de la capacité de travail qui reste à celui-ci; pour l'évaluation de l'invalidité, cette impossibilité doit se manifester après l'application éventuelle de mesures de réadaptation.

e. Pour être en mesure de juger la capacité de travail d'un assuré, l'administration (et, en cas de recours, le juge) ont besoin de documents que doivent fournir le médecin, ainsi que d'autres spécialistes éventuellement. La tâche du médecin consiste à apprécier l'état de santé de l'assuré et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités celui-ci est incapable de travailler. Les renseignements fournis par le médecin et les résultats d'autres enquêtes éventuelles constituent en outre un élément important pour déterminer quels travaux l'assuré peut encore effectuer.

f. Dans la procédure de recours, lorsqu'il s'agit de l'octroi ou du refus de prestations d'assurance, la compétence du TFA ne se borne pas à examiner les violations du droit fédéral – y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation; elle s'étend aussi à l'opportunité de la décision attaquée. Ici, ce tribunal n'est pas lié par les faits constatés dans le jugement de première instance; il peut accorder plus ou accorder moins que les parties ne l'ont demandé, et trancher en leur faveur ou à leur détriment.

g. Selon une jurisprudence constante du TFA, les faits déterminants doivent être jugés en règle générale, en procédure de dernière instance, d'après ce qu'ils étaient effectivement au moment où a été rendue la décision attaquée. Les faits survenus plus tard doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils ont un rapport matériel étroit avec l'objet du litige et peuvent influencer le jugement du cas au moment de la décision.

h. Le TFA, qui doit se prononcer exclusivement d'après le dossier, a besoin d'une instruction préalable des faits, soigneusement effectuée. Il est essentiel que les préavis à connaître pour établir un jugement soient joints au dossier.

En bref

L'éducation des petits enfants invalides

Dans le domaine de la pédagogie curative, les années 60 ont été caractérisées par un développement des écoles spéciales. L'enregistrement des mineurs invalides à l'âge scolaire, l'adaptation de l'offre de places dans les écoles spéciales à la demande brusquement accrue et l'engagement du personnel ayant la formation voulue ont été des problèmes prioritaires. Les années 70 ont connu un phénomène analogue dans le secteur de l'éducation des invalides dès leur plus jeune âge. Il s'agissait avant tout de développer les enfants invalides le plus tôt possible et d'enseigner aux parents les particularités de cette éducation. Celle-ci fait partie, dans le droit de l'AI, des mesures pédaogo-thérapeutiques qui sont entièrement prises en charge depuis 1968. Il en est résulté que les tentatives, quelque peu hésitantes pour commencer, se sont rapidement généralisées et que les mesures de ce genre sont devenues institutionnelles. Des services ad hoc ont été créés en quelques années dans toutes les régions de la Suisse. Des spécialistes de la pédagogie curative ont offert leur collaboration à cet effet. Cependant, comme il s'agissait d'un champ d'activité nouveau, il leur manquait très souvent des connaissances spéciales en matière d'éducation préscolaire. L'absence de bases théoriques et d'instructions pratiques se fit sentir toujours plus nettement. Plusieurs groupes d'intéressés ayant examiné ce problème et souligné l'urgence d'une solution, la Société suisse de pédagogie curative créa une commission «Education préscolaire» qui étudie principalement la question de la formation et du perfectionnement des éducateurs spécialisés dans ce domaine, ainsi que la coordination interdisciplinaire des mesures précoces.

Au printemps 1981, le séminaire de pédagogie curative de Zurich organisera un cours d'une année qui sera consacré à ce sujet; pourront y prendre part les spécialistes de la pédagogie curative qui possèdent un diplôme et ont travaillé, pendant deux ans au moins, avec des enfants et jeunes gens invalides. La liai-

son avec l'activité pratique sera assurée par des stages suivis dans des services d'éducation préscolaire. Les éducateurs qui seront appelés à diriger ces stages pratiques seront préparés à leur tâche par un cours spécial.

Devant une telle évolution, on peut prévoir que l'éducation des petits enfants invalides prendra bientôt sa place comme discipline encore jeune, mais importante, de la pédagogie curative. Du point de vue de l'AI, également, cette innovation sera la bienvenue.

Bibliographie

Attitude à l'égard des jeunes handicapés en Suisse alémanique. Résultats d'une enquête représentative. «Pro Infirmis» 1980/1, pp. 2 à 15, en allemand avec résumés français et italien. Secrétariat central de Pro Infirmis, Zurich.

Réussir sa vieillesse. Informations et suggestions pour les personnes de plus de 50 ans. 45 pages. Publié par Produits Sandoz SA, 4012 Bâle.

H. J. Hachen: La réintégration socioprofessionnelle des traumatisés médullaires. Centre de paraplégiques, Hôpital cantonal universitaire, Genève. «Journal suisse des invalides», décembre 1979, pp. 3-7. Association suisse des invalides, Bienne.

Albrig Lüthy: Aspekte der Eingliederung von Körperbehinderten. «Revue suisse d'utilité publique», novembre-décembre 1979, pp. 145-148. Schulthess Polygraphischer Verlag AG, 8022 Zurich.

Le fascicule 1980/1 de la **Revue suisse des assurances sociales**, éditions Stämpfli, Berne, contient notamment les articles suivants:

Félix Bendel: Die Rechtsstellung des ausländischen Grenzgängers in der schweizerischen AHV und IV. Pages 1-29.

Fritz Nüscheler: Ist der Grundsatz der IV «Eingliederung vor Rente» gefährdet? Pages 30-41.

Ernst Rätzer: Ökonomische Aspekte der Finanzierungsverfahren im Bereich der 2. Säule. Pages 42-61.

Interventions parlementaires

Interpellation du groupe socialiste, du 26 septembre 1979, et interpellation Riesen-Fribourg du 28 novembre 1979 concernant le rapport intermédiaire sur la situation des rentiers AVS

Le Conseil fédéral a donné la réponse suivante, en date du 20 février 1980, à ces deux interpellations (RCC 1979, p. 476), d'après la procédure écrite:

«Comme les deux interpellations se rapportent au même thème, il est donc possible de leur répondre en même temps. Nos réponses aux diverses questions du groupe socialiste ont la teneur suivante:

1. Période de publication des résultats intermédiaires

Le Fonds national suisse, conformément à sa pratique, avait envisagé de ne publier la partie relative aux questions économiques et statistiques que lorsque l'ensemble de l'étude serait terminé. Les premiers résultats cependant furent discutés le 6 juin 1979 dans le cadre d'une réunion spéciale des réalisateurs du projet. A la suite de cette réunion, certaines rumeurs se rapportant à la situation des rentiers se répandirent dans l'opinion publique. En août 1979, divers articles parurent dans la presse, demandant si c'était pour des raisons politiques que le Département fédéral de l'intérieur ou le Fonds national retardait la publication des résultats de l'étude. La pression politique se renforça. Par ailleurs, le danger existait que certains chiffres séparés de leur contexte parviennent dans les mains de la presse et soient publiés sans commentaires adéquats.

Ces circonstances engagèrent le Fonds national à prendre contact le 24 août 1979 avec des représentants de l'administration pour les informer sur l'évolution de la situation. Au cours de cette réunion, décision fut prise d'informer l'opinion publique dès que l'on disposerait du matériel statistique complet. Une conférence de presse fut organisée le 13 septembre 1979 par le Fonds national. Une date plus rapprochée ne pouvait pas entrer en ligne de compte étant donné qu'au mois d'août, le groupe de travail s'occupait encore de l'analyse des données recueillies.

2./3. Chiffres moyens des revenus et fortunes

Aussi bien lors de la conférence de presse du 13 septembre 1979 que dans le condensé du rapport intermédiaire remis aux représentants de la presse, il a été très clairement précisé que les valeurs moyennes calculées résultaient d'une fourchette extrêmement large de données. Et les tableaux inclus permettaient, d'emblée, de se rendre compte de la dispersion des catégories de revenus et de fortunes et de situer dans leur contexte les valeurs moyennes indiquées. Malheureusement, un certain nombre de journalistes n'ont fait aucun usage de cette possibilité et n'ont mis en évidence que les valeurs moyennes. C'est pourquoi le Département fédéral de l'intérieur a jugé utile, dans un propre communiqué de presse, de procéder à une mise en garde contre des conclusions trop hâtives.

4. Limites de revenu pour le droit aux prestations complémentaires

Ces limites de revenus sont fixées dans la loi fédérale sur les PC. Par la loi fédérale du 24 juin 1977 sur la neuvième révision de l'AVS, le Conseil fédéral a été entretemps habilité à «adapter dans une mesure convenable» les limites de revenu pour le droit aux PC en

même temps que l'augmentation des rentes ordonnée au 1^{er} janvier 1980. Le Conseil fédéral cependant n'avait pas la compétence d'ordonner une adaptation supérieure au pourcentage de l'augmentation des rentes. En ce qui concerne la nécessité d'un relèvement général des limites de revenu, le Conseil fédéral n'est pas à même aujourd'hui de prendre position. Il examinera la question lorsque le rapport complet sur la situation des rentiers sera établi et lorsque la Commission fédérale de l'AVS/AI se sera prononcée. Il est aussi très possible d'améliorer plus efficacement la situation du groupe des rentiers économiquement faibles par d'autres mesures telles que le relèvement des déductions pour loyer.

5. Prévoyance professionnelle obligatoire

Le Conseil fédéral s'est à chaque occasion prononcé pour une réalisation rapide de la prévoyance professionnelle obligatoire et a fait dans ce sens tout ce qui était en son pouvoir. Actuellement, le projet de loi présenté le 19 décembre 1975 se trouve toujours au stade des délibérations parlementaires.

6. Développement de l'assurance-maladie

Le Conseil fédéral partage le point de vue qu'en son état actuel, l'assurance-maladie sociale présente des lacunes regrettables qui portent préjudice plus particulièrement aux rentiers malades. Dans les «Grandes lignes de la politique gouvernementale», il a prévu pour l'année 1980 un projet de révision partielle de la loi.»

Interpellation Graf, du 3 décembre 1979, concernant la situation financière de l'AVS

Voici la réponse du Conseil fédéral, donnée le 20 février 1980 (cf. RCC 1980, p. 50):

«Dans notre message concernant la neuvième révision de l'AVS, nous avons indiqué que la différence entre l'évolution des prix et des salaires influençait bien davantage la situation financière de l'AVS que les indices absolus proprement dits. C'est la moyenne de cette différence sur plusieurs années qui est déterminante. Nous indiquerons ci-dessous à titre d'illustration la moyenne des différents taux d'évolution annuels de différentes périodes.

Période	Taux d'évolution annuel des salaires par année	Taux d'évolution annuel des prix par année	Différence
1950-1960	3,9 %	1,4 %	2,5 %
1960-1970	7,8 %	3,3 %	4,5 %
1970-1978	8 %	5,3 %	2,7 %
1950-1978	6,5 %	3,2 %	3,3 %

Au cours de certaines années, la différence a même été négative, ainsi en 1953 où elle était de -0,8 pour cent ou en 1975 de -2,6 pour cent; considérée sur une période plus longue, la différence moyenne fut quand même positive. Notons en outre que la différence peut aussi être positive, même si les taux d'évolution sont négatifs (salaire -1 pour cent, prix -2 pour cent; différence +1 pour cent).

Dans notre message précité (à la page 52) nous avons dit qu'une différence moyenne de 1 pour cent ne suffirait pas à maintenir l'équilibre financier de l'AVS à long terme. De cette manière, le fonds serait épuisé au bout de 15 à 20 ans. Cette impasse financière pourrait cependant être évitée avec une différence de 2 pour cent au moins et d'après les bases légales actuelles.

Cela dit, nous pourrions répondre aux questions de la manière suivante:

1. Les calculs et les déclarations faites dans le message concernant la neuvième révision de l'AVS quant aux valeurs relatives sont encore valables. En revanche, vu l'évolution de ces dernières années, les indications numériques absolues sont dépassées. Les corrections nécessaires sont faites dans le plan financier et dans les budgets.

2. Comme nous l'avons exposé au début de notre réponse, ce ne sont pas les augmentations ou les diminutions annuelles qui sont déterminantes, mais bien la différence moyenne entre l'évolution des salaires et des prix considérée sur une période plus ou moins longue.

3. Nous avons relevé à plusieurs reprises déjà notre intention d'attendre les répercussions de la neuvième révision de l'AVS. Ces effets s'étendent sur plusieurs années, à telle enseigne qu'il est impossible de les apprécier entièrement pour le moment. Les indices fournis jusque-là correspondent à ce que l'on attendait; ils ne sont pas alarmants et ne justifient aucune intervention urgente. Au demeurant, nous renvoyons aux déclarations que nous avons faites dans notre rapport relatif aux «Grandes lignes de la politique gouvernementale 1980-1983».»

Question ordinaire Ziegler-Soleure, du 10 décembre 1979, concernant les intérêts sur les fonds d'épargne de la prévoyance-vieillesse

M. Ziegler-Soleure, conseiller national, a posé la question suivante:

«L'article 331 c du code des obligations prévoit que les institutions de prévoyance constituent, en faveur des travailleurs, pour s'acquitter de leurs obligations correspondant à la créance de ceux-ci, une créance en prestations futures envers l'institution de prévoyance d'un autre employeur, une compagnie d'assurance soumise à surveillance, ou également, dans le cas d'un dépôt d'épargne, envers une banque cantonale.

Les banques cantonales acceptent les dépôts d'épargne de ce genre contre l'émission, à un taux d'intérêt favorable, de carnets d'épargne de prévoyance. L'intérêt versé sur ces carnets d'épargne est en général supérieur d'un demi pour cent à l'intérêt normal prévu pour les carnets d'épargne. En dépit du privilège ainsi accordé aux fonds déposés sur les carnets d'épargne de prévoyance, le capital épargné perd à la longue une partie de son pouvoir d'achat.

Le Conseil fédéral n'estime-t-il pas qu'il faudrait dorénavant, aux fins de mieux sauvegarder le pouvoir d'achat, permettre que les fonds d'épargne provenant d'institutions de prévoyance du personnel soient déposés sous forme d'obligations de caisse, émises par les banques cantonales et portant un intérêt plus élevé? Etant donné que ces capitaux constituent généralement des placements de fonds à long terme, leur valeur d'achat serait ainsi mieux assurée.

Une telle extension des possibilités de placement de ces fonds d'épargne implique-t-elle une modification des dispositions légales ou peut-elle être obtenue par simple interprétation de la loi?»

Réponse du Conseil fédéral du 20 février 1980:

«Les institutions de prévoyance du personnel ne sauraient, selon le droit en vigueur, placer leurs fonds d'épargne en obligations de caisse des banques cantonales. Le fait que ces titres sont émis à trois ans d'échéance au moins, alors que les institutions de prévoyance doivent pouvoir faire face à leurs obligations contractuelles dans des délais infiniment plus courts, milite également contre cette forme de placement.

Dans la pratique, on a toutefois admis, avec l'agrément des autorités cantonales de surveillance, la possibilité de créer des fondations de prévoyance juridiquement autonomes, mais affiliées à une banque. Ces «fondations de banque» ont la faculté, si elles désirent obtenir un intérêt plus élevé, d'acquérir des titres, mais à leurs risques et périls. Les autorités de surveillance ont établi des directives spécifiant quels sont les titres de tout repos, qui peuvent en conséquence être acquis par les institutions de prévoyance au nombre desquelles figurent également les fondations de banque. Les bons de caisse font partie eux aussi des titres autorisés.

Au demeurant, le Conseil fédéral, dans son projet de loi sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité, a proposé de modifier l'article 331 c CO de manière que

les institutions de prévoyance ne soient plus tenues de placer leurs fonds sous forme de dépôts d'épargne dans les banques cantonales uniquement, mais puissent le faire également sous d'autres formes auprès de toutes les banques et caisses d'épargne qui remplissent les conditions de sécurité à fixer par le Conseil fédéral.»

Question ordinaire Müller-Berne, du 11 décembre 1979, concernant la sécurité sociale des collaborateurs étrangers de la radio.

Voici la réponse du Conseil fédéral, donnée le 27 février 1980 (cf. RCC 1980, p. 51):

«Plus de 90 pour cent des étrangers qui sont assujettis à l'obligation de cotiser à l'AVS/AI/APG, parce qu'ils ont leur domicile en Suisse, sont des ressortissants originaires des Etats avec lesquels notre pays a conclu une convention en matière de sécurité sociale. C'est dire que la majorité des étrangers soumis à cotisations ont droit, au bout d'une année déjà et au même titre que les Suisses, aux rentes ordinaires qui sont versées dans n'importe quel Etat de résidence.

Les autres étrangers (moins de 10 pour cent), qui sont originaires des Etats avec lesquels aucune convention n'a été conclue, ne touchent une rente que lorsqu'ils résident en Suisse et qu'ils ont versé des cotisations pendant au moins dix ans. En quittant notre pays ou lorsqu'un événement assuré n'ouvre aucun droit à la rente, ils peuvent prétendre le remboursement de leurs cotisations AVS à certaines conditions. Depuis l'entrée en vigueur de la huitième révision de l'AVS, en 1973, ces cotisations ne peuvent cependant plus être remboursées qu'aux ressortissants originaires des Etats qui accordent la réciprocité à nos compatriotes dans des cas semblables. Cette clause de réciprocité avait été introduite dans l'intérêt des Suisses à l'étranger.

Les personnes qui sont certes soumises à cotisations en Suisse, mais dont les cotisations n'ouvrent ni un droit à la rente, ni même un droit au remboursement, constituent une très faible minorité. Dans les pays de ces ressortissants-là, il y a aussi des Suisses qui se trouvent dans des situations analogues et qui, partant, ne peuvent pas non plus se faire rembourser leurs cotisations. Si l'on voulait faire bénéficier tous les étrangers qui ont versé des cotisations au régime de l'AVS/AI/APG d'un droit aux prestations ou d'un droit au remboursement, il faudrait soit que la Suisse abroge la clause de réciprocité figurant dans la loi sur l'AVS, ce qui léserait les intérêts de nos compatriotes à l'étranger, soit entamer des négociations avec un grand nombre d'Etats en vue de passer un accord en matière de sécurité sociale. On devrait opter pour l'une ou l'autre de ces deux solutions, même si l'on voulait limiter cette extension du droit à certaines catégories de personnes ou de professions, donc ne pas l'appliquer d'une manière générale.»

Interpellation Mascarin, du 13 décembre 1979, concernant l'adaptation des rentes AVS/AI et des PC

Voici la réponse donnée le 6 février par le Conseil fédéral (cf. RCC 1980, p. 51):

«1. *Élévation des limites de revenu PC dès le 1^{er} janvier 1980*

Les dispositions transitoires de la loi fédérale du 24 juin 1977 concernant la neuvième révision de l'AVS (RO 1978, 391) autorisaient le Conseil fédéral à élever les limites de revenu donnant droit aux PC dans une mesure correspondant à l'augmentation des rentes, c'est-à-dire de 4,76 pour cent. Le Conseil fédéral a usé pleinement de cette compétence dans son ordonnance du 17 septembre 1979 (RO 1979, 1365). Ce faisant, il savait qu'il y aurait des cas où la hausse simultanée de la rente et de la PC n'atteindrait pas ce taux de 4,76 pour cent, parce que les montants déductibles dans les cas particuliers pour le loyer, les primes

d'assurance etc. n'ont pas subi d'augmentation en pour-cent. Les dispositions transitoires de la loi du 24 juin 1977 n'ont pas donné au Conseil fédéral la compétence d'augmenter aussi les déductions fixées par la loi.

2. Modification rétroactive au 1^{er} janvier 1980

Compte tenu de cette situation juridique, le Conseil fédéral ne voit pas la possibilité de revenir sur son ordonnance du 17 septembre 1979.

3. Adaptation future des PC

La situation ne sera pas la même pour les futures adaptations qui seront effectuées, dans le cas des rentes AVS/AI, en vertu de l'article 33 ter LAVS, et dans le cas des PC en vertu de l'article 3 a LPC. Ici, la loi donne expressément au Conseil fédéral la compétence d'«adapter dans une mesure convenable» les montants suivants:

- montants non imputables de la fortune
- franchise du «revenu privilégié»
- montants déductibles maximaux pour les primes d'assurance-vie, accidents et invalidité
- franchise pour frais de maladie
- déduction maximale pour loyer.

La formule «adapter dans une mesure convenable» laisse en outre à notre gouvernement plus de marge que les dispositions transitoires de la loi du 24 juin 1977 modifiant la LAVS pour l'adaptation au 1^{er} janvier 1980. Dans le cadre de cette formule prévue par la LPC, il devrait être possible, par exemple, de compenser, lors de la prochaine adaptation des prestations, un retard éventuel dans les déductions pour loyer.»

Informations

Contributions fédérales 1980 en faveur des maisons pour personnes âgées et invalides

Le Conseil fédéral a fixé à 60 millions de francs le crédit d'engagement pour l'encouragement de constructions destinées aux invalides en 1980 (65 millions en 1979), et à 80 millions de francs le crédit d'engagement pour subventionner la construction de maisons destinées aux personnes âgées (80 millions en 1979).

Sur la base de la législation AVS/AI, le Conseil fédéral peut encourager la création et la rénovation d'établissements pour personnes âgées et invalides, ainsi que d'écoles spéciales et d'ateliers pour invalides, en allouant des subventions pour leur construction et aménagement. Depuis 1960, 696 millions de francs au total ont été versés à ces fins par l'AI. Quant au subventionnement de maisons pour personnes âgées, il est possible depuis 1975; à ce titre, des contributions pour un montant global de quelque 303 millions de francs ont été versées jusqu'ici.

Nouvelles personnelles

Caisse de compensation des cafetiers

Ayant atteint la limite d'âge, **M. Hans Stamm** a quitté la direction de cette caisse à la fin de l'année dernière. Après avoir terminé ses études à Berne en 1939, M. Stamm fut greffier au Tribunal cantonal de Schaffhouse, puis entra au service de la Confédération où il s'occupa, entre autres, de contrôle des finances. Ses premiers contacts avec les assurances sociales datent des années 1942 à 1947, où il fut collaborateur, puis chef de la division des revisions à la Centrale de compensation. Enfin, en 1947, il devint directeur de la caisse de compensation des cafetiers, restaurateurs et hôteliers, qui a son siège à Aarau. Grâce à son excellente connaissance de la matière, il a réussi à résoudre les problèmes administratifs en dotant cette caisse de compensation de son propre ordinateur électronique. Pendant plus de vingt ans, il fut membre du comité de l'Association suisse des caisses de compensation professionnelles; dans l'exercice de cette fonction, il prit souvent part aux travaux de commissions fédérales chargées d'élaborer les dispositions d'exécution sur l'AVS. M. Stamm était très estimé, notamment, par ses collègues, qui appréciaient son esprit d'équipe et son caractère gai.

Répertoire d'adresses AVS/AI/APG

Page 22, caisse de compensation VATI (94):

Nouvelle adresse postale: Case postale 4130, 8022 Zurich.

Le nouveau numéro de téléphone valable dès le 19 mars 1980 figure déjà dans la réédition de janvier 1980 de ce répertoire; c'est le 251 04 81/82.

Page 35, autorité de recours du canton du Jura:

Le transfert du Tribunal cantonal à Porrentruy n'aura lieu qu'en automne 1980. En attendant, l'adresse de l'autorité cantonale de recours en matière d'assurances sociales est encore: Tribunal cantonal, Chambre des assurances, case postale 163, 2800 Delémont.

Jurisprudence

AVS/Cotisations

Arrêt du TFA, du 30 novembre 1979, en la cause E. D.
(traduction de l'allemand).

Article 128, 1^{er} alinéa, RAVS. Les décisions de cotisations doivent être notifiées par écrit. La signature n'est pas une condition de validité. Les décisions à la fin desquelles figure simplement le nom imprimé de la caisse de compensation sont donc valables. Le TFA a cependant laissé indécise la question de savoir dans quelle mesure cette règle s'applique aussi aux décisions de rentes et aux décisions par lesquelles des prestations individuelles sont accordées ou refusées.

Articolo 128, capoverso 1, OAVS. Le decisioni di contributi devono essere notificati in forma scritta. La firma non è reputata una condizione di validità. Le decisioni portanti a piè di pagina semplicemente il nome stampato della cassa di compensazione sono quindi validi. Il TFA ha tuttavia lasciato aperta la questione di sapere in quale misura tale regolamentazione è pure applicabile alle decisioni di rendite e alle decisioni con le quali sono accordate o rifiutate prestazioni individuali.

E. D. exerce une activité accessoire indépendante. Se fondant sur une communication fiscale, la caisse de compensation a rendu cinq décisions de cotisations. Elle a utilisé, pour cela, des formules officielles imprimées, à la fin desquelles on peut lire, après les salutations d'usage, le nom de la caisse (caisse de compensation du canton de X). Il n'y a pas eu de signatures.

L'autorité cantonale de recours ayant déclaré que ces décisions étaient nulles, faute de signature, l'OFAS a interjeté recours de droit administratif contre son jugement. Le TFA a admis ce recours pour les motifs suivants:

1. ...

2. ...

3. a. Dans l'ancienne doctrine de droit administratif, on trouve la thèse selon laquelle un acte de l'administration doit être non seulement rédigé par écrit, mais encore signé par l'organe compétent, cette signature pouvant être éventuellement un fac-similé (Giacometti: Allgemeine Lehren des rechtsstaatlichen Verwaltungsrechts, tome 1^{er}, p. 386; Imboden: Der richtige Staatsakt, p. 99; Jellinek: Verwaltungsrecht, 3^e éd., p. 270). De même, la nouvelle doctrine maintient ce principe (Grisel: Droit administratif suisse, haut de la p. 194; Forsthoff: Lehrbuch des Verwaltungsrechts, tome 1^{er}, 10^e éd., p. 238; Schwarzenbach: Grundriss des allgemeinen Verwaltungsrechts, 6^e éd., pp. 107 et 112). Cependant, quelques auteurs signalent que les possibilités offertes par la technique moderne, permettant de confectionner des

textes par de nouveaux procédés mécaniques ou électroniques, exigent une interprétation plus nuancée de cette règle. Certains estiment que les décisions établies par de tels procédés n'ont pas besoin d'être signées (Wolff/Bachof: *Verwaltungsrecht I*, 9^e éd., p. 419; Badura dans Erichsen/Martens: *Allgemeines Verwaltungsrecht*, 3^e éd., pp. 302 ss, p. 307 avec référence à la loi allemande de procédure administrative du 25 mai 1976; cf. aussi B. Degrandi: *Die automatisierte Verfügungsverfügung*, thèse Zurich 1977, pp. 117 ss, en particulier pp. 121 ss). Fleiner-Gerster, lui, estime « que la procédure et la notification correcte posent – notamment quand il s'agit de décisions – des problèmes qui sont confiés à l'ordinateur, comme par exemple les décisions de rentes, les décisions fiscales, les factures de téléphone, etc. Ces calculs électroniques ne comportent pas de signature et ne sont souvent pas accompagnés d'une indication des voies de droit. Dans la pratique, il faut donc que le document, pour être valable, soit notifié dans une procédure ultérieure comme décision formelle » (Grundzüge des allgemeinen und schweizerischen Verwaltungsrechts, p. 230). Fleiner-Gerster admet ainsi le principe conforme à la doctrine traditionnelle. Imboden et Rhinow, eux, se demandent « si l'obligation d'établir un document écrit implique nécessairement celle de signer ce document; on peut même se demander si cette obligation découle de la doctrine générale du droit administratif ». Cependant, ces juristes défendent également, en principe, la conception traditionnelle, car ils ajoutent:

« L'absence de signature devrait, en règle générale – c'est-à-dire s'il n'y a pas de raisons spéciales qui font apparaître cette absence comme un simple oubli (le destinataire sait que l'autorité a rendu sa décision dans le sens indiqué, bien que le document soit formellement vicieux) – entraîner la nullité de la décision » (*Verwaltungsrechtsprechung*, tome 1^{er}, 5^e éd., N^o 84 B III, p. 529; cf. aussi N^o 40 B V 2 c, p. 243, et N^o 44 B III, p. 268).

b. Dans la pratique, la question de la nécessité de la signature dans une décision écrite est également controversée. En 1939, le Tribunal fédéral reconnaissait que la notification d'une évaluation qui est conforme aux prescriptions et porte le sceau de l'autorité ne peut être considérée comme nulle lorsque la signature du fonctionnaire fiscal compétent manque (arrêt du 30 novembre 1939 dans Archives de droit fiscal suisse, N^o 9, pp. 82 ss; Känzig, N. 5 ad art. 95 AIN). Dans un autre arrêt, publié dans ATF 93 I 120, ce tribunal estime que la notification d'une décision au moyen d'une copie non signée n'est pas contraire à l'article 4 Cst. En revanche, il a décidé (ATF 97 IV 208) que le refus de reconnaître la validité d'un permis de conduire étranger est valable seulement si l'inscription portée sur le permis mentionne l'autorité qui a pris la décision et en porte la signature, qui peut être un fac-similé. Le Tribunal cantonal de Zurich (Obergericht) s'est prononcé dans le même sens, s'agissant de décisions, confectionnées mécaniquement, qui concernent le retrait de plaques de contrôle et de permis de circulation (*Revue suisse de jurisprudence*, 64/1968, pp. 185 ss). En revanche, le Tribunal administratif du même canton a nié l'existence d'une règle générale selon laquelle l'obligation de rédiger un acte écrit comporterait celle de signer cet acte (rapport d'activité de 1969, N^o 41, pp. 52 ss). Se référant à l'arrêt de 1939 cité plus haut, la commission de recours en matière d'impôts du canton d'Argovie est parvenue, par analogie, au même résultat en déclarant que la forme écrite prévue par la loi fiscale pour la notification de taxations n'a pas la même signification qu'à l'article 13 CO (Schweiz. Zentralblatt für Staats- und Gemeindeverwaltung, 69/1968, pp. 299 ss).

4. a. Le TFA s'est occupé plusieurs fois de la question de la nécessité d'une signature dans les décisions rendues selon le droit des assurances sociales. Dans un arrêt Kippel rendu le 1^{er} mai 1939, déjà (ATFA 1939, pp. 33 ss, en particulier pp. 36 ss), arrêt qui concernait une décision de prestation de l'assurance militaire rendue sur une formule non signée à la main, il a reconnu que pour les actes administratifs – à moins que des dispositions positives ne prescrivent autre chose – il fallait admettre le principe de la liberté de forme; cela signifie que l'expression de la volonté des autorités n'est pas liée à des formes déterminées, lesdites autorités pouvant exprimer ou manifester leur volonté comme elles l'entendent. Cependant, lorsque la loi prescrit expressément une forme déterminée, par exemple la forme écrite, pour un tel acte, cette forme doit être respectée pour que l'acte puisse être

considéré comme valable; à cet égard, il paraît admissible de faire découler, de certaines autres prescriptions, des règles tacites concernant la forme, par exemple la nécessité de la forme écrite. Toutefois, à part cela, on ne peut poser des exigences de forme à une décision si celles-ci ne sont pas expressément ou tacitement prévues par la loi ou l'usage, et l'autorité qui décide peut se servir de toute forme convenant à l'injonction ou ordre concret; d'ailleurs, une application par analogie de prescriptions de forme ne semble guère possible. Donc, si les prescriptions se bornent à prévoir, pour les décisions de l'assurance militaire, la forme écrite, on ne saurait poser encore des exigences supplémentaires en ce qui concerne la forme, par exemple la signature de la main du fonctionnaire compétent. Ce principe, le TFA l'a confirmé en 1970, en ce qui concerne les décisions des caisses-maladie selon l'article 30, 1^{er} alinéa, LAMA; il s'agissait d'un assuré dont le nom était radié de la liste des membres au moyen d'une formule imprimée, l'intéressé n'ayant pas payé ses primes d'assurance-maladie.

Même si la loi exige qu'une décision soit notifiée par écrit, celle-ci n'a pas besoin nécessairement de la signature comme condition de validité. En tout cas, les autorités administratives ont la faculté d'utiliser, pour des décisions qui doivent être rendues en grand nombre et dont le contenu ne varie guère d'un cas à l'autre, des formules imprimées ne portant pas la signature du fonctionnaire compétent. Dans de tels cas, l'autorité qui prend la décision doit se voir accorder la possibilité de recourir à des méthodes modernes, simples, rapides et économiques (ATF 96 V 13 ss, en particulier p. 21, consid. 4 b; confirmé dans ATF 97 V 197, haut de la page).

b. Il faut maintenir cette jurisprudence aussi en ce qui concerne les décisions de cotisations des caisses de compensation. Il s'agit ici de dispositions qui doivent être prises en grand nombre et qui, matériellement, ne se différencient pas entre elles, excepté les chiffres à inscrire sur les formules. Il est donc dans l'intérêt d'une liquidation rapide et simple des affaires que de telles décisions puissent être établies par voie mécanique ou électronique; quant à la question de la signature, il n'importe pas, en fin de compte, que la caisse utilise, pour remplir les formules, un ordinateur ou - comme pour les décisions ici litigieuses - simplement une machine à écrire. D'autre part, il n'est pas contraire aux intérêts du débiteur de cotisations - ainsi que l'OFAS le relève avec raison - et notamment à son besoin de protection juridique que la décision notifiée sur formule nomme seulement la caisse de compensation qui l'a rendue, sans porter, en plus, la signature d'un fonctionnaire. Pour répondre à l'exigence posée par l'article 128, 1^{er} alinéa, RAVS, qui prévoit la confection d'un acte écrit, la signature n'est donc pas, dans le cas des décisions de cotisations, une condition de validité. On ne peut appliquer ici par analogie les dispositions du droit civil sur la forme écrite, celles-ci étant fondées sur des bases toutes différentes.

Ces règles valent-elles aussi pour les décisions - parfois établies également au moyen de l'ordinateur - qui accordent ou refusent des prestations individuelles? Cette question peut rester indécise, puisqu'il s'agit ici de décisions de cotisations. De même, on peut se dispenser d'examiner si l'inobservation d'instructions administratives qui exigent expressément une signature (voir par exemple No 1049 des directives de l'OFAS concernant les rentes, valables dès le 1^{er} janvier 1971, et le No 200 de la circulaire du même sur la procédure à suivre dans l'Al, valable dès le 1^{er} avril 1964) ne représente qu'une infraction à des prescriptions d'ordre ou si la validité de l'acte juridique est, par là, mise en question par principe et de la même manière que là où la loi exige non seulement la forme écrite, mais encore la signature (voir par exemple art. 52, 1^{er} al., PA; art. 30, 1^{er} al., et 108, 2^e al., OJ; ATF 86 III 3 ss avec références).

c. De tout cela, il résulte que les cinq décisions litigieuses du 19 décembre 1977 sont formellement correctes au sens de l'article 128, 1^{er} alinéa, RAVS. L'affirmation de l'autorité de première instance, selon laquelle ces décisions seraient nulles, à défaut de signatures, est donc contraire au droit fédéral. Par conséquent, le recours de l'OFAS est, à cet égard, fondé.

5. ...

Assurance-chômage/Cotisations

Arrêt du TFA, du 5 juin 1979, en la cause M. F.

Article 1^{er}, 1^{er} alinéa, AAC. Dans l'assurance-chômage obligatoire (AC), instituée par l'arrêté fédéral du 8 octobre 1976 (ci-après AAC), l'obligation de verser les cotisations est en principe la même que dans l'AVS. Font seuls exception les salariés dont les cotisations AVS sont acquittées à l'aide de timbres.

L'obligation de verser les cotisations AC n'implique pas « ipso facto » le droit aux prestations. Elle s'étend dès lors, tant que l'AAC est en vigueur, également aux membres de la famille de l'exploitant d'un domaine agricole, lors même que ceux-ci ne peuvent prétendre des prestations que dans des circonstances bien précises.

Articolo 1, capoverso 1, DAD. Nell'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione secondo il decreto federale dell'8 ottobre 1976 (DAD), l'obbligo di pagare i contributi è, in principio, uguale a quello dell'AVS. Fanno soltanto eccezione i lavoratori che pagano i contributi all'AVS per mezzo di marche.

L'obbligo di pagare i contributi non comporta « ipso facto » il diritto alle prestazioni. Esso si estende, fino a quando il DAD è in vigore, anche ai membri di famiglia che lavorano nel fondo agricolo, e questo anche se gli stessi possono pretendere le prestazioni soltanto a determinate condizioni.

La caisse de compensation du canton de X ayant réclamé les cotisations paritaires AVS/AI/APG et celles dues à l'AC sur les salaires versés par l'exploitant agricole M. F. à son fils L. F., l'exploitant recourut contre le paiement des cotisations d'AC, mais la juridiction cantonale confirma la décision attaquée. Saisi d'un recours de droit administratif, le TFA a statué, lui aussi, que sous l'empire du droit actuel, les membres de la famille travaillant sur le domaine agricole sont soumis à l'AC fédérale obligatoire en vigueur depuis le 1^{er} avril 1977. Sur ce point, il a émis les considérants suivants:

1. ... (Rappel de l'art. 1^{er} AAC et du système de calcul et de perception des cotisations AC.)

2. Le système de la perception des cotisations dans l'assurance-chômage obligatoire (AC) est axé essentiellement sur celui qui est prévu par la LAVS pour les personnes de condition dépendante. Une personne de condition salariée au sens de la LAVS n'a cependant pas ipso facto droit aux indemnités de l'AC (voir en particulier art. 11 AAC et 31 de l'ordonnance sur l'AC).

Certaines catégories d'assurés peuvent donc être tenues au paiement de cotisations alors qu'elles n'auront selon les circonstances, pas droit à des indemnités au cas où elles se trouveraient au chômage. Dans son message du 11 août 1976 sur l'introduction de l'AC, le Conseil fédéral n'a pas pris expressément position sur cette question. Cependant, l'autorité exécutive fédérale a déclaré son intention de mettre sur pied aussi rapidement que possible un régime transitoire instituant une AC obligatoire pour tous les salariés, qui reposerait sur une base de financement large et solide (voir FF 1976 II pp. 1557 ss). Pour atteindre ces objectifs, il fallait percevoir les cotisations simplement et rationnellement, sans créer un nouvel appareil administratif. Cette tâche devait donc être confiée aux organes de l'AVS. Mais cela présupposait, selon le Conseil fédéral, « que le cercle des assujettis soit exactement le même pour les deux assurances » (voir op. cit., p. 1562). Pour ce qui est du secteur des prestations, il ne devait être modifié, toujours d'après l'autorité exécutive fédérale, « que dans la mesure où le nouveau cercle des assujettis et la nouvelle base des cotisations l'exigeraient impérieusement » (op. cit., p. 1565).

Le Parlement a fait siennes les vues du Conseil fédéral en ce qui concerne ces principes à la base du régime transitoire. Lors des travaux préparatoires, le rapporteur de la commis-

sion du Conseil des Etats a même expressément soulevé la question des collaborateurs familiaux des exploitations agricoles (voir Bulletin sténographique du Conseil des Etats pp. 335 et 336). Ce point n'a toutefois plus été repris par la suite. Il en découle que le Parlement avait conscience du fait que le versement de cotisations pouvait dans certains cas ne pas trouver sa contrepartie dans l'ouverture du droit aux indemnités de chômage. Les travaux préparatoires montrent donc bien qu'en édictant l'article 1^{er} AAC, le législateur entendait (cas prévus au 2^e al. réservés), comme cela ressort de la lettre même de cette disposition, astreindre au paiement des cotisations d'assurance-chômage toutes les personnes de condition dépendante tenues au versement des cotisations AVS.

3. Dans l'arrêt K. du 20 février 1979 (ATF 105 V 44; cf. aussi arrêt du même jour en la cause H., RCC 1979, p. 485), le TFA a relevé que l'article 1^{er} AAC définit de façon exhaustive le cercle des personnes qui sont tenues au paiement des cotisations AC et celui des personnes qui ne le sont pas, et qu'on ne saurait dès lors considérer que la loi présente en cette matière une lacune qu'il appartiendrait au TFA de combler. Dans cette jurisprudence, il est rappelé que le juge peut aussi exceptionnellement s'écarter du texte légal et trouver, au nom de l'équité, une solution autre que celle ressortant de la loi lorsqu'une interprétation trop rigide aboutit à des résultats manifestement insoutenables et incompatibles avec l'ordre juridique (voir ATF 101 V 190; ATFA 1968, p. 108). Or tel n'est pas le cas lorsqu'il s'agit d'interpréter l'article 1^{er} AAC: la solution que cette disposition consacre doit à tout le moins être tenue pour soutenable, le législateur ayant dans d'autres domaines déjà soumis au paiement de cotisations des personnes non susceptibles de toucher des prestations d'assurance (voir art. 27, en relation avec l'art. 1^{er} LAPG, ainsi que la réponse du Conseil fédéral à la petite question Gautier du 22 juin 1978, Bulletin sténographique du Conseil national 1978, p. 1476; RCC 1978, p. 460).

Au demeurant, il y a lieu de noter que les collaborateurs agricoles ne sont pas absolument exclus des prestations de l'AC, le versement de cotisations trouvant avant tout sa contrepartie dans l'ouverture du droit aux indemnités en cas de chômage complet ou de chômage dans un emploi à temps partiel hors de l'entreprise agricole. Par ailleurs, la situation des travailleurs agricoles n'est pas sans présenter quelque analogie avec celle des salariés visés à l'article 31, 1^{er} al., lettre c, de l'ordonnance sur l'AC, salariés eux aussi tenus de cotiser à l'assurance-chômage. En effet, certains associés, membres ou actionnaires d'une personne morale peuvent se trouver dans une situation particulière, propre à réduire considérablement leur aptitude et disponibilité au placement et à rendre difficile à l'excès, sinon impossible, le contrôle de leur chômage, surtout partiel. Pourtant, le TFA a relevé qu'ils ne peuvent pas pour autant être réputés exclus du droit aux indemnités de chômage (voir l'arrêt précité K.). En outre, certaines catégories d'assurés – qu'on songe par exemple aux fonctionnaires d'administration – présentent à l'évidence un risque de chômage extrêmement faible. Dans ces conditions, même un reproche d'inégalité de traitement ne peut être retenu, d'autant moins que la constitutionnalité des lois et arrêtés de l'Assemblée fédérale de portée générale échappe à l'examen du juge (art. 113, 3^e al. et 114 bis, 3^e al., Cst.).

De ces considérations, il ressort que c'est seulement dans le cadre d'une révision législative que le but visé par le recourant pourrait être atteint. A cet égard, il y a lieu de relever, comme l'indique l'OFAS dans sa réponse au recours de droit administratif, que deux interventions parlementaires ont déjà eu lieu à ce sujet.

4. ... (Rejet du recours de droit administratif.)

Note de l'OFAS: Le TFA a été amené à rendre une série d'arrêtés sur la même question. Il est prévu, dans le projet de nouvelle conception de l'assurance-chômage (régime définitif), qui doit entrer en vigueur en 1982 et qui fait actuellement l'objet d'une consultation auprès des cantons et des milieux intéressés, d'excepter de l'AC les membres de la famille de l'exploitant d'un domaine agricole, s'ils sont considérés comme ayant une activité indépendante au sens de la LFA.

AVS/AI Rentes

Arrêt du TFA, du 27 juin 1979, en la cause M. S. et G. S.
(traduction de l'allemand).

Article 34, 1^{er} alinéa, LAI. Si le bénéficiaire d'une rente AI contracte mariage avec la titulaire d'une rente de veuve, le droit à la rente complémentaire pour l'épouse prend naissance seulement le premier jour du mois suivant celui au cours duquel le mariage a été célébré.

Article 23, 3^e alinéa, LAVS. Si une veuve contracte mariage avec le titulaire d'une rente AI, le droit à la rente de veuve s'éteint à la fin du mois au cours duquel le mariage a été célébré.

Articolo 34, capoverso 1, LAI. Se il beneficiario di una rendita AI contrae matrimonio con la titolare di una rendita per vedove, il diritto alla rendita complementiva per la moglie nasce soltanto il primo giorno del mese successivo a quello in cui è stato celebrato il matrimonio.

Articolo 23, capoverso 3, LAVS. Se una vedova contrae matrimonio con il titolare di una rendita AI, il diritto alla rendita per vedove si estingue alla fine del mese nel corso del quale è stato celebrato il matrimonio.

L'assuré M. S., né en 1916, touche une rente AI entière depuis le 1^{er} juillet 1967. Le 26 mai 1978, il a épousé la veuve G. V. qui touchait, depuis le 1^{er} août 1975, une rente de veuve; cette rente s'élevait, en dernier lieu, à 748 francs par mois.

Par décision du 16 juin 1978, la caisse de compensation A. a accordé à l'assuré, avec effet au 1^{er} mai de la même année, une rente complémentaire de 239 francs par mois pour son épouse.

La caisse de compensation B., de son côté, a informé l'épouse que son droit à la rente de veuve s'était éteint le 30 avril 1978 parce que son mari touchait pour elle, dès le 1^{er} mai, une rente complémentaire. L'assurée devait donc restituer la rente de veuve qu'elle avait encore reçue pour mai 1978, soit 748 francs (décision du 14 juin 1978).

L'assuré a recouru, pour lui et pour son épouse, contre les deux décisions, en concluant qu'au mois de mai 1978, la rente de veuve plus élevée devait avoir la priorité sur la rente complémentaire plus basse s'ajoutant à sa rente AI. Aussi fallait-il, selon lui, annuler la décision de restitution de la caisse B. et verser la rente complémentaire seulement depuis le 1^{er} juin 1978. Il en résultait qu'il devait rembourser seulement la rente complémentaire touchée pour mai 1978, soit 239 francs.

L'autorité cantonale de recours a admis les deux recours par jugements du 16 octobre 1978. La caisse B. a interjeté recours de droit administratif contre les deux jugements en proposant le rétablissement de sa décision du 14 juin et de celle de la caisse A. du 16 juin. Invitée à se prononcer, la caisse A. propose aussi le rétablissement de sa décision du 16 juin, tandis que l'OFAS conclut à l'admission des deux recours.

Le TFA a rejeté les deux recours pour les motifs suivants:

1. Le point litigieux est de savoir si le droit de l'assurée à une rente de veuve pour le mois de mai 1978, au cours duquel elle a épousé l'invalidé M. S., existait encore ou si, éventuellement, ce droit a été remplacé, par suite de son remariage, par le droit de M. S. à une rente complémentaire AI. Ce problème résulte du fait que le droit à une rente de veuve s'éteint, selon l'article 23, 3^e alinéa, LAVS, par le remariage, c'est-à-dire (selon le N^o 130 des directives concernant les rentes) à la fin du mois pendant lequel la veuve s'est remariée, tandis que le droit à une rente complémentaire de l'AI – en appliquant par analogie l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI – prend naissance le premier jour du mois au cours duquel le mariage a eu lieu (N^o 264 des directives).

L'autorité de première instance est parvenue à la conclusion que les deux rentes ne pouvaient, simultanément, être versées pour la même personne. Ainsi que le TFA l'a reconnu (ATFA 1968, p. 108 = RCC 1969, p. 111), le cumul de rentes accordées en vertu de la LAVS et de la LAI est toujours exclu là où la loi règle expressément la coïncidence de telles prestations (par exemple art. 30 et 43, 1^{er} al., LAI; art. 28 bis LAVS). Le TFA a donc admis qu'il était conforme à l'esprit de la loi d'interdire aussi le cumul de deux rentes complémentaires (de l'AI et de l'AVS) versées pour la même personne. Par analogie, on peut en conclure qu'il n'y a pas, pour une même personne, un droit à une rente de veuve et simultanément un droit à une rente complémentaire de l'AI; cela n'est d'ailleurs pas contesté par les parties.

2. a. D'après ce qui vient d'être dit, le fait de reconnaître l'un de ces droits entraîne automatiquement la négation de l'autre droit, si bien que ces deux questions sont liées l'une à l'autre d'une manière indéfectible. C'est pourquoi l'on peut juger que la caisse B. était en droit de recourir non seulement contre le jugement de l'autorité de première instance concernant sa décision du 14 juin, mais aussi contre le jugement concernant la décision de la caisse A. du 16 juin. D'ailleurs, la caisse A., invitée à se prononcer, approuve le recours de droit administratif de la caisse B. et propose également le rétablissement de sa décision du 16 juin. Les recours de droit administratif de la caisse B. doivent donc être examinés.

b. Etant donné que ces deux recours concernent des faits de même nature et posent les mêmes questions, il se justifie de les réunir et de les liquider en un seul jugement (ATF 94 I 185, consid. 1, et 92 I 430, consid. 1).

3. Ainsi que nous l'avons dit, le cumul d'une rente de veuve et d'une rente complémentaire s'ajoutant à une rente AI est exclu quand il s'agit d'une seule et même personne. Reste à examiner laquelle des deux rentes doit être versée.

Comme l'autorité de première instance le relève avec raison, la loi ne répond pas à cette question. Selon l'article 24 bis LAVS et l'article 43, 1^{er} alinéa, LAI, il existe certes, pour les veuves et les orphelins, une priorité de principe des rentes AI sur les rentes AVS. Ces dispositions prévoient la possibilité du cumul d'une rente de survivant avec une rente AI pour une seule et même personne. Dans le cas présent, toutefois, il faut se demander si une veuve peut encore prétendre une rente de veuve pour le mois au cours duquel elle se remarie ou si l'assurance doit lui payer, en lieu et place de cette prestation, la rente complémentaire s'ajoutant à la rente AI de l'époux, dont le droit prend naissance pendant le mois de ce mariage. La recourante rappelle que dans l'AVS, le droit à une rente commence, en règle générale, le premier jour du mois qui suit la date à laquelle l'intéressé atteint la limite d'âge (par exemple art. 21, 2^e al., LAVS) ou qui suit la survenance de quelque autre événement (par exemple décès du conjoint, art. 23, 3^e al., LAVS), tandis que dans l'AI, la rente est déjà versée en entier pour le mois pendant lequel le droit prend naissance (par exemple art. 29, 1^{er} al, LAI). Cependant, cela ne répond pas, directement ou indirectement, à la question déterminante ici: celle de savoir si la priorité revient, pour le mois du mariage, à la rente de veuve ou à la rente complémentaire AI.

Etant donné que la loi ne répond pas à cette question de droit qui se pose inévitablement, il y a ici une véritable lacune, que le juge doit combler (ATF 99 V 21, avec références).

L'OFAS propose de combler cette lacune de la manière suivante: «Si la veuve, dans le cas particulier, avait atteint l'âge de 62 ans révolus lors de son remariage et touché par conséquent une rente simple de vieillesse, cette rente se serait éteinte à la fin du mois précédant le mois pendant lequel est né le droit à la rente AI pour couple (N° 32 des directives concernant les rentes), tandis que l'époux aurait touché, déjà pour le mois de ce mariage, ladite rente AI pour couple (N° 251 des directives). C'est aussi à la fin du mois précédant le mariage qu'une éventuelle rente AI de l'assurée se serait éteinte (N° 246 des directives). A notre avis, cette réglementation doit être appliquée aussi, par analogie, au cas présent qui n'a pas été prévu dans les instructions. Il en résulterait, d'une manière générale, que la rente AI simple et la rente de veuve des femmes qui épousent des bénéficiaires de rentes AI s'éteignent à la fin du mois qui précède le mois du mariage.»

L'OFAS se prononce ainsi pour la priorité de la rente complémentaire plus basse, s'ajoutant à la rente AI de l'époux, sur la rente de veuve plus élevée. Le TFA ne peut cependant accepter cette solution, car cela reviendrait à donner à la veuve épousant un invalide un statut moins avantageux que si elle épousait un homme bien portant ou un bénéficiaire de rente de vieillesse, ce qui ne saurait être satisfaisant. En effet, dans la seconde éventualité (homme bien portant ou rentier AVS), le droit à la rente de veuve ne s'éteindrait qu'à la fin du mois du mariage (art. 23, 3^e al., et 22, 3^e al., LAVS). La lacune de la loi doit donc être comblée par la règle suivante:

En cas de mariage d'une veuve avec un invalide, le droit à la rente de veuve s'éteint seulement à la fin du mois du mariage, et le droit à la rente complémentaire d'invalidité du mari ne prend naissance que le premier jour du mois qui suit le mariage.

AI/Réadaptation

Arrêt du TFA, du 10 septembre 1979, en la cause S. A.
(traduction de l'allemand).

Articles 13, 1^{er} alinéa, et 14, 1^{er} alinéa, LAI. Les soins quotidiens aux malades ne peuvent, à eux seuls, représenter une mesure médicale, n'ayant pas de but thérapeutique à proprement parler. Par conséquent, l'AI ne doit prendre en charge les frais d'hospitalisation d'un enfant que dans la mesure où le traitement proprement dit exige un séjour à l'hôpital. (Confirmation de la jurisprudence.)

Articoli 13, capoverso 1 e 14, capoverso 1, LAI. Le cure quotidiana ai malati non costituiscono per se stesse un provvedimento sanitario, poichè non presentano nessun carattere terapeutico. L'AI, di conseguenza, deve sopperire alle spese di ospedalizzazione di un bambino soltanto nella misura in cui la cura vera e propria esige il ricovero in ospedale. (Conferma della prassi)

Lors d'un séjour de l'assurée S. A., née en 1974, à l'hôpital de l'enfance de Z., du 16 au 21 février 1978, l'on diagnostiqua une épilepsie symptomatique congénitale et l'on recommanda un traitement suivi à base d'anticonvulsifs, ainsi qu'un électro-encéphalogramme et les contrôles médicaux subséquents. La commission AI décida, le 11 avril 1978, la prise en charge des mesures médicales destinées au traitement de l'infirmité congénitale, conformément à l'article 2, N^o 389, OIC, pour la période du 16 février 1978 jusqu'au 28 février 1983 provisoirement.

Par la suite, le père a déclaré que les médicaments administrés à sa fille l'avaient rendue agressive et insupportable pour tous les membres de la famille. Sur le conseil du médecin traitant, le docteur W., l'assurée fut placée dans le home d'enfants de X où elle séjourna du 15 mars au 12 mai 1978 (rapport médical du Dr W. du 11 mai 1978). Dans une lettre du 2 mai 1978 à la commission AI, le père demanda pour sa fille la prise en charge des frais du séjour dans ce home. Par décision du 20 juin 1978, la caisse de compensation rejeta cette demande, car ce séjour avait servi non pas au traitement, mais tout au plus à des contrôles médicaux; en outre, le home de X n'est pas un établissement sous contrôle médical.

L'autorité cantonale de recours rejeta, par jugement du 18 octobre 1978, le recours formé contre cette décision.

Le père de l'assurée a interjeté recours de droit administratif en demandant que les frais de séjour de sa fille dans le home de X, d'un montant de 2144 francs, soient pris en charge par l'AI. Le séjour dans ce home a été rendu absolument nécessaire pour des raisons thérapeutiques et a donné des résultats positifs.

La caisse de compensation et l'OFAS ont conclu au rejet du recours de droit administratif. Le TFA a rejeté ce recours pour les motifs suivants:

1. Selon l'article 13, 1^{er} alinéa, LAI, les assurés mineurs ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales, selon la liste de l'OIC. Ces mesures médicales comprennent le traitement entrepris dans un établissement hospitalier ou à domicile par le médecin, ainsi que les médicaments ordonnés par le médecin (art. 14, 1^{er} al., LAI). L'article 14, 2^e alinéa, LAI prévoit que, lorsque le traitement a lieu dans un établissement hospitalier ou de cure, l'assuré a droit en outre à la nourriture et au logement en division commune. Sont réputés mesures médicales nécessaires au traitement d'une infirmité congénitale tous les actes dont la science médicale a reconnu qu'ils sont indiqués et qu'ils tendent au but thérapeutique visé d'une manière simple et adéquate (art. 1^{er}, 3^e al., OIC). Selon une jurisprudence constante, toutefois, cela ne concerne pas les soins quotidiens aux malades, car ces soins n'ont pas un caractère thérapeutique à proprement parler (ATFA 1967, p. 105, RCC 1967, p. 440; RCC 1974, p. 227). Par conséquent, l'AI ne doit prendre en charge les frais d'hospitalisation d'un enfant que dans la mesure où le traitement proprement dit exige un séjour à l'hôpital (RCC 1975, p. 212).

2. Il n'est pas contesté que S. A. ait droit aux mesures médicales pour le traitement de l'infirmité mentionnée sous N° 389 de la liste de l'OIC. Seule est litigieuse ici la question de savoir si les frais de séjour de la jeune fille dans le home de X sont aussi à la charge de l'AI. Pour que tel soit effectivement le cas, il aurait fallu que la jeune fille ait dû être placée dans ce home pour suivre un traitement. Selon le rapport médical du Dr W., de mai 1978, elle aurait aussi bien pu être soignée ambulatoirement. Le séjour dans le home a simplement facilité l'observation. Le 27 novembre 1978, le médecin confirma qu'une thérapie médicamenteuse anticonvulsive ne nécessitait pas un séjour stationnaire. Cela prouve indiscutablement que le séjour dans ce home de X n'a pas été nécessité par le traitement médical. Déjà cette seule constatation exclut la prise en charge des frais de séjour à X, et ceci même si ce home d'enfants était reconnu comme établissement hospitalier ou de cure, ce qui n'est incontestablement pas le cas. Il n'importe pas que le séjour ait eu des effets positifs sur l'enfant, comme cela est allégué dans le mémoire de recours de droit administratif, et que, sans ce placement, les parents auraient peut-être dû consulter très fréquemment, en l'espace de quelques semaines, le médecin, « qui, par mesure de sécurité, aurait refait des contrôles par électro-encéphalogramme, provoquant ainsi de nouveaux frais » (rapport du Dr W. du 27 novembre 1978 à la commission AI).

3. L'autorité de recours de première instance a examiné au surplus si les frais du séjour à X n'auraient pas dû être pris en charge par l'AI en vertu de l'article 78, 3^e alinéa, RAI. D'après cette disposition, les mesures d'instruction sont prises en charge par l'AI quand elles ont été ordonnées par la commission AI ou, à défaut, lorsqu'elles étaient indispensables à l'octroi de prestations ou faisaient partie intégrante de mesures de réadaptation octroyées après coup (ATF 97 V 233, RCC 1972, p. 228).

Aucune de ces conditions n'est remplie dans le cas présent, comme cela a été exposé pertinemment dans le jugement de première instance. L'AI n'est donc pas tenue non plus de verser des prestations en vertu de l'article 78, 3^e alinéa, RAI.

Arrêt du TFA, du 6 mars 1979, en la cause C. L.
(traduction de l'allemand).

Article 21, 1^{er} alinéa, LAI; N^{os} 1 et 1.01 ss des directives sur la remise de moyens auxiliaires, valables dès le 1^{er} janvier 1977. La liste des moyens auxiliaires est exhaustive dans l'énumération des catégories entrant en considération. Par contre, il faut vérifier si l'énumération des moyens auxiliaires pour chacune des catégories est exhaustive ou simplement indicative.

Articole 21, capoverso 1, LAI; N. 1 e 1.01 segg. delle direttive sulla consegna dei mezzi ausiliari, valide dal 1^o gennaio 1977. La lista dei mezzi ausiliari è esauriente in quanto enumera le categorie entranti in considerazione. Occorre invece verificare se l'enumerazione dei singoli mezzi ausiliari, per ciascuna delle categorie, è parimenti esauriente oppure costituisce soltanto un esempio.

Par décision du 25 avril 1974, il était accordé à C. L., né en 1943, la prise en charge périodique de bas médicaux à compression et ceci jusqu'à nouvel avis. Le 15 décembre 1977, la caisse de compensation décida de ne plus prendre en charge à l'avenir ces bas à compression, conformément aux nouvelles directives valables depuis le 1^{er} janvier 1977.

L'autorité cantonale de recours rejeta, dans son jugement du 31 mai 1978, le recours formé contre cette décision. Elle se référait au N^o 1 des directives de l'OFAS sur la remise de moyens auxiliaires, valables depuis 1977, selon lequel l'énumération des moyens auxiliaires dans la liste est exhaustive. Etant donné que les bas à compression ne figurent pas dans cette liste, l'AI ne peut plus les prendre en charge.

L'assuré a interjeté recours de droit administratif en demandant que la caisse de compensation continue de prendre en charge les bas à compression. En substance, il fait valoir que, selon le certificat de son médecin, il a besoin de bas à compression pour exercer son activité lucrative.

Alors que la caisse de compensation renonce à se prononcer, l'OFAS conclut au rejet du recours de droit administratif.

Le TFA rejeta ce recours pour les motifs indiqués ci-après:

1. Selon 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, pour étudier ou apprendre un métier ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle. Cette liste de moyens auxiliaires était contenue, selon le droit en vigueur jusqu'à fin 1976, dans l'article 14 RAI (état au 15 janvier 1968). Selon la nouvelle teneur de cet article (modification du 29 novembre 1976), la liste des moyens auxiliaires visés par l'article 21 LAI fait l'objet d'une ordonnance du Département de l'intérieur. C'est en se fondant sur cette nouvelle disposition que le Département a promulgué l'ordonnance concernant la remise de moyens auxiliaires par l'AI (OMA), le 29 novembre 1976, dans laquelle figurent en annexe les moyens auxiliaires remis par l'AI.

2. a. L'autorité de recours de première instance se réfère dans ses considérants au N^o 1 des directives de l'OFAS sur la remise de moyens auxiliaires, valables depuis le 1^{er} janvier 1977, et dont le contenu est rédigé comme suit:

«Les moyens auxiliaires susceptibles d'être remis par l'AI sont énumérés de façon exhaustive dans la liste annexée à l'ordonnance concernant la remise de moyens auxiliaires (OMA). Des moyens auxiliaires autres que ceux figurant sur ladite liste ne sauraient être octroyés par l'AI (cf. N^{os} 1.01 ss).»

La manière péremptoire dont est rédigé ce N^o 1 des directives prête à confusion et demande une explication. La jurisprudence du TFA a toujours fait ressortir que la liste des moyens auxiliaires, comprise jusqu'à fin 1976 dans l'article 14 RAI, est exhaustive dans l'énuméra-

tion des catégories entrant en considération et qu'en revanche l'énumération des divers moyens auxiliaires dans chacune des catégories est simplement indicative (ATF 98 V 46, consid. 2 b, RCC 1973, p. 42). En ce qui concerne le caractère exhaustif de la liste des catégories de moyens auxiliaires, le TFA a conservé sa pratique depuis l'entrée en vigueur du nouveau droit le 1^{er} janvier 1977 (nouvelle version de l'art. 14 RAI et OMAI du 29 novembre 1976 avec annexe). Par contre, il faut vérifier, pour chacune des catégories, si l'énumération des divers moyens auxiliaires au sein de cette catégorie est exhaustive ou simplement indicative (RCC 1979, p. 225; ATF 104 V 88 = RCC 1978, p. 419). Chaque cas concret doit donc être examiné en vue de déterminer si le moyen auxiliaire en question est expressément mentionné ou s'il peut être rangé dans l'une des diverses catégories.

b. Les bas à compression ne sont pas mentionnés expressément dans la liste des moyens auxiliaires; en outre, ils ne peuvent être considérés comme répondant à la définition d'une des catégories de la liste. C'est pourquoi le recourant n'a plus droit à la prise en charge par l'AI des moyens auxiliaires réclamés.

AVS/AI Contentieux

Arrêt du TFA, du 10 septembre 1979, en la cause C. S.
(traduction de l'allemand).

Principe de la bonne foi. Le principe de la bonne foi, tel qu'il s'applique dans le domaine du droit administratif, protège le citoyen dans la confiance qu'il a en les autorités. Ce principe implique notamment qu'une décision de l'assurance sociale doit être comprise d'après son sens usuel.

Principio della buona fede. Il principio della buona fede, quale esso si applica nell'ambito del diritto amministrativo, protegge il cittadino nella fiducia giustificata che egli pone nelle autorità. Tale principio impone specificatamente che una decisione dell'assicurazione sociale sia intesa nel suo senso facilmente comprensibile.

L'assurée C. S., née le 21 août 1962, souffre de plusieurs infirmités depuis sa naissance. Donnant suite à une demande de prestations présentée le 12 septembre de cette année-ci, l'AI prit en charge les frais du traitement de la maladie hémolytique des nouveau-nés et de l'atrésie anale, ainsi que les frais d'hôpital entraînés par ces mesures. Le 27 janvier 1973, le père a demandé des subsides pour la formation scolaire spéciale dès 1972. Le médecin recommanda l'école privée de F. pour l'instruction de l'enfant. Après avoir pris l'avis de l'office cantonal de la jeunesse, le 23 août 1973, l'AI accorda des subsides pour cette formation à partir du printemps 1972 jusqu'au printemps 1975. Une nouvelle demande ayant été présentée plus tard, les subsides pour la fréquentation de l'école de F. furent prolongés jusqu'au printemps 1977 (décision du 29 décembre 1976). Le 24 avril 1977, le père demanda encore une prolongation des contributions aux frais d'école et de transport jusqu'au printemps 1978, mais cette nouvelle demande fut rejetée par décision du 14 novembre 1977. La caisse motiva ce refus en déclarant que l'école de F. avait obtenu sa reconnaissance comme école privée à l'échelon de l'école publique, si bien que sa reconnaissance comme école spéciale au sens de l'AI n'était en principe plus possible.

Le père ayant recouru, l'autorité juridictionnelle a admis son recours partiellement par jugement du 2 mai 1978 et a reconnu que les subsides pour la fréquentation de l'école en question devaient être accordés depuis le printemps jusqu'à fin novembre 1977.

Le père a demandé, par la voie du recours de droit administratif, que les subsides pour la fréquentation de ladite école (jusqu'au 3 février 1978, début des vacances de sport) et les subsides pour la fréquentation d'une autre école à Z. (dès le 21 février 1978) continuent d'être versés jusqu'à la fin de la scolarité obligatoire (printemps 1979), de la même manière qu'en 1972, et pas seulement jusqu'à fin novembre 1977. A titre éventuel, il demanda que les subsides pour la formation scolaire soient accordés jusqu'au moment où les autorités scolaires et la commission A1 auraient trouvé une nouvelle solution, satisfaisante pour tous, pour la formation scolaire de C. S.

La caisse de compensation et l'OFAS ont renoncé à se prononcer. L'OFAS fait observer toutefois, dans son préavis, qu'il comprendrait une admission du recours, vu le caractère spécial de ce cas.

Le TFA a admis le recours dans le sens des considérants suivants.:

1. En vertu de l'article 128 OJ, le TFA connaît en dernière instance des recours de droit administratif interjetés contre des décisions au sens des articles 97 et 98, lettres b à h, OJ rendues en matière d'assurances sociales. Par nature, la procédure juridictionnelle administrative ne vise à juger ou à n'apprécier que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie et sous la forme d'une décision. Par conséquent, la décision détermine aussi l'objet du litige à trancher dans la procédure de recours. Seul doit être juridiquement apprécié l'état de faits qui existait au moment où la décision attaquée a été rendue. Dans la procédure de recours, c'est ainsi la décision administrative qui est contestée (RCC 1971, p. 481). Puisque seule la prolongation des subsides pour les frais d'école et de transport pendant une année, jusqu'au printemps 1978, était l'objet de la décision attaquée, c'est seulement sur ce point-là que l'on peut se prononcer. L'autre demande, qui vise à l'octroi des subsides jusqu'au printemps 1979, c'est-à-dire jusqu'à la fin de la scolarité, ne peut donc être examinée. Un examen de la demande supplémentaire est d'ailleurs également exclu en raison du fait que, d'après ce qui a été dit dans le recours de droit administratif, la recourante a fréquenté, après les vacances de février 1978 (dès le 21 février), l'école de Z. La question de savoir si des subsides peuvent aussi être accordés pour la fréquentation de ce dernier établissement doit être examinée d'abord par l'administration. De même, celle-ci devrait se prononcer avant les tribunaux sur la demande présentée à titre éventuel.

2. L'assuré a droit aux subsides pour la formation scolaire spéciale s'il souffre d'une des infirmités énumérées à l'article 9, 1^{er} alinéa, RAI, certaines autres conditions devant aussi être remplies. Selon l'article 9, 2^e alinéa, les subsides sont aussi alloués aux mineurs que plusieurs déficiences empêchent de suivre l'école publique, même si, prises isolément, ces déficiences ne répondent pas aux conditions prévues au 1^{er} alinéa, lettres a à f.

Se fondant sur les rapports médicaux du Dr T., du 25 mars 1973, et du professeur W., du 10 avril 1973, ainsi que sur la recommandation de l'Office cantonal de la jeunesse, du 22 août de la même année, l'administration conclut, déjà dans sa décision du 5 septembre suivant, que la recourante avait droit en principe aux subsides pour la formation scolaire spéciale. Avec raison, l'administration et les premiers juges ne nient pas ce droit de principe, aujourd'hui encore, puisqu'il est établi que la recourante souffre de plusieurs infirmités et ne pourrait suivre les leçons de l'école publique.

3. La notion de formation scolaire spéciale est définie à l'article 19, 1^{er} alinéa, LAI, en corrélation avec l'article 8, 1^{er} alinéa, RAI. La teneur de l'article 19 LAI (« Des subsides sont alloués pour la formation scolaire spéciale des mineurs éducatibles mais qui, par suite d'invalidité, ne peuvent suivre l'école publique ou dont on ne peut attendre qu'ils la suivent ») indique qu'une école publique ne peut pas être en même temps une école spéciale au sens de cette disposition; par conséquent, les élèves d'un établissement qui correspond à la définition d'une école publique n'ont pas droit à des contributions pour une formation scolaire spéciale (RCC 1978, p. 32).

Ainsi que le révèle une lettre qui figure au dossier et qui émane de l'Office cantonal en question (20 mai 1976), l'école de F. a été reconnue comme école privée au niveau de l'école publique. Elle ne pouvait donc, du moins à partir de cette date, plus être considérée comme une école spéciale. A-t-elle jamais eu le statut d'école spéciale? Cette question peut rester indécise, car il ne faut s'occuper ici que du laps de temps déterminant pour la décision du 14 novembre 1977. A cette époque, l'école de F. n'était en tout cas pas une école spéciale, si bien qu'il n'y a pas non plus – en principe – de droits à des subsides pour formation scolaire spéciale.

4. Déjà dans son recours en première instance, le représentant de la recourante avait allégué qu'une suppression des subsides de l'AI avec effet rétroactif dès le printemps 1977 ne pouvait se justifier, parce qu'il avait été décidé de poursuivre l'instruction de la recourante à l'école de F. en admettant, logiquement et en toute bonne foi, que les subsides accordés de 1972 à 1976 seraient encore versés en 1977 et jusqu'à nouvel avis. Le principe de la bonne foi, tel qu'il s'applique dans le domaine du droit administratif, protège le citoyen dans la confiance qu'il a en les autorités. Ce principe implique notamment qu'une décision de l'assurance sociale doit être comprise d'après son sens habituel.

Selon l'autorité de première instance, le représentant de l'assurée pouvait admettre, en se fondant sur les décisions des 5 septembre 1973 et 29 décembre 1976 qui accordaient des subsides pour la fréquentation de l'école de F., que celle-ci était une école spéciale reconnue au sens de la loi. Dans ces conditions, il est contraire au principe de la bonne foi que l'AI supprime avec effet rétroactif la prestation que l'assurée s'attendait à obtenir. Il serait justifié, bien plutôt, que l'AI continue de verser les subsides pour la fréquentation de l'école de F. jusqu'à la date à laquelle a été rendue la décision attaquée.

Effectivement, l'administration n'a formulé aucune réserve, dans ses décisions des 5 septembre et 10 octobre 1973, à propos de l'octroi de subsides pour la fréquentation de l'école de F. De même, dans la décision du 29 décembre 1976, elle a omis de faire une telle réserve, bien qu'elle eût été informée dans l'intervalle, par lettre du 20 mai 1976 émanant de l'Office de la jeunesse, que l'école de F. avait obtenu l'autorisation de se considérer comme école privée au niveau de l'école publique et ne pouvait donc être une école spéciale.

L'administration ne dit pas si c'était là une erreur ou si l'omission a eu quelque autre motif; elle n'a présenté ni au tribunal de première instance, ni au TFA un préavis expliquant son comportement. Avant de prendre une décision sur la demande du 26 avril 1977, elle s'est, en outre, encore informée auprès de l'école privée de F. sur le résultat de la formation scolaire de l'assurée. Cependant, cette démarche était superflue s'il était établi d'emblée que les subsides ne pouvaient, quoi qu'il en soit, plus être accordés. De plus, on doit relever que l'administration a rendu sa décision seulement le 14 novembre 1977, bien qu'elle sût que la recourante continuait à fréquenter l'école de F. depuis le printemps de cette année.

Le comportement de la commission AI a certainement eu pour résultat que le père de l'assurée n'a pas cru devoir chercher à temps une autre possibilité de formation scolaire. Il pouvait compter sur l'octroi des subsides aussi pour 1977. En outre, l'assurée ayant fait des progrès à l'école de F., il avait d'autant moins de raisons de chercher une autre voie. C'est seulement après avoir reçu la décision du 14 novembre 1977 qu'il dut constater que ladite école ne remplissait éventuellement pas les conditions légales. Il plaça donc sa fille, par précaution, dans une autre école après les vacances de février 1978. Dans ces circonstances, il était en droit d'invoquer le principe de la bonne foi.

Lorsque l'autorité de première instance a accordé les subsides de formation scolaire jusqu'à fin novembre 1977, elle s'est fondée seulement sur la date de la décision du 14 novembre de cette année. Ce faisant, elle oubliait que le père ne pouvait guère prendre d'autres dispositions pour le début de décembre déjà. D'ailleurs, quoi qu'il en soit, un changement trop brusque ne pouvait être profitable à l'assurée. Or, si l'on admet le principe de la bonne foi, il faut aussi accorder à l'intéressé le temps nécessaire pour prendre d'autres dispositions. Les subsides ne peuvent donc être supprimés que dès la date jusqu'à laquelle il était possible, objectivement, de trouver une autre école. Ce délai s'est étendu au moins

jusqu'au début des vacances, le 3 février 1978. L'assurée a donc droit aux subsides pour toute la période qui fut à la base de la décision du 14 novembre. Comme déjà dit, il n'y a pas lieu d'examiner, dans la présente procédure, s'il existe un droit au-delà du 3 février 1978. Le représentant légal de la recourante peut présenter à ce sujet une nouvelle demande à la commission AI.

Arrêt du TFA, du 30 novembre 1979, en la cause E. D.

Cet arrêt, dans lequel le TFA a dû déterminer si la signature d'une décision de cotisations est une condition de validité, est publié sous AVS/Cotisations.

Chronique mensuelle

● La *sous-commission spéciale de la Commission fédérale de l'AVS/AI* chargée d'examiner le rôle des *indemnités de départ et des prestations de prévoyance dans l'AVS* a tenu sa deuxième séance le 21 février sous la présidence de M. Achermann, de l'Office fédéral des assurances sociales. Elle a poursuivi le remaniement de la réglementation actuelle. La sous-commission se réunira encore une fois au mois de juin.

● Le *conseil d'administration du fonds de compensation de l'AVS* a tenu sa séance ordinaire le 5 mars sous la présidence de M. Bühlmann. Il a pris connaissance du résultat des comptes annuels de l'AVS, de l'AI et des APG pour 1979 (voir RCC 1980, p. 131) et du rapport annuel du secrétaire chargé de les gérer. En outre, il a adopté un crédit-cadre plus élevé pour de nouveaux placements, a accepté l'admission de nouveaux débiteurs et a discuté des questions de collaboration avec le fonds de compensation de l'assurance-chômage. Le conseil a aussi accepté le budget définitif pour 1980.

● Le *projet d'un avenant à la convention italo-suisse de sécurité sociale du 14 décembre 1962* a été paraphé le 13 mars à Berne. Les négociations à cet effet avaient été menées, du côté suisse, par M. Schuler, directeur de l'Office fédéral des assurances sociales et, du côté italien, par le ministre G. Migliuolo, directeur général de l'émigration au ministère italien des affaires étrangères. L'avenant tient compte de l'évolution des législations de sécurité sociale des deux Etats et des conventions internationales avec d'autres pays. Ce nouvel instrument sera signé dans un proche avenir et entrera en vigueur après approbation par les Parlements des deux Etats.

● Le 20 mars, le Conseil national a approuvé sans discussion *trois conventions internationales de sécurité sociale* (cf. RCC 1979, p. 543). L'Avenant à la convention conclue en 1969 avec la Turquie a été adopté par 120 voix contre 0, les conventions avec la Norvège et avec les Etats-Unis d'Amérique – cette dernière ne concerne que l'AVS et l'AI – par 116 voix contre 0.

Avril 1980

● Le 27 mars, le Conseil fédéral a fixé au 1^{er} avril 1980 l'entrée en vigueur de la modification de la loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture. Les Chambres fédérales en avaient approuvé le projet à la session d'hiver 1979. Aucune demande de référendum n'a été présentée. Cette révision comporte le relèvement de la limite de revenu des petits paysans, une augmentation des allocations pour enfants et l'institution d'allocations pour enfants en faveur des agriculteurs exerçant leur activité à titre accessoire. En particulier, les allocations pour enfants dans les régions de plaine seront portées de 50 à 60 francs par mois pour les deux premiers enfants et à 70 francs par mois pour le troisième enfant et chacun des suivants. En région de montagne, ces montants sont augmentés respectivement de 60 à 70 et de 70 à 80 francs par mois.

● La commission du Conseil des Etats chargée d'examiner le projet de loi sur la prévoyance professionnelle a tenu sa 14^e séance le 29 mars. On trouvera de plus amples informations à ce sujet à la page 204.

La création de l'AVS: L'événement du siècle

Résultats d'une étude scientifique

Une enquête de l'Institut sociologique de l'Université de Zurich a confirmé que l'AVS est vraiment «l'enfant chéri du peuple», comme l'a dit un jour un politicien célèbre. En effet, près de 50 pour cent des personnes interrogées ont estimé que l'instauration de l'AVS était le grand événement du siècle. Les résultats de cette étude, financée par le Fonds national, sur «les variations et la constance de la Suisse», ont été présentés à la presse le 26 février 1980; ils ont permis en outre de tirer des conclusions intéressantes sur l'autoportrait des Suisses appartenant à diverses régions, classes de la population et groupes d'âge¹.

L'enquête en question n'a pas la prétention d'être représentative d'une manière illimitée. Elle s'est étendue à 600 personnes de deux générations différentes, celle de l'avant-guerre (dates de naissance 1915-1920) et celle de l'après-guerre (1938-1943). Les interrogatoires ont été limités à des régions bien déterminées, soit:

- régions agricoles et montagnardes pré-industrielles, en partie touristiques (représentées par les vallées de Goms et d'Entremont)
- régions industrielles, mais de tradition rurale (représentées par Viège et Delémont)
- régions urbaines avec forte concentration (représentées par la ville de Zurich).

Bien entendu, on a veillé à ce que dans chacune de ces régions, les différentes classes de la population aient voix au chapitre. L'enquête a été complétée par l'analyse de manuels scolaires et d'articles de la presse; en outre, des écoliers ont été interrogés.

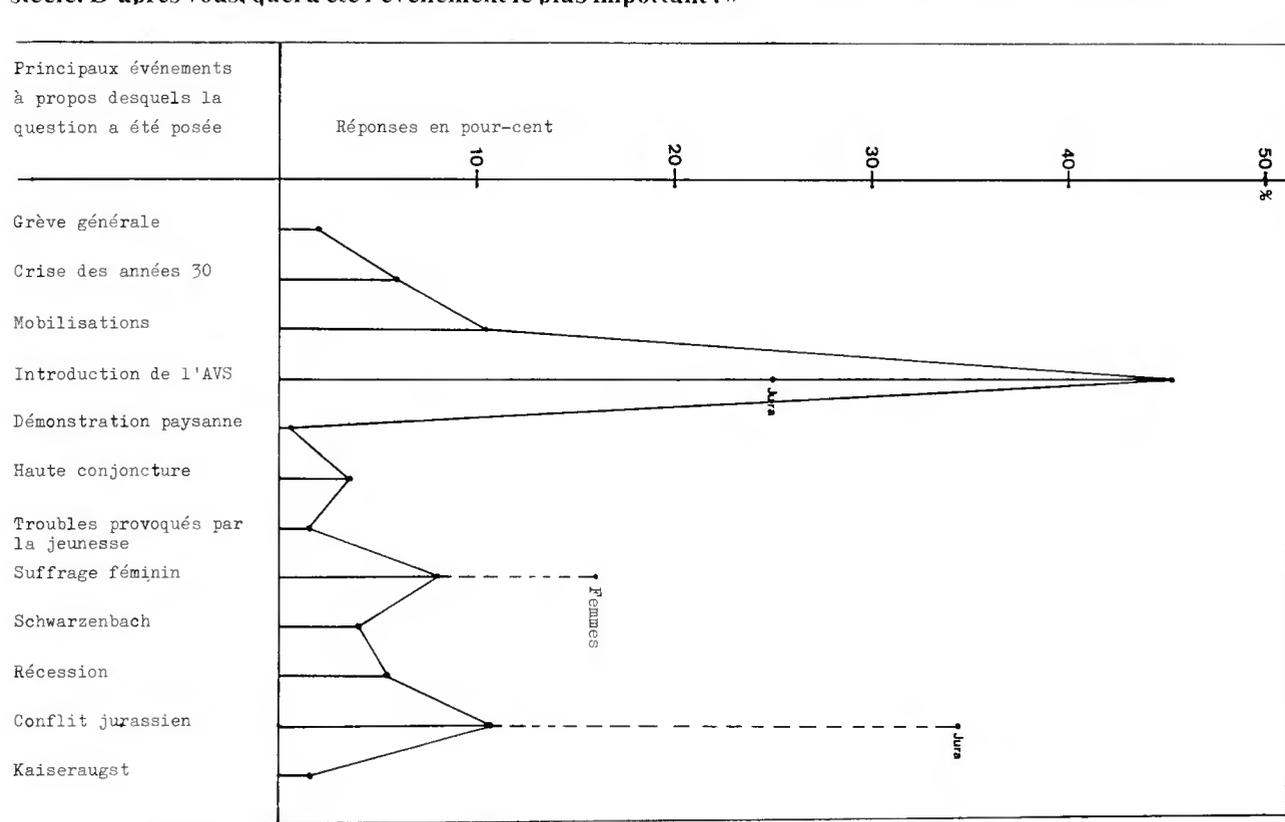
Parallèlement à la question des événements qui ont laissé la trace la plus profonde en Suisse au cours de ce siècle, l'enquête s'est occupée aussi

- du sentiment de solidarité du citoyen envers l'Etat, la commune, le canton, la région linguistique, la nation ou envers un idéal international;
- de l'image que l'on se fait ici de sa société et de ses conflits.

Nous nous bornerons à fournir quelques données sur l'enquête concernant les principaux événements.

¹ On peut commander auprès de cet Institut sociologique, Zeltweg 63, 8032 Zurich, un bref exposé des principaux résultats de cette étude.

Répartition des réponses à la question : « Aussi chez nous, en Suisse, il s'est passé quelque chose pendant ce siècle. D'après vous, quel a été l'événement le plus important ? »



L'AVS: l'événement du siècle

Les réponses ont montré que l'introduction de l'AVS, en 1948, est considérée comme l'événement qui est de loin le plus important. On constate avec surprise que des événements bien plus spectaculaires de notre passé, y compris le passé le plus récent (crise des années 30, mobilisation de 1939, emprise étrangère, question jurassienne, énergie nucléaire), ont été complètement éclipsés par cette «grande naissance dans notre Etat social».

Dans deux groupes directement concernés, les résultats du sondage s'écartent sensiblement de la moyenne: à Delémont, on considère que l'affaire jurassienne est l'événement principal, tandis que les femmes attachent une importance prédominante à l'introduction du suffrage féminin.

Dans les discussions ayant pour objet l'AVS et son avenir, on parle souvent de la solidarité entre jeunes et vieux. Effectivement, on peut considérer l'AVS comme la pierre de touche de cette union. Interrogées à ce sujet, les personnes âgées de 60 ans environ ont attaché plus d'importance à l'introduction de l'AVS (53 pour cent) que celles de 35 à 40 ans (39 pour cent). Ce phénomène est dû avant tout au fait que l'ancienne génération est plus directement concernée par les bienfaits de l'AVS et, d'autre part, se souvient mieux de l'histoire de cette institution. Et pourtant, la différence entre les générations est plus faible qu'on ne s'y attendait. En outre, elle apparaît moins nettement dans les zones urbaines et se manifeste plutôt à la campagne, où l'idée de l'Etat social ne s'est pas encore aussi bien implantée.

Combien y a-t-il de personnes qui renoncent à leur PC?

Généralités

Les PC ont pour but de compléter les rentes AVS et AI dans tous les cas où celles-ci, ajoutées à d'autres ressources et compte tenu de certaines déductions, n'atteignent pas une limite de revenu fixée par la loi. Elles garantissent ainsi, pour ceux qui touchent ces rentes en Suisse, un minimum vital; les ressortissants étrangers doivent, pour y avoir droit, remplir la condition d'une durée minimale de séjour. Les PC sont donc des prestations de besoin, mais les inté-

ressés y ont droit et ce droit peut donner lieu à une action en justice. Elles se distinguent des prestations d'assistance par le fait qu'elles ne doivent pas être restituées et que dans leur calcul, on ne tient pas compte des contributions versées par des parents.

Dans 23 cantons ou demi-cantons, les PC sont versées par la caisse cantonale de compensation AVS. A Bâle-Ville, Genève et Zurich, la fixation et le versement des PC sont confiés à des organes spéciaux, dont la compétence s'étend aussi aux prestations d'aide complémentaire des cantons pour les personnes âgées, les survivants et les invalides. Il y a une nette distinction entre ces prestations et celles de l'assistance publique.

Ceux qui demandent une PC doivent s'inscrire auprès du service compétent; ils doivent donner des renseignements précis sur leurs revenus, leur fortune, et s'engager à annoncer immédiatement les changements ultérieurs qui pourraient survenir. Les organes d'exécution des PC doivent, au besoin, demander aux autorités fiscales des informations supplémentaires. Il est compréhensible que plus d'un assuré redoute ces révélations sur ses affaires personnelles et préfère renoncer à la PC.

Proportion des bénéficiaires de PC

Une comparaison directe entre le nombre des bénéficiaires de PC et celui des bénéficiaires de rentes AVS et AI n'est pas possible avec une sûreté absolue, parce qu'un cas de PC peut englober plusieurs rentiers (par exemple une veuve avec enfants ou un groupe d'orphelins doubles). Pourtant, on a essayé de faire ce calcul, mais lorsqu'on examine les résultats obtenus, il ne faut pas oublier leur caractère incomplet et imparfait. En considérant la statistique des rentes de 1978 pour toute la Suisse, la part des cas de PC, comparée au nombre total des rentiers, est la suivante:

– chez les bénéficiaires de rentes de vieillesse	12,85 pour cent
– chez les veuves	7,15 pour cent
– chez les invalides touchant la rente AI	18,57 pour cent
– Total	13,15 pour cent

La proportion des bénéficiaires de PC varie fortement d'un canton à l'autre; ces inégalités reflètent les différences de capacité financière ou économique. Dans le tableau ci-après, on s'est borné à indiquer les bénéficiaires de rentes de vieillesse, mais on y voit nettement l'écart entre les 5,7 pour cent du canton de Zoug et les 25,89 pour cent du Tessin. Cela montre aussi l'importance des PC pour la péréquation financière entre les cantons, et cela aussi bien pour les cantons eux-mêmes que pour leurs habitants ayant droit aux rentes. Pour les cantons de capacité financière faible, la contribution de la Confédération aux PC est de 70 pour cent des dépenses; pour ceux dont la capacité est forte, elle s'abaisse à 30 pour cent. Les cantons dont la capacité financière est moyenne touchent des contributions qui s'échelonnent entre 31 et 69 pour cent.

Personnes qui touchent la rente de vieillesse et bénéficiaires âgés de PC 1977-1978

Cantons	Rentiers	Dont bénéficiaires de PC ²	
	AVS ¹	Nombres absolus	pour-cent
Zurich	130 785	13 939	10,66
Berne ³	118 663	14 643	12,34
Lucerne	32 415	5 218	16,10
Uri	3 549	485	13,67
Schwyz	9 748	1 033	10,60
Obwald	2 892	368	12,72
Nidwald	2 346	225	9,59
Glaris	5 089	348	6,84
Zoug	6 191	353	5,70
Fribourg	19 044	3 158	16,58
Soleure	23 988	2 354	9,81
Bâle-Ville	34 519	3 908	11,32
Bâle-Campagne	17 335	1 202	6,93
Schaffhouse	8 656	703	8,12
Appenzell Rh.-Ext.	7 276	887	12,19
Appenzell Rh.-Int.	1 778	289	16,25
Saint-Gall	43 954	6 061	13,79
Grisons	18 766	2 773	14,78
Argovie	42 329	2 992	7,07
Thurgovie	21 435	1 807	8,43
Tessin	31 480	8 150	25,89
Vaud	63 160	9 891	15,66
Valais	19 455	3 312	17,02
Neuchâtel	19 820	2 346	11,84
Genève	38 883	6 531	16,80
Suisse	723 556	92 976	12,85

¹ Bénéficiaires de rentes de vieillesse simples et pour couples dès le 31 mars 1978; rentes ordinaires et extraordinaires; chaque couple est compté comme une unité.

² Bénéficiaires de PC ayant droit aux rentes de vieillesse le 31 décembre 1977; chaque couple est compté, en règle générale, comme une unité.

³ Y compris l'actuel canton du Jura.

Pourquoi certains renoncent à demander une PC

Il existe certainement, dans notre pays, plusieurs personnes âgées, survivants et invalides qui auraient droit à une PC, mais n'en touchent pas. S'ils renoncent à cette prestation, c'est probablement surtout parce qu'ils craignent, comme nous l'avons indiqué plus haut, des indiscretions sur leurs affaires personnelles.

Des craintes de ce genre existent principalement, semble-t-il, chez les personnes qui ont déclaré au fisc un revenu plus bas ou une fortune moins considérable qu'en réalité. Même si un rentier peut concilier une telle économie

d'impôts avec sa conscience civique, il ne saurait guère réclamer une prestation de l'Etat en se fondant sur des indications inexactes.

Il est moins vraisemblable que les ayants droit ne sachent pas qu'ils ont la possibilité de recevoir une PC; en effet, les services compétents publient à ce sujet des informations périodiques, et d'ailleurs toutes les institutions qui s'occupent de travail social sont au courant de l'existence de ces prestations.

C'est pourquoi il y a eu quelques remous dans l'opinion publique lorsque l'Institut sociologique de l'Université de Berne a prétendu, en date du 13 septembre 1979, dans un reportage consacré à la situation financière des rentiers en Suisse, que 4,2 pour cent des rentiers âgés ne faisaient pas valoir leur droit à des PC. Dans l'intervalle, les recherches de l'OFAS ont révélé que ce chiffre ne saurait être exact. On a soumis à une vérification, en se fondant sur les communications des organes cantonaux des PC, les 203 cas de prétendue renonciation à des PC signalés par l'Institut. Voici ce que l'on a pu constater:

	Nombre des cas examinés	En pour-cent des cas examinés	En pour-cent de l'enquête globale
Personnes qui touchent des PC depuis 1976 ou depuis une époque plus ancienne	51	25,1	1,5
Personnes qui ont déjà touché une fois des PC avant 1976	27	13,3	0,8
Un droit à des PC a été nié expressément par décision	12	5,9	0,4
Manifestement, aucun droit à des PC ¹	46	22,7	1,3
L'intéressé n'a fait valoir un droit aux PC qu'en 1977 ou plus tard, parce qu'un tel droit n'existait manifestement pas en 1976	11	5,4	0,3
L'intéressé n'a fait valoir un droit aux PC qu'en 1977 ou plus tard, bien qu'un tel droit ait existé peut-être déjà en 1976 ²	17	8,4	0,5
Auraient peut-être droit aujourd'hui à des PC, mais n'ont jamais présenté une demande ³	37	18,2	1,1
Cas ne pouvant être élucidés	2	1,0	0,1
En tout	203	100,0	6,0

¹ Comme l'ont constaté les organes d'exécution cantonaux des PC, un droit à ces prestations doit être nié pour aujourd'hui et pour 1976. Ce groupe comprend notamment 8 personnes qui vivent dans des monastères et 8 autres personnes bénéficiant d'un contrat d'entretien viager, ou d'un contrat analogue, garantissant tout leur entretien.

² On ne sait si ces personnes ont été informées tardivement de leur droit aux PC ou si elles ont, intentionnellement, renoncé à le faire valoir plus tôt. Un cas fréquent est celui de la personne âgée qui renonce aux PC tant qu'elle vit avec les siens, mais qui demande de telles prestations quand elle entre dans un home.

³ Lors du contrôle, les organes cantonaux des PC se sont abstenus de prendre contact avec les intéressés. On peut supposer, toutefois, qu'une enquête auprès des 37 personnes ayant peut-être droit aujourd'hui à des PC - d'après leur dossier - ferait apparaître encore d'autres raisons qui excluent un tel droit, si bien que la proportion des personnes qui renoncent effectivement à ces prestations baisserait à moins de 1 pour cent.

Répondant à un postulat de M^{me} Ribi, conseillère nationale, l'OFAS va examiner, en collaboration avec les services cantonaux compétents, s'il subsiste malgré tout des lacunes dans l'information des personnes âgées au sujet du droit aux PC (cf. RCC 1979, p. 477).

Les caisses de compensation AVS gestionnaires d'autres tâches sociales

C'est dès 1943 qu'en leur qualité de supports juridiques des caisses de compensation d'alors, les associations fondatrices et les cantons ont eu la possibilité de confier à leur caisse la gestion de tâches sociales autres que celles des régimes des allocations pour perte de salaire et de gain (RAM). Déjà à cette époque, on était convaincu des avantages d'un décompte unique pour toutes les cotisations et les prestations.

Cette idée fut reprise dans la loi sur l'AVS qui entra en vigueur en 1948. Son article 63, 4^e alinéa, dispose que les cantons et les associations fondatrices peuvent confier d'autres tâches aux caisses de compensation, en particulier en matière de soutien des militaires et de protection de la famille. L'article 130, 1^{er} alinéa, RAVS précisait toutefois la nature des autres tâches et déclarait que seules celles ressortissant à l'assurance sociale et aux œuvres apparentées entraient en considération.

Au fil des années, le développement des institutions sociales telles que les allocations familiales, les vacances payées, l'assurance-vieillesse complémentaire et autres incita toujours davantage les cantons et les associations professionnelles à recourir aux services de leur caisse AVS pour appliquer ces tâches. Du fait de leur diversité et de leur prolifération, la vocation originelle des caisses AVS risquait de s'estomper. C'est pour cette raison que depuis 1973, le RAVS limite la collaboration des caisses AVS aux tâches ressortissant à la prévoyance sociale et professionnelle, ainsi qu'à la formation et au perfectionnement professionnel.

Toutes les caisses cantonales et plus de cinquante caisses professionnelles participent à la gestion d'autres tâches; quelque 600 autorisations ont été délivrées à cet effet par l'OFAS. Il serait téméraire d'articuler des chiffres quant au volume des affaires réalisées, vu qu'une partie seulement des cotisations perçues et des allocations versées transitent dans les comptes des caisses AVS. Cependant, il arrive aussi que les cotisations «Autres tâches» dépassent les cotisations AVS!

Etant donné que la mission prioritaire et originelle des caisses de compensation est l'application des tâches fondées sur le droit fédéral, il était normal que l'autorité de surveillance exigeât une autorisation pour la prise en charge de tâches supplémentaires. Cette autorisation peut être donnée si l'on a la certitude que ces tâches parallèles ne nuiront pas à une application régulière de l'AVS. Au début, cet examen était en général relativement aisé: taux uniforme pour les cotisations, salaire déterminant AVS comme assiette, etc. Au courant des années, les systèmes se sont affinés. Le salaire servant de base à la perception des cotisations est différent du salaire AVS, les taux des contributions varient d'un groupe d'employeurs à l'autre, le recouvrement des arriérés et la perception d'intérêts moratoires suivent des procédures différentes.

Parfois, une association fondatrice s'interroge sur la nécessité de requérir une autorisation. Dans les cas où la caisse AVS apparaît clairement aux yeux des tiers et de ses administrés comme mandataire d'une institution sociale, aucun doute n'est permis; une autorisation est nécessaire, même si la caisse AVS tient une comptabilité distincte pour les tâches en question ou si les affiliés présentent des décomptes séparés. Le fait que la caisse AVS met son personnel ou ses installations techniques (ordinateur) à disposition comporte certains risques. Par le biais de l'autorisation, à requérir également en pareils cas, l'autorité de surveillance s'assure que toutes les mesures utiles ont été prises pour garantir une application régulière des tâches fondamentales de la caisse AVS. En revanche, l'autorisation n'est pas exigée dans les cas d'union personnelle où, en règle générale, le directeur de la caisse AVS gère tout ou partie d'une autre tâche, au nom de cette dernière, par ailleurs absolument séparée du travail d'une caisse AVS.

Si un examen méticuleux est indispensable avant de donner une autorisation de gestion, il est tout aussi important de s'assurer que par la suite, cette communauté d'intérêts se développe harmonieusement. A cet effet, l'autorité conférante assortit son autorisation d'un certain nombre de charges qu'il n'est pas inutile d'évoquer brièvement.

– Il y a tout d'abord l'obligation de renseigner. Cantons, associations fondatrices ou caisses de compensation doivent annoncer au fur et à mesure les modifications importantes: extension ou diminution des tâches, modifications profondes des méthodes de travail et autres. L'autorité de surveillance acquiert ainsi la certitude que la bonne marche de la caisse n'est pas menacée; elle examinera, à cette occasion, s'il y a lieu d'intervenir dans le domaine de la revision des comptes et d'exiger, le cas échéant, un ajustement de l'indemnité de gestion.

– Dans le même ordre d'idées, il faut signaler l'obligation qui est faite au support juridique d'une caisse AVS d'endosser sans réserve la responsabilité pour les dommages que l'AVS pourrait subir du fait de l'exécution d'autres tâches. En effet, la responsabilité dont il est question à l'article 70 de la loi sur l'AVS est limitée aux organes et au personnel de la caisse AVS, et pour l'activité

qu'ils déploient en faveur de cette dernière. Jusqu'à présent, aucune action en réparation de dommages n'a dû être intentée.

– Dans le domaine de la *revision des comptes*, on exige aussi que les reviseurs de la caisse AVS incluent dans leurs contrôles les matières relatives aux autres tâches, dans la mesure où de telles incursions sont indispensables à un contrôle sérieux de l'application des tâches de base. Il est par exemple demandé que le compte de liaison «Autres tâches» tenu dans la comptabilité AVS soit comparé au compte «Caisse AVS» tenu dans la comptabilité des autres tâches. Les fonds appartenant à chaque institution, gérés en commun, sont contrôlés simultanément, en application de principes qui ont fait leurs preuves.

– Aux trois charges évoquées ci-dessus s'en ajoute une quatrième qui, dans le passé, a posé quelques problèmes: l'obligation *d'indemniser* la caisse AVS pour les services rendus. Cette obligation a sa source dans la loi sur l'AVS qui dispose que les recettes affectées au fonctionnement de l'assurance ne sauraient être utilisées à d'autres fins. Actuellement et en règle générale, on distingue deux éléments: les frais d'introduction et les frais courants d'application. Les premiers prennent toujours plus d'importance du fait du traitement automatique de l'information. En effet, l'imbrication de tâches nouvelles dans un système existant implique un gros travail d'analyse et de programmation, une refonte des formules, une information des usagers, des mutations dans le personnel et éventuellement la mise en service de nouvelles machines. La détermination de ces frais est relativement aisée; les parties intéressées n'ont en conséquence aucune peine à trouver un arrangement satisfaisant pour chacun. L'indemnisation des frais courants est plus subtile du fait de la diversité des tâches. Mais ici aussi, on peut affirmer que l'on a trouvé des solutions équitables sur la base de chiffres expérimentaux ou d'analyses détaillées des coûts de gestion. Les indemnités encaissées par l'ensemble des caisses cantonales et professionnelles s'élèvent actuellement à quelque 35 millions de francs par an et représentent à peu près le cinquième de l'ensemble des frais d'administration des caisses.

L'utilité des opérations orthopédiques pour la réadaptation professionnelle

Trois interventions parlementaires ayant critiqué, à la lumière de l'article 12 LAI, la pratique administrative et la jurisprudence concernant la mise en place d'endoprothèses de la hanche, la Commission fédérale des questions de réadaptation médicale dans l'AI a proposé que l'on institue un groupe de tra-

vail pour étudier cette question. Connaissant le résultat des travaux de ce groupe, il serait possible de choisir la voie à suivre désormais.

Le Département fédéral de l'intérieur a donc créé, par décision du 16 février 1979, un groupe de travail présidé par le professeur Meinrad Schär. En décembre de la même année, cette commission, qui comptait sept membres, présenta son rapport final, qui a été approuvé en date du 4 mars 1980 par la Commission des questions de réadaptation médicale. C'est aussi avec l'autorisation de cette dernière que ce document est reproduit ci-après in extenso.

Le rapport du groupe de travail parvient à la conclusion que la mise en place d'endoprothèses de la hanche ne constitue pas, en général, une mesure médicale de réadaptation de l'AI. Certes, le succès médical de cette opération est en soi intéressant, mais la réadaptation professionnelle se déroule ensuite d'une manière sensiblement moins bonne que les résultats purement médicaux semblaient le promettre.

Ainsi, il n'y a pas lieu, pour le moment, de modifier dans leur principe les instructions (N° 119 de la circulaire sur les mesures médicales de réadaptation) publiées sur la base de la jurisprudence du TFA. En revanche, il paraît nécessaire d'exclure désormais de telles mesures dans le cas des assurés âgés de plus de 63 ans, car l'expérience a montré qu'à cet âge, on ne peut guère s'attendre à de véritables succès dans la réadaptation, d'autant moins que l'intéressé souffre encore souvent d'affections secondaires. En attendant la publication d'instructions complémentaires, il est recommandé aux commissions AI de refuser la prise en charge des frais d'opération, dans de tels cas, et de ne soumettre à l'OFAS que les cas douteux.

Rapport final du groupe de travail chargé d'examiner la valeur d'opérations orthopédiques, en particulier d'endoprothèses de la hanche, pour la réadaptation professionnelle

I. Introduction

1. Situation initiale

La condition préalable à toute prestation de l'AI pour adultes consiste en l'existence d'une invalidité ou en sa menace imminente au sens d'une incapacité de gain permanente ou de longue durée. Cette dernière doit se rapporter, de son côté, à une incapacité manifeste de travail. Le système des prestations de l'assurance repose sur le principe suivant: «La réadaptation prime la rente», c'est-à-dire qu'un droit à la rente ne peut être reconnu que lorsque les mesures de réadaptation prévues par la loi ne parviennent pas à rétablir la capacité de gain ou alors dans une proportion insuffisante.

L'article 12 de la LAI prévoit que 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. Le Conseil fédéral est autorisé à délimiter ces mesures par rapport à celles qui relèvent du traitement de l'affection comme telle. A cet effet, il peut notamment préciser la nature et l'étendue des mesures incombant à l'assurance et régler la naissance et la durée du droit aux prestations.

Dans le système des assurances sociales suisses, cette disposition sert avant tout à délimiter le domaine de l'AI par rapport aux régimes des assurances-maladies et accidents. Alors qu'à l'origine, le TFA, dans sa jurisprudence, procédait surtout de façon casuistique, il a acquis peu à peu une conception générale différenciée, à savoir que la notion du traitement de la maladie comme telle est admise lorsqu'il s'agit de la guérison ou de l'amélioration d'un état pathologique labile; par contre, s'il s'agit du traitement d'un état en principe stabilisé ou relativement stabilisé, la jurisprudence prévoit une mesure de réadaptation, pourvu que le but fixé se rapporte toujours à une amélioration de la capacité de gain durable et importante selon le pronostic.

Le groupe de travail se permet de faire remarquer que les notions d'«état pathologique labile» et «état relativement stabilisé» sont utilisées pour l'appréciation des mesures médicales de réadaptation, mais qu'elles sont difficilement compréhensibles pour le médecin. En effet, elles sont dépourvues d'une signification médicale, et l'emploi de ces termes semble le plus souvent arbitraire aux yeux des médecins.

L'ancienne pratique de l'administration, qui reconnaissait les interventions chirurgicales pour coxarthrose (principalement les ostéotomies, mais également les arthroplasties) a été défendue par le tribunal, mais non sans restriction. Considérant qu'il n'existe pratiquement jamais d'état définitivement stabilisé lors des coxarthroses, mais que l'arthrose, après ostéotomie, continue à progresser, au ralenti il est vrai, des exigences plus sévères ont été formulées pour obtenir des succès durables de la réadaptation. Dans l'évolution de cette jurisprudence depuis 1975, le TFA, dans plus de 80 arrêts circonstanciés et motivés de façon similaire, se fonde sur l'expertise du professeur Taillard: La durabilité des succès de la réadaptation lors d'opérations d'endoprothèse, mesurée à la durée d'activité encore possible chez les assurés, n'est généralement pas réalisée. Le succès n'est durable que s'il ne s'écarte pas trop de la moyenne d'espérance d'activité chez les personnes sur le point d'atteindre l'âge AVS. Chez les assurés plus jeunes, on ne pourra parler d'un succès de réadaptation prévisiblement durable que lorsqu'il se maintiendra probablement pendant une part prépondérante de l'espérance d'activité.

Pour les assurés au-dessous de 63 ans, la durée d'activité que l'on peut prévoir d'après les statistiques, à la suite de la mise en place d'une endoprothèse, est insuffisante.

Cette jurisprudence, confirmée depuis lors comme on l'a dit, n'est pas restée sans soulever des objections. S'appuyant sur des études dans notre pays et à l'étranger au sujet du succès des prothèses articulaires en cas de coxarthrose, plusieurs interventions parlementaires ont été déposées (motion Nauer du 28 septembre 1978, question ordinaire Reiniger du 26 septembre 1978, ainsi que la question ordinaire Heimann du 6 octobre 1978). Le Conseil fédéral s'est déclaré prêt à faire réexaminer ce problème en considération des résultats les plus récents.

2. Formation d'un groupe de travail

La Commission fédérale des questions de réadaptation médicale dans l'AI a proposé de confier l'étude de ce problème à un groupe de travail particulier. Par décision du 16 février 1979, le Département fédéral de l'intérieur a institué un groupe de travail composé des 7 membres suivants:

- Professeur M. Schär, D^r en méd., Zurich, président,
- J. Buffle, D^r en méd., Genève, vice-président de la Fédération des médecins suisses,
- H. Fredenhagen, D^r en méd., Bâle et Ch. Meuli, D^r en méd., privat-docent, Berne, représentants de la Société suisse d'orthopédie,
- Professeur G. Weber, D^r en méd., Saint-Gall, médecin de la commission AI des cantons de Saint-Gall et d'Appenzell,
- M^{me} R. Cattin, avocate, Peseux, présidente de la commission AI du canton de Neuchâtel,
- W. Buchmann, Männedorf, directeur de l'établissement de rééducation d'Appisberg.

3. Mission du groupe de travail

Le groupe de travail avait à déterminer la valeur des implantations d'endoprothèses de la hanche en fonction de la capacité de gain. A ce sujet, il devait se pencher sur la question des indications et des contre-indications d'ordre professionnel et médical, de la nature et de la fréquence des complications, ainsi que de la durabilité des succès de la réadaptation ou de la guérison.

Ce faisant, le groupe de travail devait juger la jurisprudence actuelle et les directives administratives s'y rapportant et faire d'éventuelles propositions en vue d'un changement.

4. Méthodes du groupe de travail

Tout d'abord, le groupe de travail s'est fait informer sur la jurisprudence concernant l'article 12 LAI et sur la littérature médicale y relative; on peut renoncer à faire ici l'énumération de cette bibliographie.

Dans une deuxième séance, le professeur H. Scheier de Zurich a été entendu comme expert; dans une troisième séance, l'avis du professeur Taillard de Genève, autrefois expert du tribunal, a été retenu par le groupe de travail.

Ainsi, le groupe de travail disposait des éléments de base suivants:

- a. les arrêts de principe du TFA
- b. les points de vue des experts (professeur Scheier, de Zurich, entendu le 29 août 1979 par le groupe de travail; professeur Taillard, de Genève, qui a donné son avis par écrit dans une lettre du 2 novembre 1979)
- c. les résultats de recherches statistiques entreprises auprès de la commission AI de Saint-Gall par un candidat en médecine
- d. les procès-verbaux des délibérations de la commission.

Ensuite, le groupe de travail a discuté de l'esprit et de la lettre des possibilités d'une nouvelle réglementation.

Le 14 décembre 1979, le présent rapport final a été, après discussion, approuvé à l'unanimité.

II. Considérations du groupe de travail

Le groupe de travail s'est occupé uniquement du traitement opératoire des arthroses de la hanche, dans l'idée que celui-ci constitue l'opération orthopédique majeure la plus fréquente et présente un intérêt fondamental pour juger les succès de réadaptation de ce genre d'intervention chirurgicale.

Les recherches du groupe de travail comprennent les divers types d'opérations, leurs indications et leurs résultats par rapport au succès de l'opération et de la réadaptation au sens de la LAI.

1. Opérations de la région de la hanche

Le traitement opératoire des arthroses comprend trois groupes d'interventions:

- a. le blocage de l'articulation (arthrodèse) en position fonctionnelle optimale;
- b. l'ostéotomie para-articulaire, qui, tout en conservant l'articulation, modifie la mécanique articulaire, notamment par déplacement de la principale surface d'appui de l'articulation;
- c. la mise en place d'une arthroplastie (endoprothèses articulaires).

Les différents modèles d'endoprothèses totales utilisés actuellement en Suisse ont pratiquement tous la même valeur et n'ont pas été examinés séparément. Le groupe de travail a renoncé à juger les prothèses par cupules couplées utilisées depuis peu (par exemple selon Wagner), parce que l'on ne dispose pas d'un temps d'observation suffisamment long.

2. Indications

L'indication prépondérante, voire la seule, du traitement d'une arthrose est représentée par la douleur, qui accompagne une ankylose progressive de l'arti-

culation et dépend de la charge dans la plupart des cas; elle ne se laisse pas atténuer d'une autre façon. La douleur restreint les capacités du malade et diminue sa qualité de vie.

Comme contre-indications habituelles, il faut retenir le mauvais état général du malade et la présence de maladies graves, inguérissables.

Le succès de la réadaptation dépend d'autres facteurs encore:

- volonté de réadaptation de l'assuré;
- âge biologique de l'assuré et état général, en particulier obésité;
- fonction de la colonne vertébrale et des articulations voisines (genou, hanche du côté opposé), ainsi que circulation artérielle de l'extrémité inférieure;
- maladies générales, comme l'hypertension, le diabète, l'alcoolisme chronique;
- aspect professionnel: chez les personnes dont le métier nécessite de grands efforts physiques, les agriculteurs, les travailleurs du bâtiment, les jardiniers et tous les métiers qui exigent le levage et le port de lourdes charges, le succès de la réadaptation est souvent illusoire;
- période future d'activité.

Le succès de l'opération ou du traitement est influencé ou limité, dans les différents types d'opérations, par les faits suivants:

a. L'arthrodèse de la hanche n'est pratiquée que lorsque les articulations voisines, en particulier la colonne vertébrale et la hanche du côté opposé, sont indemnes et parfaitement fonctionnelles.

b. L'ostéotomie est valable seulement lorsqu'il persiste une mobilité suffisante. Sur *les radiographies*, *l'espace articulaire* doit être encore nettement visible, en règle générale.

c. Contrairement aux opérations mentionnées sous a et b, les médecins spécialistes recommandent de ne pas pratiquer d'endoprothèse totale de la hanche avant l'âge de 60 ans, si possible. Chez les assurés plus jeunes, cette intervention sera réalisée lors d'atteintes très graves de la hanche, qui ne peuvent être influencées d'une autre manière, par exemple en cas de nécrose de la tête du fémur, de graves infections de l'articulation, et particulièrement, d'atteintes bilatérales.

3. Complications

A côté des complications telles que les embolies, qui sont toujours possibles lors de chaque intervention majeure, il faut avant tout tenir compte de l'infection de la région opérée. Elle constitue certainement la complication la plus grave. Sa fréquence s'élève à environ un pour cent, même si l'opération est pratiquée dans les meilleures conditions.

Lors des ostéotomies et des arthrodèses, il peut se produire un trouble de la consolidation, qui peut aboutir à la pseudarthrose. Il est possible cependant de faire abstraction, dans le présent rapport, de cette rare complication.

En cas de pose d'une arthroplastie, il se produit dans 4 pour cent des cas au

moins un descellement des pièces prothétiques. La fréquence de cette complication dépend entre autres de la charge de la jambe et peut se manifester peu de temps après l'opération, mais également des années plus tard. Les altérations d'usure des surfaces articulaires des prothèses, ainsi que les ruptures d'une de leurs parties sont devenues insignifiantes avec le matériel utilisé aujourd'hui.

D'autres complications, comme les calcifications péri-articulaires, les réactions à corps étrangers, etc., ne jouent pratiquement pas de rôle pour le succès de la réadaptation.

4. Résultats opératoires

a. Lors des arthrodeses, la disparition de la douleur est toujours obtenue par une opération couronnée de succès. Qu'une amélioration de la capacité de gain (voir sous 5) lui soit liée, ne dépend que des exigences de la profession de l'assuré et non pas de l'état constaté dans l'articulation de la hanche.

b. Les ostéotomies maintiennent stables pour une longue durée les processus arthrosiques de l'articulation. Les résultats seront d'autant meilleurs que l'opération a été exécutée plus tôt. Il ne faut pas s'attendre à un résultat favorable lorsque l'articulation est sur le point de se bloquer et que l'espace articulaire n'est plus visible sur les radiographies. La durée du succès de l'opération ne peut être déterminée d'avance. En moyenne, elle s'étend sur une dizaine d'années.

c. Les endoprothèses totales de la hanche se traduisent par la disparition durable de la douleur dans environ deux tiers des cas. Néanmoins, la capacité de charge de la jambe opérée est nettement diminuée, raison pour laquelle on compte un dommage d'intégrité d'environ 20 à 30 pour cent.

5. Résultats favorables de la réadaptation

A l'opposé du seul succès de traitement, le résultat de la réadaptation ne se juge que d'après l'amélioration de la capacité de gain, durable et importante, ou d'après la préservation d'une diminution notable de cette capacité.

Le résultat favorable doit être atteint sans «le traitement de la maladie comme telle» (art. 12, 1^{er} al., LAI).

Le succès du traitement ou de l'opération ne doit pas être confondu avec le succès de la réadaptation, mais il implique cependant la condition nécessaire à toute bonne réadaptation.

Comme les commissions AI doivent juger les chances de succès de la réadaptation, il serait souhaitable qu'avant chaque opération de la hanche, elles examinent préalablement les conditions professionnelles du requérant et qu'elles aient la certitude que sa future capacité de gain soit maintenue; le cas échéant, les mesures professionnelles de réadaptation suivent immédiatement l'intervention chirurgicale. Le groupe de travail est naturellement conscient des difficultés que présente la mise en pratique de telles exigences.

Des études statistiques à l'échelon national sur le succès de la réadaptation, élaborées selon des critères communs, font malheureusement défaut. Les études faites par quelques cliniques en Suisse et à l'étranger sont fiables sur deux points: résultats du traitement et sa durabilité.

Une recherche plus étendue devrait se fonder sur les dossiers des commissions AI et ne pourrait être réalisée qu'avec une dépense disproportionnée de temps et de personnel. Les documents ci-joints, complétés par l'enquête sur les succès de la réadaptation dans le canton de Saint-Gall, ainsi que les propres connaissances des membres du groupe de travail, rendent superflue toute extension de ces recherches.

Pour les arthrodèses, qui, en principe, sont rarement pratiquées, des études plus complètes s'avèrent inutiles, puisqu'il n'existe pas d'incertitude pour ces opérations, tant pour les médecins que pour les commissions AI.

Pour les ostéotomies et les endoprothèses totales, M. P. Brühlmann, candidat en médecine, a fait une enquête sur les résultats de la réadaptation auprès de la commission AI du canton de Saint-Gall. Bien entendu, il est certain qu'il existe des différences considérables entre une région essentiellement montagnaise comme le canton des Grisons et un canton citadin, comme par exemple celui de Genève.

Le canton de Saint-Gall pourrait représenter dans une certaine mesure une moyenne nationale, et les chiffres cités dans les tableaux annexes pourraient donner une image assurément valable des succès de la réadaptation lors des opérations en question. Malheureusement, il n'était pas possible d'établir avec certitude quelle était la capacité de travail avant l'intervention, parce que les certificats médicaux fournis à l'AI ne contenaient dans la plupart des cas aucune donnée à ce sujet.

Les tableaux démontrent indiscutablement les faits suivants:

a. Après les ostéotomies, les rentes accordées sont nettement moins nombreuses qu'après la pose d'endoprothèses totales. La raison en est que les ostéotomies sont pratiquées précocement et souvent à titre prophylactique, alors que les endoprothèses ne le sont qu'aux stades avancés.

b. Le genre d'activité de l'assuré, en cas d'ostéotomie, mais tout particulièrement en cas d'endoprothèses, est déterminant pour un bon résultat de la réadaptation. Un assuré qui exerce un métier pénible est toujours beaucoup plus difficile à réadapter après une opération de la coxarthrose.

La diminution de la capacité de charge d'un membre inférieur avec endoprothèse de la hanche, combinée avec la surcharge, entraîne l'invalidité permanente que l'on constate fréquemment.

6. Conclusions

a. En cas de lésion unilatérale avec fonction intacte de la colonne vertébrale, les arthrodèses de la hanche peuvent être reconnues comme mesures médicales de réadaptation lorsque les conditions sont remplies. De même, les ostéo-

tomies para-articulaires peuvent prétendre à leur admission comme mesures selon l'article 12 LAI, s'il existe une mobilité suffisante de l'articulation et si l'espace articulaire est encore visible à la radiographie.

b. En règle générale, la pose d'une endoprothèse de la hanche n'est pas une mesure médicale de réadaptation de l'AI. Les succès sur le plan médical sont remarquables, il est vrai, mais la rééducation professionnelle aboutit à des résultats nettement plus mauvais que ne le laissent supposer les bons résultats médicaux.

Enquête concernant la capacité de gain des assurés après des opérations de la coxarthrose, effectuée par Pius Brühlmann, candidat en médecine, Saint-Gall, sur la base des cas d'ostéotomies et de prothèses totales pris en charge par l'AI dans le canton de Saint-Gall pendant les années 1972-1976.

*Droit à la rente après une opération de la coxarthrose.
Résultat de l'enquête générale*

Tableau 1

Résultat général	Cas	Rente 0	½	1
Ostéotomies	106 (100 %)	70 (66 %)	24 (23 %)	12 (11 %)
Prothèses totales	149 (100 %)	64 (43 %)	38 (25,5 %)	47 (31,5 %)
Ensemble	255 (100 %)	134 (53 %)	62 (24 %)	59 (23 %)

*Dépouillement pour des professions ou activités spéciales
Droit des ménagères aux rentes après des opérations de la coxarthrose*

Tableau 2

Ménagères	Cas	Rente 0	½	1
Ostéotomies	21 (100 %)	15 (71,5 %)	4 (19,0 %)	2 (9,5 %)
Prothèses totales	23 (100 %)	20 (87,0 %)	3 (13,0 %)	—
Ensemble	44 (100 %)	35 (79,5 %)	7 (16,0 %)	2 (4,5 %)

*Dépouillement pour des professions ou activités spéciales
Droit des agriculteurs aux rentes après des opérations de la coxarthrose*

Tableau 3

Agriculteurs	Cas	Rente		
		0	½	1
Ostéotomies	10 (100 %)	4 (40,0 %)	5 (50,0 %)	1 (10,0 %)
Prothèses totales	38 (100 %)	7 (18,5 %)	19 (50,0 %)	12 (31,5 %)
Ensemble	48 (100 %)	11 (23,0 %)	24 (50,0 %)	13 (27,0 %)

Problèmes d'application

Réduction de prestations en cas de cumul de rentes, mesures de réadaptation et indemnités journalières¹

(Directives concernant l'invalidité et l'impotence, Nos 287.5 ss; circulaire du 8 juin 1979, N° 31.783/784.)

D'après ces instructions, l'indemnité journalière doit être réduite dans certains cas, ou bien l'assuré doit payer une participation, s'il a droit en même temps à une rente. On peut se demander à ce propos si la hausse des rentes survenue le 1^{er} janvier 1980 nécessite l'adaptation des réductions d'indemnités ou des participations décidées avant cette date. On procédera de la manière suivante:

– Renoncer à l'adaptation systématique des décisions rendues avant le 1^{er} janvier 1980. En revanche, *adapter au nouveau montant de rente, pour l'avenir*, la réduction de l'indemnité ou la participation, *si une nouvelle décision doit être rendue*.

– Dans les nouveaux cas, se fonder, à partir du 1^{er} janvier 1980, sur les nouveaux montants de rentes.

Questions de procédure qui se posent dans l'examen médical des cas de rentes et dans l'étude des possibilités de réadaptation¹

1. Medas surchargés de travail; moyens d'y remédier

Le nombre des mandats d'examens médicaux confiés par les commissions AI aux Medas de Bâle et de Saint-Gall a beaucoup augmenté depuis un certain

¹ Extrait du Bulletin de l'AI N° 210.

temps déjà. Afin d'empêcher des retards dans le déroulement des affaires, on étudie actuellement la possibilité d'agrandir le personnel dans ces centres d'observation. De nouveaux Medas vont être ouverts à Lucerne et à Lausanne. Des mesures immédiates s'imposent en outre si l'on veut décharger d'une manière efficace les Medas déjà créés. La première d'entre elles consiste à ne recourir aux Medas que si leur collaboration est indispensable. Les médecins des commissions AI devraient inciter les hôpitaux et les médecins spécialisés, plus encore que par le passé, à effectuer des enquêtes pour l'AI, comme des médecins-conseils permanents et en utilisant à peu près les mêmes techniques que les Medas. Pour des mandats de ce genre, on veillera à n'utiliser que la formule «Mandat d'expertise médicale» (N° 318.535); c'est la seule qui contienne les questions précises à poser dans ces cas-là. Le «Questionnaire à remplir par le médecin», destiné au médecin traitant, ne convient pas pour de telles expertises.

2. Précisions à propos de la circulaire du 11 septembre 1978 sur les examens médicaux dans les cas de rente (30.864)

2.1. Ces directives prévoient, à l'annexe 1, que le Medas communique à l'assuré, «au cours des prochains jours» après la décision, la date de son entrée dans cet établissement. Actuellement, les Medas ne peuvent communiquer cette date immédiatement que dans les cas urgents. Dans les décisions, on évitera donc de parler de «prochains jours»; on se bornera à informer l'assuré que le Medas prendra contact avec lui à propos de cette date d'entrée et que lui (l'assuré) pourra s'adresser, pour de plus amples renseignements sur son propre cas, au secrétariat de la commission AI. Le Medas indiquera aussitôt cette date à l'assuré; là où cela ne sera pas encore possible, il lui dira à quelle époque, à peu près, il pourra s'attendre à être convoqué. La commission AI en sera informée par une copie.

2.2. Selon le numéro 3 de la circulaire sur les examens médicaux, une décision doit être rendue lorsque ces examens sont effectués dans un établissement. Pour les examens qui ont lieu ailleurs que dans un établissement, on se contente d'un avis dont la forme importe peu. On a dû constater cependant que cette procédure simplifiée n'était pas suffisante lorsque l'examen ambulatoire dure plus de deux jours consécutifs. Etant donné que des indemnités journalières doivent éventuellement être versées, il faudra, dans ces cas également, rendre une décision.

2.3. Les Medas doivent signaler à la commission AI toute interruption d'un séjour dans leurs locaux; en cas de longue interruption, la question de l'indemnité journalière pourra ainsi être examinée.

3. Collaboration entre les commissions AI et les offices régionaux

3.1. En cas de divergences d'opinion et d'incertitudes au sujet de l'avis donné par des offices régionaux, il arrive encore trop souvent que l'on néglige la possibilité de discuter l'affaire au sein de la commission AI. De bonnes expériences ont été faites, pourtant, lorsqu'un collaborateur d'un office régional a été

invité à une séance de la commission pour y parler d'un cas dont il s'était occupé. Cette manière de faire semble d'autant plus recommandable que le cas est plus difficile. Dans de telles séances, le fonctionnaire de l'office régional peut être confronté aux opinions des spécialistes qui constituent la commission et entendre, notamment, des révélations intéressantes de la part des membres qui s'occupent de réadaptation et de marché du travail. Le médecin et le juriste peuvent expliquer les circonstances médicales et juridiques du cas. Grâce à de tels contacts, les examens supplémentaires qui pourraient encore s'avérer nécessaires seront plus objectifs.

3.2. Une discussion entre la commission AI et les collaborateurs de l'office régional peut, le cas échéant, se révéler utile déjà avant que le mandat d'examen n'ait été donné. On devrait, en tout cas, veiller davantage à ce que ces mandats soient plus précis; trop souvent, on se contente de la phrase stéréotypée « Prière d'examiner les possibilités de réadaptation ». L'office régional devrait savoir s'il a pour tâche prioritaire de déceler les aptitudes de l'assuré à être placé ou si l'on attend de lui des propositions concrètes au sujet d'une mesure déterminée (par exemple reclassement). Des réflexions faites par les membres de la commission, à propos de questions relevant de leur spécialité, pourraient profiter à l'office régional. Un mandat aussi précis que possible de la commission AI à l'office régional (art. 72, 2^e al., RAI) peut permettre d'éviter de vaines démarches et des malentendus dans le jugement d'un cas. Si la commission AI entend que l'on élucide avant tout, dans les affaires de rentes, la question de l'aptitude à être placé, elle doit l'indiquer expressément dans son mandat. L'office régional dira alors si l'assuré est réellement capable d'être placé pour un travail à plein temps ou à temps partiel, dans le cadre de la capacité de travail constatée par le médecin, et si oui, dans quelle activité. Si l'intéressé est capable d'être placé, la question déterminante n'est alors pas de savoir s'il peut effectivement se voir offrir un emploi.

En effet, si un tel placement n'est pas possible parce qu'il n'y a pas de places vacantes appropriées sur le marché du travail, on a affaire à un cas de chômage, ce qui peut éventuellement ouvrir droit à des indemnités de chômage. Parfois, les offices régionaux pensent à tort, dans de tels cas, que l'assuré a droit à une rente AI lorsqu'ils ne peuvent lui procurer un emploi.

Frais dans un hôpital de jour; déduction comme frais de maladie ¹

(art. 3, 4^e al., lettre e, LPC)

Les hôpitaux de jour (qui sont sous contrôle médical et qui ont du personnel infirmier qualifié) dans lesquels les patients ne se tiennent que le jour, sont aussi réputés établissements hospitaliers au sens du numéro marginal 283 des Directives PC. Dans le calcul de la PC, les frais de séjour dans un tel établissement sont donc – à l'exclusion des frais pour la pension – intégralement déductibles comme frais de maladie.

¹ Extrait du Bulletin des PC N° 52.

Frais de transport déductibles comme frais de maladie ¹ (art. 3, 4^e al., lettre e, LPC et art. 11 OMPC).

Aux termes de l'article 11 OMPC et du numéro marginal 288 des Directives PC, les frais de transport en ambulance ou par un autre moyen de transport convenant aux circonstances, ainsi que les indemnités appropriées pour les personnes accompagnantes nécessaires, peuvent être déduits à titre de frais de maladie. On entend ici les frais d'un transport qui découlent d'un accident ou d'un autre cas d'urgence. Lors d'un traitement ambulatoire, par contre, les frais de train, de bus, de tramway ou de taxi ne peuvent pas être pris en charge par les PC. L'assuré qui ne pourra pas utiliser un moyen de transport public et pour lequel une voiture privée ne pourra pas être mise à disposition par un tiers ou par une institution reconnue d'utilité publique (par exemple, Pro Senectute, Pro Infirmis) pourra faire valoir auprès de sa caisse-maladie les frais supplémentaires occasionnés par les visites du médecin à domicile; à défaut de caisse-maladie, ces frais seront déduits dans le cadre du régime des PC.

En bref

La rente de couple encourage-t-elle le concubinage?

Dans les discussions consacrées à l'AVS, on entend dire parfois que le système actuel des rentes pour couples désavantage les personnes mariées par rapport aux couples qui font ménage commun sans posséder un certificat de mariage. L'OFAS, interrogé récemment à ce sujet par un citoyen, a répondu ce qui suit: «Nous connaissons la question. Remarquons d'abord, à ce propos, que l'homme marié n'a pas un droit potentiel seulement à une rente de couple (lorsqu'il aura atteint l'âge de 65 ans, et la femme celui de 62); avant d'atteindre la limite d'âge de 65 ans, il peut décéder, et alors ce décès ouvre droit à une rente de veuve (cf. aussi, à ce sujet, les numéros 5 et suivants du memento sur les prestations de l'AVS). S'il a atteint ladite limite d'âge et si l'épouse a entre 55 et 61 ans, il a droit, pour celle-ci, à la rente complémentaire (voir N° 3 du memento). Ces prestations, donc la rente de veuve et la rente complémentaire pour l'épouse, sont exclues lorsque la femme vit en concubinage. En outre, la rente simple revenant à la femme après le décès du mari peut être

¹ Extrait du Bulletin des PC N° 52.

fixée d'après les bases de calcul valables pour celui-ci, lorsque cette solution est plus avantageuse pour la femme. Enfin, il faut noter que dans les cas d'assurés touchant la rente maximale, le montant de deux rentes simples est certes plus élevé que celui de la rente de couple; mais cela ne vaut pas pour toutes les catégories de rentiers, loin de là.

De même, dans l'AI, le droit à la rente complémentaire pour l'épouse et la possibilité de calculer la rente AI simple de l'épouse, devenue veuve, sur une base plus avantageuse sont réservés aux personnes mariées. Ainsi, par exemple, une veuve dont l'invalidité est de 50 pour cent peut toucher une rente AI simple entière (au lieu d'une demi-rente). Cette faveur dont bénéficie une veuve invalide est naturellement exclue lorsqu'il s'agit d'une femme qui vit en concubinage.»

Bibliographie

Rémy Zuchuat: L'AI et la réadaptation professionnelle. 24 pages. Tiré à part de «L'école valaisanne», revue à l'intention du corps enseignant valaisan. On peut se procurer cette brochure gratis en s'adressant au Centre de documentation des offices régionaux AI, rue Saint-Pierre 26, 1700 Fribourg.

Hans-Ulrich Stauffer: Der Begriff der «Arbeitslosenversicherung» und der «Arbeitslosenfürsorge» nach Artikel 34novies BV (Constitution fédérale). 161 pages. Thèse de droit, Bâle 1979.

Martin B. Tracy: Les tendances en matière de retraite (dans divers pays). Revue internationale de sécurité sociale, 1972/2, pp.143-175. Secrétariat général de l'AISS, Genève.

Charles Villars: Le Code européen de sécurité sociale et le Protocole additionnel. Tome 23 des «Etudes suisses de droit européen», 236 pages. Editions Georg & Cie S.A., Genève 1979.

Interventions parlementaires

Postulat Fraefel/Bundi du 20 juin 1979 concernant la compensation du renchérissement dans le régime des prestations complémentaires

M. Bundi, conseiller national, a retiré ce postulat (il l'avait repris, M. Fraefel ayant quitté le Conseil national; RCC 1979, p. 339) le 12 mars 1980.

Question ordinaire Allenspach, du 4 mars 1980, concernant la politique à moyen terme en matière de sécurité sociale

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

«Le Conseil des Etats et le Conseil national ont, en décembre 1976 et en mars 1977, transmis au Conseil fédéral des postulats lui demandant un rapport sur sa politique à moyen terme en matière de sécurité sociale, qui mette l'accent sur les aspects financier, économique et démographique. En réponse à la question ordinaire Gautier, le Conseil fédéral a assuré le 29 août 1979 qu'il présenterait ce rapport avant ses propositions concernant la 10^e révision de l'AVS.

Or, le rapport sur les Grandes lignes de la politique gouvernementale durant la législature 1979-1983 ne fait pas mention du texte promis. En revanche, il y est question du projet de 10^e révision de l'AVS et l'on y expose que le Conseil fédéral n'estime guère indiqué de discuter pour le moment de la solution des problèmes qui se poseront vraisemblablement dans vingt ans et plus en matière d'assurances sociales.

Je prie par conséquent le Conseil fédéral de répondre aux questions suivantes:

Cela signifie-t-il

- Que le Conseil fédéral n'a pas l'intention de présenter pour le moment le rapport attendu sur sa politique à moyen terme en matière de sécurité sociale?
- Que ce rapport montrera tout au plus les aspects financier, économique et démographique immédiats et à court terme de la politique sociale?
- Qu'une fois de plus, on n'examinera pas les dangers à moyen terme – c'est-à-dire ceux qui surgiront dans vingt ans et plus – menaçant l'équilibre financier de l'AVS et les droits des futurs rentiers?»

Postulat Braunschweig, du 12 mars 1980, concernant la déduction du loyer dans le régime des PC

M. Braunschweig, conseiller national, a présenté le postulat suivant:

«Aux termes de l'article 4, 1^{er} alinéa, lettre b, LPC, les cantons sont autorisés à prévoir la possibilité de déduire du revenu déterminant pour le calcul des PC, un certain montant au titre du loyer. Dans les directives concernant l'exécution de ladite loi (chiffre marginal 246/247), il est précisé que par loyer, il faut entendre le montant net du loyer, sans les charges telles que chauffage, électricité, eau.

Cette interprétation du texte de la loi défavorise les couches les plus modestes de la population. Aussi le Conseil fédéral est-il invité à examiner s'il ne conviendrait pas d'inclure les frais de chauffage dans le montant du loyer net à déduire. Dans l'affirmative, il y aurait lieu de modifier les chiffres 246/247 des directives susmentionnées. »

(24 cosignataires.)

Postulat du groupe socialiste du Conseil national, du 12 mars 1980, concernant l'amélioration du régime des PC

«En prévision de la dixième révision de l'AVS, le Conseil fédéral est invité à améliorer le régime des PC comme il suit:

- Relever en termes réels les limites de revenu au-dessous desquelles le droit aux PC est garanti;
- Prévoir que les limites de revenu de couples vivant en maisons de retraite doivent être appliquées non plus au couple, mais à chacun des conjoints;
- Réajuster comme il convient les autres éléments qui entrent dans le calcul des PC.»

Porte-parole: Bundi.

Interpellation Eggli, du 17 mars 1980, concernant le calcul des PC pour couples

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

«J'invite le Conseil fédéral à compléter l'ordonnance sur les prestations complémentaires (OPC) de telle sorte que la prestation complémentaire revenant aux époux puisse être calculée individuellement, si un ou les deux conjoints se trouvent en permanence dans un foyer ou une clinique.»

La demande d'interpellation est appuyée par 24 membres du Conseil national.

Informations

Prévoyance professionnelle

Le Département de l'intérieur communique:

«La commission du Conseil des Etats chargée d'examiner le projet de loi fédérale sur la prévoyance professionnelle a tenu sa 14^e séance sous la présidence de M. Kündig, conseiller aux Etats, de Zoug, et en présence de M. Hürlimann, conseiller fédéral. Au début de ses délibérations, la commission a adopté une nouvelle proposition rédactionnelle concernant l'adaptation au renchérissement des rentes de longue durée servies à des survivants ou à des invalides. Quant à l'adaptation des rentes de vieillesse en cours, ce sont les institutions de prévoyance elles-mêmes qui en décideront, selon leurs possibilités financières.

La plus importante décision de la séance de samedi a été l'introduction, dans le projet du Conseil des Etats, d'une clause prévoyant un fonds de garantie. Ce fonds versera des sub-

sides aux institutions de prévoyance dont la structure d'âge est particulièrement défavorable et garantira les prestations dues par une caisse de pension devenue insolvable. La commission a décidé à l'unanimité la création d'une institution supplétive, dont la gestion sera séparée de celle du fonds de garantie. En ce qui concerne la responsabilité des personnes chargées de l'administration, de la gestion ou du contrôle de l'institution de prévoyance, la commission est revenue à la conception actuelle, à savoir celle du mandat. Les dispositions sur la surveillance des caisses de pension ont été adoptées. Le 31 mars, l'ancien conseiller national Brunner a eu l'occasion de présenter ses conceptions et son point de vue à un groupe de travail de la commission. Ont également assisté à cette séance les professeurs H. Bühlmann et U. Gerber, experts actuariels de la commission. La commission est fermement décidée à achever ses délibérations les 17 et 18 avril, si bien que le Conseil des Etats pourra examiner ce projet pendant la session de juin.»

Allocations familiales dans le canton des Grisons

En votation populaire du 2 mars 1980, la révision de la loi cantonale sur les allocations familiales aux salariés a été acceptée par 33 773 oui contre 10 589 non. Par ailleurs, le règlement d'exécution a aussi été modifié. Les principales innovations sont les suivantes:

1. Assujettissement à la loi

Jusqu'ici, les membres de la famille travaillant dans l'exploitation, ainsi que le personnel féminin de maison occupé exclusivement dans des ménages privés, n'avaient pas droit aux allocations. Cette disposition d'exclusion est abrogée, les employeurs des personnes en cause étant maintenant assujettis à la loi.

2. Relèvement du montant de l'allocation pour enfant

Le montant minimum légal de l'allocation pour enfant a été porté de 60 à 75 francs par mois et par enfant.

3. Relations avec l'AVS et l'AI

A l'instar de la nouvelle réglementation prévue dans la LFA depuis le 1^{er} avril 1980, les enfants pour lesquels il est versé une rente d'enfant ou une rente d'orphelin de l'AVS, ou une rente entière pour enfant de l'AI, ne donnent pas droit à l'allocation.

4. Interdiction du cumul d'allocations selon le droit cantonal et selon la LFA

Les petits paysans exerçant leur activité à titre principal ou accessoire n'ont pas droit aux allocations cantonales pour le temps durant lequel ils peuvent prétendre des allocations selon la LFA.

5. Contributions des employeurs affiliés à la caisse cantonale

Jusqu'ici, le taux de la contribution était fixé dans la loi à 1,7 pour cent des salaires. Dorénavant, c'est le Grand Conseil qui déterminera le montant de la contribution des employeurs affiliés à la caisse cantonale, le maximum étant fixé à 2,4 pour cent des salaires. Le Grand Conseil a fixé ce taux à 2 pour cent.

6. Fonds de réserve

Il est prévu que le fonds de réserve doit atteindre, en règle générale, 50 à 100 pour cent des dépenses annuelles de la caisse cantonale de compensation pour allocations familiales.

7. Entrée en vigueur

Les nouvelles dispositions ont pris effet le 1^{er} avril 1980.

Allocations familiales dans le canton de Soleure

Les agriculteurs indépendants exerçant leur activité à titre principal et dont le revenu excède la limite prévue dans la LFA ont droit aux allocations familiales selon le droit cantonal. Les taux de ces allocations correspondent à ceux fixés dans la LFA pour les petits paysans. Par arrêté du 28 mars 1980, le Conseil d'Etat a adapté les montants aux nouveaux taux prévus dans la LFA depuis le 1^{er} avril 1980: 60 francs en région de plaine et 70 francs en zone de montagne pour les deux premiers enfants; 70 francs en région de plaine et 80 francs en zone de montagne pour le troisième et chaque enfant suivant. Cet arrêté a pris effet le 1^{er} avril 1980.

Tribunal fédéral des assurances

Le 20 mars 1980, l'Assemblée fédérale a dû nommer un nouveau membre et un nouveau président du TFA à la place de M. **Jean-Daniel Ducommun**, décédé récemment (RCC 1979, p. 545). Sur 200 voix valables, M. **Raymond Spira**, avocat et notaire à La Chaux-de-Fonds, a été nommé juge fédéral par 188 voix. Par 185 voix, l'Assemblée fédérale a nommé président du TFA pour 1980/1981, M. **Theodor Bratschi**, jusqu'ici vice-président.

Répertoire d'adresses AVS/AI/APG

A la page 36, sous Tribunal fédéral des assurances, Lucerne, la modification du numéro de téléphone dès le 1^{er} février 1980 n'a pas eu lieu.

Le numéro (041) 22 44 01 reste valable jusqu'au 13 février 1981. Passé cette date, le nouveau numéro de téléphone sera le (041) 50 99 11.

Jurisprudence

AVS/Cotisations

Arrêt du TFA, du 27 août 1979, en la cause N. S. A.
(traduction de l'allemand).

Articles 7, lettre h et 17 RAVS. Les honoraires versés au membre d'un conseil d'administration ne font pas partie du salaire déterminant s'il s'agit d'indemnités pour un avocat qui n'ont aucune relation directe avec le mandat de celui-ci en tant que membre du conseil, mais qui ont été payées pour la liquidation d'affaires juridiques que cet avocat aurait traitées même sans être membre dudit conseil.

La présomption prévue au N° 107 des directives sur le salaire déterminant peut, le cas échéant, être renversée.

Articolo 7, lettera h e 17 OAVS. Gli onorari pagati a un membro del consiglio di amministrazione non fanno parte del salario determinante, quando si tratta di indennità riconosciute a un avvocato che non sono in rapporto diretto con il mandato dello stesso quale membro del consiglio, ma che sono pagate per la liquidazione di affari giuridici che detto avvocato avrebbe trattato senza essere membro di tale consiglio.

Alla presunzione prevista al N. 107 delle Direttive sul salario determinante può, se del caso, anche essere dato un senso contrario.

K. possède sa propre étude d'avocat. En outre, il est membre du conseil d'administration de N. S.A., ce qui lui vaut une rétribution annuelle de 6000 francs. La société N. a réglé les comptes avec la caisse de compensation pour cette rétribution. Lors d'un contrôle d'employeurs, le reviseur a constaté que K. avait touché, de 1972 à 1976, des honoraires supplémentaires bien plus élevés que le montant convenu. La caisse a alors rendu une décision de paiement de cotisations arriérées, car elle considérait comme éléments du salaire déterminant aussi les indemnités facturées d'après le temps nécessité. L'autorité cantonale de recours a rejeté un recours de N. à ce sujet. Le recours de droit administratif interjeté contre son jugement a été admis par le TFA, dont voici les considérants:

1. ...

2. Les versements effectués en faveur de K., auxquels se réfère la décision de cotisations arriérées, ont été désignés, dans le rapport de contrôle joint à la décision, comme des « indemnités versées à un membre du conseil d'administration en raison du temps consacré ». Ces versements furent effectués sur la base des factures présentées par K. chaque trimestre, et indiquant un montant total de 60 033 francs. La facturation était conforme au contrat de mandat conclu le 1^{er} novembre 1971 entre K. et la communauté des héritiers de N. Selon le § 1 de ce contrat, K. participe, sur mandat de ladite communauté, à la nouvelle N. S.A. résultant de ladite fusion, avec une action nominative de 1000 francs, et entre au conseil d'administration. Selon le § 2, K. est tenu d'exercer son mandat, dans le cadre de

la loi, d'après les instructions de la communauté des héritiers. Le § 3 a prévoit une indemnité annuelle de 6000 francs pour la situation et la responsabilité de membre du conseil d'administration de N. S.A. C'est sur cette indemnité que la recourante a réglé les comptes avec la caisse de compensation.

Le § 3 b du contrat prévoit encore une autre rétribution, soit:

«Indemnité liée à l'activité de membre du conseil d'administration, ainsi que pour le traitement de questions juridiques et autres intéressant N. S.A. et la communauté des héritiers: honoraires et remboursement des frais conformément au règlement sur les honoraires édicté par l'Association des avocats zurichois. La facturation est trimestrielle.»

La qualification de cette dernière rétribution est controversée.

3. Selon l'article 7, lettre h, RAVS, les tantièmes, indemnités fixes et jetons de présence des membres de l'administration des personnes morales font partie du salaire qui est déterminant pour le calcul des cotisations. Dans les directives de l'OFAS sur le salaire déterminant, sous N° 107, il est dit: «Il convient toutefois de présumer qu'un assuré nanti de la qualité d'organe d'une personne morale aura touché la rétribution de la société en tant qu'organe, en sorte que cette rétribution fait partie du salaire déterminant. Il en va également ainsi lorsque l'assuré met ses connaissances et ses capacités spéciales à la disposition de la personne morale (comme avocat, comme conseiller, comme comptable).» L'OFAS fonde cette règle sur l'arrêt du TFA du 15 avril 1953 en la cause C.S.A. (RCC 1953, p. 441). Dans cet arrêt, cependant, la présomption n'est pas placée au premier rang; c'est bien plutôt le genre de l'activité considérée qui y est adopté comme critère. La qualification de l'indemnité versée au membre du conseil d'administration d'une société anonyme (cette personne étant en même temps l'avocat de la société) dépend de la question de savoir si l'activité pour laquelle l'indemnité est versée est liée à la fonction de membre de ce conseil ou si elle peut être exercée tout aussi bien indépendamment de cette fonction. Dans un certain sens, le critère de la subordination joue aussi un rôle ici. En partant de ces considérations, on peut estimer, en l'espèce, que la mention du statut de membre du conseil, d'une part, et de l'activité liée à ce statut, d'autre part, au § 3 du contrat, permet de conclure à l'existence d'une activité salariée. De même, au § 3 b, il est question d'une indemnité liée à l'exercice de l'activité de membre du conseil. Ces expressions montrent que l'activité d'avocat de K. en faveur de la recourante dépend de sa fonction de membre du conseil.

Cependant, on peut contester cela en rappelant, notamment, la genèse du contrat. Comme le dit la remarque préliminaire de ce document, K a travaillé pendant près de vingt ans comme avocat et conseiller de N. et de ses sociétés anonymes, qui ont fusionné pour former la société N. S.A. En cette qualité, il fut délégué au conseil d'administration de la recourante par la communauté des héritiers. Manifestement, c'est son activité d'avocat et de conseiller qui était au premier plan et non pas son activité administrative au sein de l'entreprise. On peut alléguer, à l'appui de cette affirmation, que la liquidation d'affaires juridiques est mentionnée expressément. Cette activité était également possible indépendamment du mandat de membre du conseil d'administration, telle qu'elle avait été exercée déjà précédemment pendant près de vingt ans. L'activité d'avocat et de conseiller n'était donc pas le corollaire du mandat de membre du conseil d'administration, mais au contraire c'est celui-ci qui était un corollaire de l'activité d'avocat déployée jusqu'ici. Le contrat n'a rien changé au mandat d'avocat tenu jusqu'à présent; il s'est borné à ajouter la fonction de membre du conseil d'administration de la recourante.

L'autorité de première instance se réfère aux instructions mentionnées au § 2 du contrat et en conclut que K. est bien plus dépendant de la recourante, du point de vue de l'organisation du travail, qu'un avocat ne l'est en principe à l'égard de son client. Avec raison, on a répliqué, dans le mémoire de recours de droit administratif, que l'avocat doit toujours agir d'après les instructions de son client; s'il enfreint celles-ci, il viole son devoir d'avocat. D'ailleurs, d'une manière générale, le mandataire doit effectuer les travaux qui lui sont confiés d'après les prescriptions du mandat (art. 397 CO). On ne peut en conclure qu'il existe une subordination. En outre, indépendamment de cela, K. a assumé les obligations prévues par

le contrat non pas à l'égard de la recourante, mais à l'égard de la communauté d'héritiers. S'il existait un rapport de subordination, ce ne serait pas entre K. et la recourante, mais entre K. et la communauté. Il en va de même du risque économique. Là aussi, c'est la communauté et non pas la recourante qui est responsable, selon le § 4 du contrat, des dommages que K. pourrait subir en sa qualité de membre du Conseil. Cette clause, précisément, montre que la recourante ne peut être partenaire dans ce contrat, car une société anonyme ne pourrait assumer un tel engagement à l'égard de ses organes; seul un tiers le pourrait. Notons aussi et surtout que cette promesse de couverture vaut seulement pour l'activité de K. comme membre du conseil. Pour son activité d'avocat et la liquidation d'affaires juridiques, K. supporte lui-même les risques économiques. De tout cela, il résulte que les indices selon lesquels K. exerce une activité indépendante sont nettement prédominants en l'espèce, ce qui amène le TFA à admettre le recours.

Arrêt du TFA, du 8 novembre 1979, en la cause A. W.
(traduction de l'allemand).

Articles 17, lettre c, et 20, 3^e alinéa, RAVS. La disposition de ces articles révisés, valables dès le 1^{er} janvier 1976, selon laquelle tous les membres des sociétés en commandite, donc aussi tous les commanditaires, doivent payer des cotisations d'indépendants sur leurs parts de bénéfices ne permet pas de considérer ces parts comme le revenu d'une activité salariée. Peu importe, à cet égard, que les commanditaires collaborent ou non dans l'entreprise. Cette disposition est conforme à la loi. (Considérant 1.)

Article 25, 1^{er} alinéa, RAVS. Une modification dans la qualification juridique des parties d'un revenu ne constitue pas une raison suffisante pour appliquer la procédure extraordinaire. (Considérant 2. Confirmation de la jurisprudence.)

Articoli 17, lettera c, e 20, capoverso 3, OAVS. La disposizione di questi articoli revisionati, validi dal 1^o gennaio 1976, secondo la quale ogni membro di società in accomandita, e quindi anche tutti gli accomandanti, devono pagare i contributi in qualità di indipendenti sulle loro quote di utili, non permette di considerare dette quote come reddito di un'attività salariata. Non ha importanza il fatto che gli accomandanti collaborino o no nell'azienda. Questa disposizione è conforme alla legge. (Considerando 1.)

Articolo 25, capoverso 1, OAVS. Una modifica nella valutazione giuridica delle parti di un reddito non costituisce un motivo sufficiente per applicare la procedura straordinaria (Considerando 2. Conferma della prassi.)

A. W. est commanditaire de la maison B. depuis des années. Se fondant sur la communication fiscale concernant les parts de bénéfices payées en 1973 et 1974, la caisse de compensation lui a demandé, par décision, le paiement des cotisations personnelles AVS/AI/APG dues pour 1976 et 1977.

Un recours d'A. W. fut admis par l'autorité de première instance, la décision n'étant pas conforme à la loi; en effet, le revenu considéré comme base de calcul représentait, au moment où il avait été réalisé, vu la situation juridique d'alors, le revenu d'une activité salariée, ce qui fait qu'il ne pouvait être l'objet d'une décision portant sur des cotisations personnelles.

La caisse de compensation et l'OFAS ont interjeté recours de droit administratif contre ce jugement cantonal. La caisse a proposé que l'on considère comme éléments du salaire les parts de bénéfices du commanditaire aussi après le 1^{er} janvier 1976. Ce recours a été rejeté par le TFA.

En revanche, celui-ci a admis le recours de l'OFAS, qui proposait que les cotisations personnelles de l'assuré pour 1976 et 1977 soient fixées d'après les parts de bénéfices de 1973 et 1974.

Voici les considérants du TFA:

1. D'après le recours de la caisse de compensation, le point litigieux est de savoir si les parts de bénéfices d'un commanditaire doivent être considérées, pour le calcul des cotisations dès 1976, comme le revenu d'une activité indépendante ou d'une activité salariée.

Selon l'article 20, 3^e alinéa, RAVS (teneur du 18 octobre 1974), ici applicable et en vigueur dès le 1^{er} janvier 1976, en corrélation avec l'article 17, lettre c, RAVS, les parts de bénéfices de commanditaires doivent être qualifiées, d'une manière tout à fait générale, de revenus tirés d'une activité indépendante. Le texte du RAVS ne prévoit pas de différence selon que le commanditaire travaille ou ne travaille pas dans la société. Il ne reste donc plus aucune place, ici, pour la réglementation valable avant le 1^{er} janvier 1976, selon laquelle les parts de bénéfices des commanditaires qui collaborent pouvaient, à certaines conditions, être considérées comme revenus d'une activité salariée (ATF 100 V 22 = RCC 1974, p. 444). L'avis de la caisse de compensation, selon lequel il faudrait considérer comme éléments du salaire les parts versées à A. W. aussi après le 1^{er} janvier 1976 et les soumettre aux cotisations en vertu de l'article 5 LAVS, ne pourrait donc être approuvé que si la règle posée par le RAVS, et valable dès le 1^{er} janvier 1976, devait être jugée contraire à la loi.

Dans l'arrêt B. F. du 2 avril 1979 (ATF 105 V 4 = RCC 1979, p. 422), le TFA a reconnu que la règle du nouvel article 20, 3^e alinéa, RAVS, selon laquelle tous les membres des sociétés en commandite, donc aussi tous les commanditaires, sont tenus de payer les cotisations, est conforme à la loi. Le point de départ de cette affaire était le fait que l'article 9, 1^{er} alinéa, LAVS ne définit pas d'une manière précise la notion de revenu tiré d'une activité indépendante. Se fondant sur l'article 154, 2^e alinéa, LAVS, le Conseil fédéral devait donc promulguer des prescriptions plus détaillées au sujet des cotisations perçues sur les revenus tirés d'une telle activité (art. 17 ss RAVS). Comme dans le cas cité ici, on ne peut pas non plus prétendre, en l'espèce, que le Conseil fédéral ait violé l'article 9, 1^{er} alinéa, LAVS en revisant l'article 20, 3^e alinéa, RAVS dans le sens indiqué. Ce qui est d'une importance décisive, à cet égard, c'est que la teneur très générale de la loi laisse à l'auteur du RAVS une large marge.

2. L'objet du recours de l'OFAS est la question de savoir d'après quelle procédure (ordinaire, selon les art. 22 ss RAVS, ou extraordinaire, selon les art. 25 ss RAVS) les cotisations personnelles d'A. W. pour 1976/1977 doivent être calculées.

L'autorité de première instance a refusé, dans son jugement, une fixation des cotisations selon la procédure ordinaire, une telle fixation n'étant pas conforme à la loi; en effet, disait-elle, les parts de bénéfices obtenues par l'assuré en 1973/1974 étaient, à cette époque, considérées selon le droit de l'AVS comme des éléments du salaire déterminant. La nouvelle qualification, valable dès le 1^{er} janvier 1976, de ces parts, considérées désormais comme revenus d'une activité indépendante – situation analogue à celle qui se produit lorsque l'assuré abandonne une activité salariée pour entreprendre une activité indépendante – a créé les conditions d'une fixation des cotisations selon le principe exposé à l'article 25, 1^{er} alinéa, RAVS.

Le TFA ne peut adopter cette opinion. En effet, l'on ne trouve ici aucun des motifs – énumérés à l'article 25, 1^{er} alinéa, RAVS – justifiant un calcul des cotisations selon la procédure extraordinaire. On ne peut prétendre, en particulier, que l'assuré ait entrepris en 1976 une activité indépendante. De même, la révision de l'article 20, 3^e alinéa, RAVS n'a pas entraîné une réelle modification des bases de revenu; elle s'est bornée à classer comme élément du revenu tiré d'une activité indépendante une part de revenu qui était considérée jusqu'alors comme un élément du salaire. Or, une simple modification dans la qualification juridique ne constitue pas, selon la jurisprudence, une raison valable pour choisir la procédure extraordinaire (ATFA 1960, p. 309 = RCC 1961, p. 284). L'article 25, 1^{er} alinéa, RAVS ne peut pas davantage, en l'espèce, être appliqué par voie d'interprétation. Il s'agit ici en effet d'une dis-

position d'exception qui, selon la jurisprudence du TFA, ne doit pas être interprétée d'une manière extensive; son application présuppose une modification profonde affectant les bases mêmes de l'activité économique (RCC 1969, p. 276). La condition d'une telle modification implique la confirmation de la pratique exposée ci-dessus, selon laquelle une qualification juridique différente d'éléments du revenu ne justifie pas une nouvelle fixation selon l'article 25 RAVS.

De tout cela, on peut conclure que le calcul des cotisations personnelles d'A. W. pour 1976/1977 sur la base des parts de bénéfices versées en 1973/1974 était correct.

Le montant du revenu communiqué par l'Office cantonal des impôts et celui des cotisations demandées par la caisse ne sont pas contestés.

Arrêt du TFA, du 29 octobre 1979, en la cause M. M.
(traduction de l'allemand).

Article 28 RAVS. Les indemnités journalières d'une caisse maladie font partie du revenu sous forme de rente, car elles contribuent à l'entretien de l'assuré et influencent la situation sociale d'une personne sans activité lucrative.

Articolo 28 OAVS. Le indennità giornaliera di una cassa malati fanno parte del reddito sotto forma di rendite, poiché contribuiscono al mantenimento dell'assicurato e influenzano la situazione sociale di una persona senza attività lucrative.

Un assuré ayant demandé que les indemnités journalières de sa caisse maladie soient considérées comme des prestations d'assistance, et non pas comme les éléments d'un revenu sous forme de rente, le TFA a rejeté son recours de droit administratif pour les motifs suivants:

1. a. En vertu de l'article 10, 1^{er} alinéa, LAVS – dans la teneur valable jusqu'au 31 décembre 1978 – les personnes sans activité lucrative doivent payer, suivant leurs conditions sociales, une cotisation de 78 à 7800 francs par an. L'article 28, 1^{er} alinéa, RAVS précise que les cotisations sont perçues sur la fortune et le revenu sous forme de rente. Si un assuré sans activité lucrative dispose en même temps d'une fortune et d'un revenu de ce genre, le montant de sa rente annuelle, multiplié par 30, est ajouté à sa fortune (art. 28, 2^e al., RAVS).

b. Selon la jurisprudence, la notion de rente de cet article 28 doit être interprétée au sens le plus large. Sinon, il arriverait souvent que des prestations importantes échappent à l'obligation de payer des cotisations, sous le prétexte qu'il ne s'agirait pas d'une rente à proprement parler, ni d'un salaire déterminant. Ce qui est décisif, ce n'est pas que les prestations en cause présentent plus ou moins les caractéristiques d'une rente, mais c'est de savoir si elles contribuent à l'entretien de l'assuré, c'est-à-dire s'il s'agit d'éléments du revenu qui influencent la situation sociale d'une personne sans activité lucrative. Si tel est le cas, les recettes de ce genre doivent être prises en compte dans le calcul des cotisations en vertu de l'article 10 LAVS (RCC 1975, p. 29; ATFA 1951, p. 126 = RCC 1951, p. 244; RCC 1950, p. 445).

2. Ainsi que l'autorité de première instance l'a exposé pertinemment, les indemnités ici litigieuses peuvent être rattachées sans hésitation à un revenu sous forme de rente au sens des règles ci-dessus. Ces prestations, auxquelles l'assuré a droit envers la caisse maladie en cas de perte de gain provoquée par la maladie ou par un accident, ont nettement le caractère de rentes, notamment en raison même du but de l'assurance. L'assurance d'une indemnité journalière est conclue afin de compenser totalement ou partiellement la perte de gain

en cas de maladie ou d'accident, soit jusqu'à ce que l'intéressé recouvre sa capacité de travail, soit jusqu'à ce qu'il touche une rente AI. Elle est donc destinée, par définition, à contribuer à l'entretien de l'assuré pendant cette période, donc à influencer sa situation sociale. Cela est d'ailleurs le cas dans la présente cause. Les indemnités litigieuses ne sont donc pas des prestations d'assistance. Par prestations d'assistance, il faut entendre des prestations bénévoles qui sont accordées seulement parce que le bénéficiaire a besoin d'un tel soutien et le mérite. L'existence de telles prestations n'est manifestement pas prouvée, ici, par le versement d'indemnités journalières.

3. ... (Calcul de la fortune déterminante.)

AVS/Rentes

Arrêt du TFA, du 17 avril 1979, en la cause A. E.
(traduction de l'allemand).

Articles 39, 1^{er} alinéa, LAVS et 55 quater, 1^{er} alinéa, RAVS. L'assuré qui accepte sans opposition des arrérages de rente renonce par actes concludants à l'ajournement de celle-ci et perd par conséquent le droit de demander cette mesure.

Articoli 39, capoverso 1, LAVS e 55 quater, capoverso 1, OAVS. L'assicurato il quale accetta, senza opporsi, il pagamento di importi arretrati di rendita rinuncia per atto concludente al rinvio e perde di conseguenza il diritto di chiedere il provvedimento.

L'assuré A. E., né en 1912, a demandé une rente de vieillesse en février 1977. Il n'a pas répondu à la question posée sous le N° 14 de la formule de demande, concernant un ajournement éventuel du versement de cette prestation. Par décision du 20 juin suivant, la caisse de compensation lui a accordé, avec effet au 1^{er} mars 1977, une rente ordinaire simple de vieillesse s'élevant à 903 francs par mois. A. E. recourut en déclarant que deux entreprises lui devaient encore des commissions, sur lesquelles des cotisations devaient être payées. Il ne pouvait pas non plus déterminer si des cotisations avaient été payées sur toutes les sommes touchées. Il demandait donc l'ajournement de sa rente jusqu'à ce que ces questions soient élucidées. Le juge cantonal ordonna une enquête complémentaire auprès des caisses qui avaient tenu un compte au nom d'A. E.; il rejeta le recours dans la mesure où il concernait le calcul de la rente. En revanche, il estima que l'assuré avait demandé à temps l'ajournement de sa rente et que la caisse devait accepter cette requête. Le fait que l'assuré avait déjà touché les rentes de plusieurs mois ne s'opposait pas, selon lui, à l'octroi après coup de cet ajournement.

L'OFAS a interjeté recours de droit administratif contre l'octroi de l'ajournement par l'autorité cantonale de recours. L'assuré, selon lui, a perdu son droit à cette mesure, puisqu'il a accepté, sans objection, les paiements de rentes effectués de mars 1977 à février 1978. Si la jurisprudence a exclu le choix entre le paiement après coup et le supplément, il faut, à plus forte raison, exclure la variante comportant un versement provisoire et un supplément payé ensuite.

Le TFA a admis le recours de l'OFAS pour les motifs suivants:

1. ...

2. a. Selon l'article 39, 1^{er} alinéa, LAVS, les personnes qui ont droit à une rente ordinaire de vieillesse peuvent ajourner d'une année au moins et de cinq ans au plus le début du ver-

sement de la rente; pendant ce délai, elles peuvent révoquer cet ajournement en tout temps, à condition de le faire d'avance et à compter d'un mois déterminé. Selon l'article 55 quater, 1^{er} alinéa, RAVS, la période d'ajournement commence, pour les hommes, le premier jour du mois qui suit l'accomplissement de la 65^e année. L'ajournement doit être demandé par écrit dans un délai d'un an à compter du début de la période d'ajournement.

b. En l'espèce, il faut examiner si l'assuré avait encore la possibilité juridique de choisir lorsqu'il demanda l'ajournement, pour la première fois, dans son recours à l'autorité cantonale. Celle-ci estime – contrairement au N° 49 de la circulaire de l'OFAS sur l'ajournement, valable dès le 1^{er} novembre 1969 – que la demande d'ajournement peut être présentée aussi après le dépôt de la demande de rente, dans le délai d'un an prévu à l'article 55 quater RAVS; l'OFAS, lui, admet apparemment que ce choix doit être déclaré au plus tard lors de la demande de rente. Ce faisant, il se met en contradiction avec ladite circulaire, dont le N° 52 prévoit que seule une décision de rente passée en force peut être opposée à une demande d'ajournement faite après coup. Toutefois, ce point ne doit pas être examiné de plus près dans le cas présent; en effet, le comportement de l'assuré à partir du dépôt de sa demande permet de conclure qu'il ne voulait pas faire usage de la possibilité d'ajournement et qu'en tout cas, il a perdu son droit de choisir en acceptant pendant des mois, sans protester, les versements de rentes de l'AVS.

Dans sa demande du 9 février 1977, l'assuré n'a pas répondu à la question du N° 14 de la formule concernant son désir éventuel d'un ajournement; cependant, il a indiqué sous N° 15 quel était le compte de chèques postaux auquel sa rente devait être versée. Dans ces conditions, la caisse de compensation pouvait admettre que l'assuré avait, par mégarde, oublié de répondre à la question de l'ajournement et qu'il ne voulait pas – comme la plupart des rentiers – faire usage de la possibilité d'ajourner sa rente. A. E. objecte il est vrai qu'il a agi ainsi en se fondant sur les renseignements fournis par une autorité et qu'il croyait pouvoir présenter sa demande encore plus tard. Cependant, s'il avait vraiment été mal informé, il aurait dû, au plus tard lors du premier versement, s'apercevoir de son erreur et refuser logiquement celui-ci. Or, il ne l'a pas fait, et l'OFAS voit à bon droit dans cette omission un acte qui équivaut à l'expression de sa volonté dans la question de l'ajournement.

Il serait contraire au sens et au but des règles légales sur l'ajournement qu'un assuré puisse d'une part toucher la rente et d'autre part se réserver le droit d'opter pour l'ajournement. Comme l'a dit le TFA dans l'arrêt E. G. (ATF 98 V 257 = RCC 1973, p. 405), l'augmentation de la rente qui résulte de l'ajournement (art. 39, 2^e al., LAVS) comprend non seulement la contre-valeur des prestations auxquelles l'ayant droit a renoncé précédemment, mais aussi une quote-part moyenne provenant des sommes non versées en raison du décès d'autres bénéficiaires de rentes au cours de la période d'ajournement. C'est pourquoi la possibilité de choisir entre le paiement rétroactif d'une rente ajournée et l'octroi du supplément est exclue. Les mêmes considérations actuarielles ont pour résultat que le droit d'ajourner doit s'éteindre lorsque commence le versement de la rente. Sinon, un rentier aurait en effet la possibilité d'attendre, pour user de son droit d'option, jusqu'à une date précédant de peu la fin du délai d'un an de l'article 55 quater RAVS, de façon à pouvoir – s'il vit encore à ce moment – obtenir, en offrant le remboursement des prestations touchées, une rente ajournée plus élevée. Or, c'est justement ce que veut l'assuré, comme l'indique sa lettre du 28 janvier 1978 à la caisse.

AI / Réadaptation

Arrêt du TFA, du 6 novembre 1979, en la cause G. J.

Chiffre 14.02 OMAI. La disposition selon laquelle les élévateurs pour malades ne peuvent être remis que si l'utilisation d'un tel appareil permet au paralysé de se déplacer de façon indépendante dans son logement est conforme à la loi; elle ne déborde pas les limites autorisées par la délégation.

N. marg. 14.02 OMAI. La disposizione secondo cui gli elevatori per malati possono essere consegnati soltanto se l'utilizzazione di tale apparecchio permette al paralizzato di spostarsi in modo autonomo nella sua abitazione è conforme alla legge; essa non supera i limiti autorizzati dalla delegazione.

L'assuré, né en 1930, est atteint de sclérose en plaques. Bénéficiaire d'une rente entière d'invalidité et d'une allocation pour impotence grave, muni en outre par l'AI d'une chaise roulante, il a adressé à la commission AI, en 1976, un devis d'un montant de 1650 francs pour un soulève-malades.

Ayant constaté que l'assuré ne pouvait se mouvoir seul en fauteuil roulant, la commission AI a rendu un prononcé refusant la prise en charge d'un élévateur; elle a considéré que les conditions d'octroi de ce moyen auxiliaire n'étaient pas réalisées, parce que, selon le N° 14.02.1 des Directives sur la remise de moyens auxiliaires, valables dès le 1^{er} janvier 1977, des élévateurs pour malades ne sont remis aux assurés incapables de monter ou de descendre seuls de leur fauteuil roulant que si, une fois placés dans celui-ci à l'aide d'un élévateur, ils sont en mesure de se déplacer de façon indépendante. Ce prononcé a été notifié par décision de la Caisse de compensation du 27 juillet 1977.

L'assuré a recouru. Il alléguait avoir remis le devis à la commission AI en mai ou juin 1976 et faisait valoir qu'à cette époque, il pouvait encore mouvoir sa chaise roulante. Il invoquait par ailleurs l'ancienne OMA, en vigueur jusqu'à fin 1976, et les dispositions transitoires édictées par l'OFAS, qui prévoyaient l'application de l'ancien droit lorsqu'il en découlait une solution plus avantageuse pour l'invalidé.

La commission cantonale de recours a constaté que les modifications de textes intervenues au 1^{er} janvier 1977 n'étaient que d'ordre rédactionnel et que la cause serait entendue, si le juge était a priori lié par le texte de l'OMAI et des instructions administratives; mais elle a nié que tel fût le cas et, analysant la volonté du législateur à la lumière notamment des travaux préparatoires, elle a considéré en bref que les conditions restrictives et cumulatives mises à l'octroi d'un élévateur ne cadraient pas avec la délégation de compétence de l'article 21, 2^e alinéa, LAI. Tenant ces conditions pour injustifiées, elle a admis le recours et conclu que l'assuré avait droit à l'octroi du moyen auxiliaire requis.

L'OFAS a interjeté recours de droit administratif. Il soutient que la disposition incriminée de l'OMAI ne déborde pas le cadre de la délégation légale de pouvoir, estime que le juge ne doit pas s'immiscer dans un champ d'appréciation que le législateur a clairement voulu réserver à l'administration et conclut à l'annulation du jugement cantonal, ainsi qu'au rétablissement de la décision de la caisse.

Le TFA a admis ce recours pour les motifs suivants:

1. L'article 21, 2^e alinéa, LAI dispose que 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.

L'article 14 RAI, édicté par le Conseil fédéral en exécution de la disposition précitée, délègue au Département fédéral de l'intérieur la compétence d'établir la liste des moyens auxiliaires

pris en charge. Limitée jusqu'à fin 1976 à certains moyens prévus dans une liste dressée par le Conseil fédéral lui-même, cette compétence est générale depuis le 1^{er} janvier 1977. L'OMAI du 29 novembre 1976, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1977, prévoit sous chiffre 14.02. de la liste des moyens auxiliaires la remise d'élévateurs pour malades «lorsque l'emploi d'un tel appareil permet au paralysé de se déplacer de façon indépendante dans son logement». Sous l'empire de l'ancien droit, applicable jusqu'à fin 1976, l'article 6 de l'OMA du 4 août 1972 connaissait déjà la remise d'élévateurs pour malades et mettait à cette remise des conditions qui, bien que formulées différemment, avaient une portée identique.

2. L'OMAI, avec la liste qui l'accompagne, repose sur une délégation du législateur au Conseil fédéral et une subdélégation du Conseil fédéral au Département fédéral de l'intérieur.

Le TFA a reconnu cette subdélégation admissible, s'agissant de prescriptions dont le caractère technique prédominait et qui ne mettaient en cause aucun principe juridique. Il a prononcé que, si la norme édictée restait dans les limites autorisées par la délégation, le juge n'avait pas à décider si la solution adoptée représentait la solution la meilleure pour atteindre le but visé par la loi, étant donné qu'il ne pouvait substituer sa propre appréciation à celle du Conseil fédéral ou d'un département. Il a relevé que l'article 21 LAI n'ouvrant droit à la remise de moyens auxiliaires que dans le cadre d'une liste dressée par le Conseil fédéral, celui-ci ou, à sa place, le département pouvait faire un choix et limiter le nombre des moyens auxiliaires; qu'il disposait ce faisant d'une grande liberté, puisque la loi ne prescrivait pas expressément de quels points de vue ce choix devait s'inspirer; qu'il ne pouvait néanmoins agir d'une manière arbitraire, notamment procéder à des discriminations injustifiées ou adopter des critères insoutenables, ne reposant pas sur des motifs objectifs sérieux (voir ATF 105 V 23).

En l'espèce, la condition mise par le chiffre 14.02 susmentionné à l'octroi d'élévateurs pour malades concerne non pas la construction du moyen auxiliaire – comme dans le cas des lombostats selon le chiffre 3.02, objet de l'arrêt précité – mais l'aptitude de l'assuré à se déplacer de façon indépendante. Le caractère technique prédominant du choix dont l'article 21 LAI délègue le soin au Conseil fédéral n'en est pas affecté pour autant. Et il est évident que, pouvant exclure un moyen auxiliaire, le Conseil fédéral ou à sa place le département a aussi la faculté de l'inclure dans la liste tout en posant à son octroi des conditions restrictives. Le juge ne saurait là non plus substituer sa propre appréciation à celle du Conseil fédéral ou du département; son rôle se bornera à vérifier si la norme édictée reste dans les limites autorisées par la délégation et s'il n'y a pas discriminations injustifiées ou critères insoutenables, comme il l'a fait à propos du chiffre 3.02 précité.

3. a. Le juge cantonal relève que la claire volonté du législateur était, en introduisant l'article 21, 2^e alinéa, LAI, de faciliter l'existence et d'alléger la lourde épreuve des invalides les plus handicapés, au point de ne pouvoir songer à l'exercice d'une activité professionnelle, et que la seule restriction émise concernait les cas de peu d'importance, où la dépense engagée est si minime qu'il serait abusif de faire intervenir l'AI, les institutions d'assistance suffisant pour venir en aide aux indigents, si nécessaire.

Il est exact que le message du Conseil fédéral du 27 février 1967, après avoir souligné combien les moyens auxiliaires représentaient une aide précieuse pour les grands invalides, ne fait état que du souci d'«éviter que l'AI ait à intervenir pour des dépenses minimales» (FF 1967 I 702/703). Ce souci a d'ailleurs été concrétisé dans le texte légal lui-même, qui limite la remise de moyens auxiliaires aux «appareils coûteux». Mais le fait que le législateur exclut ainsi expressément la remise de moyens dont le coût est minime ne signifie pas nécessairement – a contrario – que tous les appareils coûteux devraient être pris en charge, à la seule condition que l'assuré en ait besoin pour se déplacer, établir des contacts ou développer son autonomie personnelle. Tout comme le 1^{er} alinéa, l'article 21, 2^e alinéa, LAI n'ouvre droit à la remise de moyens auxiliaires que dans le cadre d'une liste dressée par le Conseil fédéral. Celui-ci ou à sa place le département dispose donc de la même liberté que selon le

1^{er} alinéa – sous réserve de l'exclusion légale précitée – de limiter le nombre des moyens auxiliaires ou de poser à l'octroi de certains d'entre eux des conditions restrictives.

b. Le juge cantonal se demande pourquoi, dans le cas particulier des élévateurs pour malades, l'OMAI transforme les conditions alternatives de l'article 21, 2^e alinéa, LAI en conditions cumulatives, telle l'exigence de l'acquisition de meilleurs contacts avec l'entourage et d'une certaine autonomie.

Il est exact que l'article 21, 2^e alinéa, LAI parle d'appareils dont l'assuré a besoin « pour se déplacer, établir des contacts avec son entourage ou développer son autonomie personnelle ». Cette énumération n'est toutefois pas alternative au sens propre du terme, les buts visés pouvant se superposer sans nullement s'exclure. La situation est comparable à celle que l'on trouve dans le cadre de l'article 36, 1^{er} alinéa, RAI, qui définit l'impotence grave en cumulant de même les deux exigences posées à l'article 42, 2^e alinéa, LAI et dont le TFA a admis la conformité avec la loi (ATF 104 V 127, consid. 2; RCC 1980, p. 62, consid. 3). On ne saurait par conséquent considérer que, du seul fait qu'il met à la remise d'un moyen auxiliaire servant à développer l'autonomie personnelle la condition supplémentaire que ce moyen permette au paralysé de se déplacer de façon indépendante dans son logement, le chiffre 14.02 de la liste OMAI (ou l'ancien art. 6 de l'OMA en vigueur jusqu'à fin 1976) serait contraire à la loi et déborderait les limites autorisées par la délégation.

c. Reste à voir si l'on doit qualifier d'arbitraire la distinction faite selon que l'assuré peut ou non se déplacer de façon indépendante dans son appartement, et notamment s'il s'agit là d'une discrimination injustifiée ou dictée par des critères insoutenables.

Le juge cantonal note que l'exigence est draconienne, la plupart des invalides qui doivent être sortis de leur lit au moyen d'un élévateur étant si gravement atteints qu'ils ne sauraient non plus mouvoir par leurs propres forces la chaise roulante dans laquelle on les installe. Aussi fondée la remarque puisse-t-elle être en fait, la sévérité même extrême d'une exigence ne signifie pas arbitraire: le juge ne peut substituer sa propre appréciation à celle du Conseil fédéral ou du département, dont il a été relevé plus haut qu'ils disposent d'une grande liberté quant à l'inclusion ou à l'exclusion de moyens auxiliaires et par conséquent aussi quant aux conditions mises à l'octroi de certains d'entre eux.

La question est en revanche de savoir si la distinction faite entre deux catégories d'assurés, qui ont pour point commun d'avoir besoin d'un élévateur pour être sortis de leur lit et installés dans une chaise roulante, constitue une discrimination injustifiée ou dictée par des critères insoutenables. Or, contrairement à l'avis du juge cantonal, cette distinction peut se justifier par le principe de la proportionnalité, d'une part, et par l'économie de la loi, d'autre part.

Certes, le secours combiné de l'élévateur et de la chaise roulante – que l'assuré puisse la mouvoir lui-même ou non – facilite dans tous les cas la participation de l'invalidé à la vie de son entourage; mais il faut se rendre à l'évidence que, lorsque l'élévateur procure à l'assuré la possibilité de se déplacer ensuite de façon indépendante, son rôle et son importance sont tout autres que si l'invalidé a néanmoins besoin de la présence et de l'aide constante d'un tiers pour tout déplacement. La classification des moyens auxiliaires dans l'OMAI souligne cette différence et sa signification: tandis que la liste des moyens auxiliaires permettant à l'invalidé d'établir des contacts avec son entourage (ch. 15) est tout entière conçue sous l'aspect de la communication des idées par le langage écrit ou oral, les élévateurs pour malades font partie de la liste des moyens auxiliaires servant à développer l'autonomie personnelle (ch. 14), autonomie dont la possibilité de se déplacer constitue sans conteste un élément important.

D'autre part, aussi incongrue puisse-t-elle paraître à première vue, notamment considérée sous l'angle de la lourde épreuve des invalides les plus handicapés, la référence à l'allocation pour impotent répond à l'économie de la loi. L'article 42, 2^e alinéa, LAI définit en effet l'impotence par le besoin permanent de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir les actes ordinaires de la vie, et l'allocation tend à couvrir tout ou partie de ces frais d'aide ou de surveillance. Or, telle est précisément la situation de celui qui dépend

de la présence et de l'aide constantes de tiers pour tout déplacement. Il est par ailleurs permis de supposer que l'invalidé apte à mouvoir son fauteuil roulant par ses propres forces sera la plupart du temps capable d'accomplir d'autres actes ordinaires aussi et que son impotence ne pourrait plus être qualifiée de grave, selon la définition donnée de cette notion par le nouvel article 36, 1^{er} alinéa, RAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1977; il est donc tenu compte du besoin de l'aide constante d'un tiers pour se déplacer, dans le cadre de l'allocation pour impotent.

d. On doit par conséquent constater que le chiffre 14.02 de la liste OMAI (comme aussi l'ancien art. 6 de l'OMA en vigueur jusqu'à fin 1976) n'est pas contraire à la loi et ne déborde pas les limites autorisées par la délégation légale; que la distinction qu'il fait selon que l'invalidé peut ou non se déplacer de façon indépendante ne constitue pas non plus une discrimination injustifiée ou dictée par des critères insoutenables, ne reposant sur aucun motif objectif sérieux; que partant, cette disposition lie le juge.

4. Il n'est pas contesté que l'assuré ne pouvait plus mouvoir son fauteuil roulant par ses propres forces, à la date de la décision administrative; il ne remplissait donc à ce moment ni les conditions du chiffre 14.02 de la liste OMAI, ni celles de la disposition correspondante de l'ancienne OMA. Cependant, l'assuré a fait valoir en première instance qu'il pouvait encore se déplacer de façon indépendante lorsqu'il a requis la remise du moyen auxiliaire en cause.

La seule pièce relative à la demande de remise d'un élévateur est un devis de la maison X du 26 mai 1976. Cette pièce a été enregistrée au secrétariat de la commission AI le 8 décembre 1976. En réponse à une question posée par la commission de recours, l'assuré a déclaré ne pas pouvoir indiquer la date à laquelle ce devis a été transmis à la commission AI, mais il apparaît invraisemblable qu'un laps de temps de quelque importance se soit écoulé entre la réception et l'enregistrement de ce document. Aussi doit-on admettre une défaillance de mémoire de l'assuré lorsqu'il dit, dans son acte de recours à l'autorité cantonale, avoir attendu quatorze mois entre le dépôt de la demande et la décision administrative. Force est de situer ce dépôt dans les premiers jours de décembre 1976, époque où l'intéressé n'était incontestablement plus en état de mouvoir son fauteuil par ses propres forces.

AI/Contentieux

Arrêt du TFA, du 17 octobre 1979, en la cause P. A.
(traduction de l'allemand).

Articles 136 et 137 OJ. Seuls des vices de procédure bien définis et des faits nouveaux, notamment des faits importants constatés après coup ou des moyens de preuve décisifs que le requérant ne pouvait produire déjà au cours de la procédure précédente, sont des motifs qui peuvent entraîner la révision d'un arrêt du Tribunal fédéral.

Articoli 136 e 137 OG. Soltanto vizi di procedura ben definiti e fatti nuovi, segnatamente fatti importanti constatati ulteriormente o mezzi di prova decisivi che l'istante non poteva produrre già nel corso della procedura precedente, sono motivi che possono comportare la revisione di una sentenza del Tribunale federale.

L'assuré P. A., né en août 1963, a été traité dans une pouponnière pour une cyanose. Rentré à la maison, il souffrit de troubles respiratoires qui nécessitèrent une nouvelle hospitalisation, puis une cure d'air à la montagne. Par décision du 23 avril 1965, la caisse de compen-

sation refusa de prendre en charge les frais du traitement de la bronchite asthmatique diagnostiquée à la clinique universitaire de X, car ce n'était pas une infirmité congénitale. Le 21 octobre 1970, la caisse de compensation a décidé de prendre en charge les frais du traitement de l'infirmité congénitale N° 390 (paralysies, athétoses et dyskinésies cérébrales congénitales), ainsi que de la formation scolaire spéciale dans le home de Z, mais pas de la fréquentation de l'école d'Y. Dans le recours formé contre cette décision, le père a proposé que l'on examine s'il n'existe pas un droit au remboursement des dépenses extraordinaires supportées précédemment, puisqu'il s'est révélé maintenant qu'il y a réellement une infirmité congénitale. L'autorité cantonale de recours a admis ce recours partiellement, le 21 avril 1971, et a renvoyé l'affaire à la caisse pour complément d'enquête; la caisse devait examiner quelles mesures médicales, prises dans le passé, visaient le traitement de l'infirmité congénitale qui avait été reconnue, apparemment, après coup, et quelles mesures visaient le traitement d'autres infirmités non congénitales (comme la bronchite). Par décision du 19 janvier 1973, la caisse constata que le traitement de ladite bronchite aux frais de l'Al avait été, à bon droit, refusé le 23 avril 1965 et que la décision à ce sujet avait passé en force; on ne pouvait plus revenir là-dessus. En ce qui concerne l'infirmité congénitale N° 390, une décision valable avait été rendue. D'autres mesures n'étaient pas nécessaires pour le moment.

L'avocat de l'assuré, Me B., ayant demandé, le 30 janvier 1973, la reconsidération de cet acte administratif, en alléguant que le diagnostic de la bronchite asthmatique était faux, et ayant – à titre préventif – recouru auprès de l'autorité judiciaire cantonale, la caisse rendit une nouvelle décision le 19 octobre 1973. Elle déclara, en complément de sa décision du 21 octobre 1970, que le droit aux prestations de l'Al pour le traitement de l'infirmité N° 390 de la liste de l'OIC existait depuis le 1^{er} mars 1965 et que la décision du 19 janvier 1973 devenait sans objet. Ayant demandé une expertise au professeur O., médecin-chef de l'hôpital de l'enfance de L., qui confirma le diagnostic de la bronchite asthmatique, le juge cantonal rejeta le recours le 9 avril 1975. En même temps, il annula la décision de caisse du 19 octobre 1973, celle-ci ayant été rendue « lite pendente ».

La mère de l'assuré interjeta recours de droit administratif contre ce jugement dans la mesure où il rejetait une demande. Se fondant principalement sur l'expertise du professeur O., le TFA admit, lui aussi, que l'affection pour laquelle l'Al devait accorder des prestations (selon la mère) en vertu de l'article 13 LAI était une bronchite asthmatique qui ne pouvait être qualifiée de congénitale au sens de la LAI. Il rejeta donc le recours par arrêt du 30 mars 1976.

Le 25 mai 1977, Me B., avocat, informa la commission Al que l'assuré était en traitement chez un psychiatre, le Dr R. Le rapport de celui-ci, daté du 12 septembre suivant, indique que l'assuré souffre d'une épilepsie des lobes temporaux résultant d'une lésion périnatale, tandis que celui de la clinique de T., du 1^{er} décembre 1977, pose le diagnostic de graves troubles du comportement, de type érétique, dans le cadre d'un syndrome psycho-organique (SPO) infantile provoqué par un traumatisme obstétrical et d'une épilepsie bioélectrique. La caisse de compensation accorda alors, pour la période allant du 28 février 1977 au 31 août 1983 (majorité de l'assuré), des mesures médicales pour le traitement des infirmités 403 et 404 de la liste de l'OIC. La décision rendue dans ce sens le 12 janvier 1978 a passé en force, n'ayant pas été attaquée.

Me B., cependant, fit une nouvelle démarche auprès de la commission Al le 9 mai 1978. Il avait cru que les rapports du Dr R. et de la clinique de T. entraîneraient un réexamen de l'affaire. Des constatations nouvelles faites dans ces rapports, on pouvait conclure que la situation avait été mal jugée pendant des années et que des phénomènes tels que la bronchite étaient seulement des symptômes d'un état qui persistait depuis la naissance. L'expertise du professeur O. n'était pas satisfaisante. Me B. proposait que l'on constate l'existence d'une infirmité congénitale jusqu'à présent non traitée, à laquelle on n'avait pas prêté attention. Cette infirmité devait être reconnue, et l'Al devait prendre en charge tous les frais de traitement et autres qui lui étaient liés. Ce cas devait être reconsidéré, et une révision s'imposait.

La commission AI demanda un rapport au Dr S., médecin-chef de la clinique de T. Celui-ci répondit notamment qu'il était improbable qu'une épilepsie ou un SPO se manifeste sous forme d'une bronchite asthmatique, et qu'il fallait pratiquement nier cette possibilité (rapport du 19 juin 1978). Le 21 juillet, la caisse décida que les frais d'un examen médical (il s'agissait d'un oculiste) non ordonné par la commission AI ne pouvaient être mis à la charge de celle-ci. Dans une autre décision rendue le même jour, la caisse rejeta la demande de reconsidération du 9 mai.

La mère de l'assuré recourut contre cette dernière décision et renouvela la demande du 9 mai 1978.

L'autorité cantonale refusa de statuer sur ce recours, pour cause d'incompétence, dans la mesure où il demandait un nouveau jugement de la question de l'infirmité congénitale, tranchée définitivement par le TFA le 30 mars 1976. Si M^e B. demandait la révision de cet arrêt, c'est le TFA qui devait se prononcer. D'autre part, l'autorité cantonale déclara que la demande du 9 mai pouvait être considérée comme une demande de révision de la décision passée en force du 12 janvier 1978. Cependant, étant donné qu'elle n'était pas corroborée par des faits nouveaux qui n'aient pu être allégués déjà par voie de recours, c'est avec raison que la caisse a rejeté cette demande. Si M^e B. prétend avoir présentée, par voie de recours, une demande fondée sur le nouveau droit, celle-ci devrait être rejetée parce qu'il n'y avait pas de motifs de nouveau droit en ce qui concerne la décision du 12 janvier 1978 et le jugement cantonal du 9 avril 1975. Cependant, l'autorité cantonale ordonna à la caisse de prendre en charge les frais des examens effectués par l'oculiste. C'est dans ce sens que le tribunal cantonal rendit son jugement le 31 janvier 1979.

La mère de l'assuré a interjeté recours de droit administratif par l'intermédiaire de M^e B. Voici, en résumé, les motifs invoqués: L'assuré n'a jamais souffert de bronchite asthmatique, si bien que toutes les conclusions liées à une telle maladie sont fausses. Ces constatations ont été faites par la mère du recourant. L'infirmité congénitale dont l'assuré «a constamment allégué l'existence» n'a pas été reconnue à temps, et les mesures à prendre n'ont donc pas pu être prises dès le début. Un recours contre la décision du 12 janvier 1978 n'a pas dû être formé, cet acte administratif ayant été correct en soi. Dans sa démarche du 9 mai 1978, il avait dû, lui, l'avocat, signaler que le cas avait été traité d'une manière erronée; le diagnostic inexact et le traitement non adéquat avaient eu pour conséquence une atteinte permanente à la santé de l'assuré. «Le traitement qui avait commencé en 1965 ayant été reconnu adéquat, et ses frais ayant été mis à la charge de l'AI, on a négligé de tenir compte aussi de la fausse appréciation fondée sur un diagnostic inexact; le but du recours du 21 août 1978 était d'obtenir cette rectification.» M^e B. prie le TFA de faire en sorte «qu'un réexamen complet du cas soit enfin entrepris et qu'il soit ainsi fait droit au recourant».

La caisse et l'OFAS concluent au rejet du recours de droit administratif.

Le TFA a rejeté celui-ci pour les motifs suivants:

1. Dans son arrêt du 30 mars 1976, le TFA a constaté que l'assuré souffrait d'asthme bronchique. Cette affection n'était ni une infirmité congénitale au sens de l'OIC, ni la conséquence d'une telle infirmité. C'est pourquoi un droit aux prestations a été nié pour la période qui s'est écoulée jusqu'à la date de la décision alors attaquée (19 janvier 1973). Cela supposait aussi l'inexistence d'une autre infirmité congénitale dont l'AI aurait dû supporter les frais de traitement.

On ne pourrait reconsidérer cet arrêt que par voie de révision (art.136 ss OJ). Ceci a été signalé à M^e B. dans la décision – seule litigieuse actuellement – du 21 juillet 1978 sous «conclusion à propos du point 2» et «conclusion à propos du point 5». Néanmoins, M^e B. n'a pas présenté une demande de révision. Le juge cantonal a laissé indécise la question de savoir s'il fallait voir une demande de révision dans le recours formé contre la décision du 21 juillet; il a transmis l'affaire au TFA pour juger cette question-là. M^e B. ayant porté, de son côté, le jugement cantonal devant le TFA, la question de la révision doit être tranchée en dernière instance.

Les motifs pour lesquels on peut reviser un arrêt du Tribunal fédéral sont exposés aux arti-

cles 136 et 137 OJ. Il s'agit de certains vices de procédure bien définis (art.136) et de faits nouveaux, notamment de faits importants constatés après coup ou de preuves concluantes que le requérant n'avait pas pu invoquer dans la procédure précédente (art.137). Or, on n'a fait aucune allusion, jusqu'ici, même indirectement, à l'un de ces motifs de révision, bien que la caisse et l'autorité de première instance aient signalé ce point expressément. Ainsi, il faut en rester à l'arrêt du 30 mars 1976, et il ne saurait donc être question d'une reconsidération complète du cas jusqu'à la décision du 19 janvier 1973.

2. Reste à examiner la situation juridique dès le 20 janvier 1973. Le Dr R. a diagnostiqué pendant la période d'observation, dès le 28 février 1977, une épilepsie des lobes temporaux, conséquence d'une lésion périnatale, et le rapport de la clinique de T., de décembre 1977, donne le diagnostic de graves troubles du comportement, de type éréthique, dans le cadre d'un SPO infantile après traumatisme obstétrical, ainsi que d'une épilepsie bioélectrique. Ces constatations (nouvelles) ont conduit à la décision du 12 janvier 1978 accordant, pour la période entre le 28 février 1977 et la majorité de l'assuré, la prise en charge des frais du traitement des infirmités 403 et 404 de la liste de l'OIC, soit: oligophrénie congénitale, troubles cérébraux congénitaux ayant pour conséquence prépondérante des symptômes psychiques ou intellectuels, en particulier SPO congénital et psycho-syndrome dû à une lésion localisée du cerveau. Cette décision n'a pas été attaquée et elle a passé en force; dans le recours de droit administratif, elle est reconnue expressément comme correcte.

Autre élément nouveau, l'expertise du professeur S., de juin 1978, déclare que le SPO de l'assuré pourrait avoir été aggravé par les poussées asthmatiques. Cependant, il est improbable – selon ce spécialiste – qu'une épilepsie ou un SPO infantile se manifeste sous forme de bronchite asthmatique. L'autorité de première instance en a conclu, à juste titre, que ladite bronchite n'avait pas été provoquée par une infirmité congénitale qui aurait été une fois constatée. Le juge cantonal note aussi qu'une aggravation éventuelle du SPO par la bronchite asthmatique ne peut entraîner de dépenses pour l'assuré, puisque le SPO est précisément reconnu comme infirmité congénitale et que l'AI supporte les frais de son traitement.

On peut conclure, en résumé, que le diagnostic d'une bronchite asthmatique semble toujours valable et que l'AI prend en charge des infirmités congénitales réelles, c'est-à-dire, celles qui sont mentionnées sous les Nos 403 et 404 de la liste de l'OIC, et cela – comme il l'a été déclaré valablement dans la décision du 12 janvier 1978 – à partir du moment où des symptômes sont apparus et où, pour la première fois, le besoin d'un traitement s'est fait sentir. Il n'est pas démontré que d'autres infirmités congénitales ouvrant droit à des prestations existent; jusqu'à présent, l'assuré n'a jamais dit pour quelle autre infirmité congénitale l'AI devait éventuellement accorder des prestations.

Prestations complémentaires

Arrêt du TFA du 30 janvier 1979, en la cause V. M.
(traduction de l'italien).

Article 27, 1^{er} alinéa, OPC. Dans la procédure de remise, l'obligation de restitution fixée par décision notifiée s'éteint en appliquant par analogie l'article 16, 2^e alinéa, LAVS, trois ans après la fin de l'année civile au cours de laquelle la décision est passée en force.

Articolo 27, capoverso 1 OPC. L'obbligo di restituzione esercitato si estingue – applicando per analogia l'articolo 16 capoverso 2 LAVS – tre anni dopo la fine dell'anno civile in cui è passato in giudicato.

Assurance-maladie

Arrêt du TFA, du 11 mai 1979, en la cause F. A.
(traduction de l'allemand) ¹.

Sont déterminantes pour fixer le degré de la capacité de travail non les appréciations de la médecine théorique, mais l'amoindrissement de cette capacité, tel qu'il résulte réellement de l'empêchement. La possibilité qu'une capacité de travail de 50 pour cent ne soit pas utilisable ne saurait, certes, être exclue de manière générale; le cas ne devrait pourtant se produire que très rarement. (Considérant 3.)

Per fissare il grado della capacità lavorativa non sono determinanti gli apprezzamenti medico-teorici bensì la diminuzione di questa capacità, quale risulta di fatto dall'impedimento. L'eventualità che una capacità lavorativa del 50 per cento non sia utilizzabile non può certo essere esclusa in modo generale; il caso dovrebbe tuttavia presentarsi solo molto raramente. (Considerando 3.)

1. ...

2. ...

3. Puisque, dans l'assurance individuelle, le droit à l'indemnité journalière suppose une incapacité de travail totale, il faut examiner en premier lieu le degré de capacité de travail de la recourante. Au point de vue médical, le docteur Y aussi bien que le docteur Z ont estimé à 50 pour cent l'incapacité de travail. Contrairement à l'opinion de la recourante, il n'y a point de raison de mettre en doute ces appréciations. Toutefois, ce ne sont pas ces estimations de la médecine théorique qui sont décisives, mais l'amoindrissement de la capacité de travail, tel qu'il résulte réellement de l'empêchement. S'il n'y a, par exemple, qu'une petite capacité de travail, pratiquement inutilisable, l'assuré a droit à une indemnité journalière en raison d'une incapacité de travail totale (ATF 101 V 144). Aussi la recourante fait-elle valoir qu'elle ne saurait exercer une activité lucrative. Se référant au susdit jugement, l'OFAS a lui aussi exprimé certains doutes quant à l'« utilisabilité » de la capacité de travail résiduelle de la recourante. Mais alors que, dans ce jugement, il s'agissait d'une capacité de travail résiduelle de 25 pour cent seulement, il y a cette fois, du point de vue médical, une capacité de travail résiduelle de 50 pour cent. La possibilité qu'une telle capacité de travail ne soit pas utilisable ne saurait, certes, être exclue de manière générale; le cas ne devrait pourtant se produire que très rarement. La question ne se pose d'ailleurs pas en l'espèce. On sait bien, en effet, qu'il y a toujours des possibilités de travail pour des femmes de ménage. La recourante aurait pu trouver une activité qui lui convînt, aussi bien en ce qui concerne la charge du travail que le temps de travail. A ce sujet, la question peut rester indécise de savoir si elle aurait pu n'utiliser que partiellement la capacité de travail résiduelle. Même en ce cas, elle n'aurait été que partiellement incapable de travailler, de sorte qu'une obligation, pour la caisse, de verser des prestations devrait être également déniée.

4. ...

¹ Cet arrêt, qui concerne l'assurance-maladie, a été publié dans la revue RJAM, 1979/6, N° 386. Il est reproduit dans la RCC à cause de l'intérêt qu'il présente aussi pour l'AI. La question de la mise à profit de la capacité de travail restante se pose en particulier chez les assurés partiellement invalides, lorsque leur droit éventuel à une rente AI doit être examiné.

Fin des discussions de la commission du Conseil des Etats sur la loi concernant la prévoyance professionnelle

La commission du Conseil des Etats chargée d'examiner le projet de loi sur la prévoyance professionnelle s'est réunie les 17 et 18 avril sous la présidence de M. Markus Kündig, Zoug, conseiller aux Etats, et en présence de M. Hans Hürlimann, conseiller fédéral. Cette séance, la dernière, a eu lieu à Berne. Les travaux de cette commission avaient commencé à la fin de l'année 1977; 35 journées de séances leur ont été consacrées, sans compter 15 séances de travail de la sous-commission.

Contrairement au Conseil national, la commission du Conseil des Etats donne la préférence à la primauté des cotisations. Les cotisations doivent être, selon elle, fixées d'une manière uniforme, sans égard à l'âge de l'assuré; en moyenne nationale, elles s'élèvent à environ 15 pour cent du salaire coordonné. Elles se composent de 3 pour cent destinés à la constitution de la réserve pour prestations-risque et pour prestations supplémentaires, et d'environ 12 pour cent en moyenne pour alimenter les bonifications de vieillesse. Par suite de l'échelonnement désormais encore plus prononcé de celles-ci, qui sera de 6 à 22 pour cent, en sept échelons dépendant de l'âge, la génération d'entrée aura une meilleure situation, et d'autre part le degré de capitalisation sera réduit. Chaque institution de prévoyance prélèvera dans ladite réserve le montant affecté à la couverture des risques décès et invalidité, ainsi que les contributions au fonds de garantie dont la création a déjà été décidée lors de la séance précédente. Le reste doit être affecté d'une part à des prestations supplémentaires pour la génération d'entrée, d'autre part à la compensation du renchérissement aussi sur les prestations de vieillesse. Les rentes d'invalidité, de veuves et d'orphelins devront être, selon une décision prise naguère par la commission, adaptées au renchérissement obligatoirement après une période de cinq ans.

Le projet de la commission du Conseil des Etats sera soumis à la réunion plénière de ce Conseil lors de la session d'été.

Comment les rentiers de l'AVS et de l'AI sont-ils informés au sujet des PC ?

La conférence de presse consacrée à l'étude de l'Institut sociologique de l'Université de Berne sur la situation économique des rentiers en Suisse, du 13 septembre 1979, a soulevé des discussions; on s'est demandé si les rentiers qui ont peut-être droit à des PC sont suffisamment informés au sujet de celles-ci. Dans un postulat récent (RCC 1979, pp. 477 et 539), M^{me} Ribi, conseillère nationale, a demandé au Conseil fédéral une meilleure information de ces personnes. Une enquête interne (RCC d'avril) a montré clairement que les rentiers concernés connaissent parfaitement les PC, à part quelques exceptions. L'OFAS a néanmoins ouvert une enquête auprès des caisses de compensation et des organes d'exécution des PC, à la fin de l'année passée, pour établir de quelle manière ces rentiers sont renseignés sur leurs droits éventuels aux PC. Voici le résultat de cette enquête.

Comment les caisses et les organes d'exécution des PC informent-ils les assurés ?

Un mémento du Centre d'information des caisses de compensation contient des renseignements détaillés au sujet des PC. Seize caisses joignent ce document à toutes leurs décisions de rentes, de manière que tout nouveau rentier soit au courant. Vingt-trois autres caisses en font de même lorsque le faible montant d'une rente permet de supposer que le bénéficiaire aura éventuellement droit à une PC. Quatre caisses distribuent à leurs affiliés leurs propres bulletins d'information. Une autre signale l'existence des PC lorsqu'elle envoie des communiqués concernant des augmentations de rentes. Une autre encore informe la presse au sujet des possibilités offertes par les PC lorsqu'elle présente le rapport annuel. Plusieurs caisses professionnelles rappellent aux employeurs l'existence de cette institution, afin que ceux-ci en parlent par exemple dans leurs revues à l'intention du personnel ou dans les cours de préparation à la retraite. Lorsque des particuliers posent des questions, ou qu'un rentier se plaint de sa situation financière, on envoie à l'intéressé un mémento du Centre d'information, ou bien on lui signale l'existence des PC dans une lettre personnelle.

En automne 1978, les caisses de compensation tinrent avec grand succès un «stand AVS» pour l'information des visiteurs de l'exposition Züspa; un an plus tard, cette expérience fut renouvelée à l'OLMA. Bien entendu, les animateurs eurent aussi à répondre à des questions concernant les PC (RCC 1980, p. 105). Pour la première fois, cette année, on a installé aussi à la Foire de Bâle un stand d'information sur l'AVS.

Vingt et un organes cantonaux d'exécution des PC informent les lecteurs à ce sujet dans la presse quotidienne; douze d'entre eux le font une fois par an, cinq plusieurs fois, deux d'une manière sporadique; un organe cantonal le fait lors des revisions. Dix-sept organes publient de telles informations dans des périodiques officiels; quatorze le font une fois par an, trois plusieurs fois.

Dans dix-sept cantons, les tableaux d'affichage des bâtiments communaux donnent également des renseignements sur les PC; dans trois autres cantons, cette mesure est appliquée partiellement. Dans vingt-deux cantons, des mémentos sur les PC sont déposés dans les locaux des agences communales AVS.

Quelques organes d'exécution des PC informent régulièrement les agences communales, ainsi que les services sociaux régionaux et locaux. Ici et là, on donne des conférences sur les PC lors de réunions de personnes âgées et dans des établissements tels que écoles d'infirmiers, écoles d'assistants sociaux, etc.

Quelques suggestions

L'enquête a également donné l'occasion de recueillir quelques idées en vue d'une amélioration de l'information. Voici les propositions émises:

- ajouter une notice sur les PC sur la feuille annexe des décisions de rentes;
- joindre un mémento sur les PC à toutes les décisions de rentes;
- informer davantage par la radio et la TV;
- simplifier le mémento sur les PC; publier une feuille de calcul sommaire, afin que les rentiers puissent déterminer eux-mêmes si l'octroi d'une PC est à envisager dans leur cas;
- les autorités fiscales devraient envoyer ce mémento aux contribuables qui, selon leur bordereau d'impôt, ont un revenu ou une fortune permettant éventuellement un tel octroi.

Toutes ces suggestions seront étudiées lors de la prochaine séance de la commission des problèmes d'application des PC. On verra alors si des mesures supplémentaires doivent être prises.

Les subventions de l'AI aux cours pour invalides et pour leurs proches

Selon l'article 74 LAI, l'assurance peut allouer des subventions pour l'exercice de certaines activités dans le domaine de l'aide aux invalides et en particulier pour l'organisation de cours de trois sortes:

Subventions 1979

	Nombre	Montants en francs
- cours destinés aux invalides	739	2 014 075.-
- cours destinés aux proches d'invalides		
- cours de formation et de perfectionnement du personnel de l'aide aux invalides	91	458 083.-

Dans le présent article de la RCC, seuls seront évoqués les cours pour les invalides et leurs proches. Nous allons montrer quels genres de cours l'AI soutient et quels montants ont été dépensés à cet effet.

Parmi les cours pour invalides, il faut distinguer ceux qui ont pour but de développer leur habileté et ceux destinés à leur prodiguer aide et conseils pour leur vie quotidienne.

Dans l'ordre d'importance des disciplines visant à développer l'habileté des invalides vient largement en tête le sport, qui comprend, outre des cours annuels, des manifestations occasionnelles et saisonnières (par exemple des camps de ski). Toutes ces manifestations suscitent un vif intérêt.

D'autres cours ont pour objet les besoins spécifiques de certaines catégories d'invalides, par exemple les cours de lecture labiale et l'entraînement auditif pour les déficients de l'ouïe, les cours de cuisine et de couture pour handicapés de la vue. Citons aussi les cours destinés à organiser les loisirs (bricolage, dessin, danse) ou à enseigner un comportement normal dans certaines situations de la vie (choix d'un conjoint, problèmes sexuels); d'autres cours doivent permettre aux invalides de connaître leurs obligations et de défendre leurs droits eux-mêmes dans des circonstances particulières.

Quant aux cours destinés aux proches d'invalides, ils ont essentiellement pour but de leur apporter l'aide psychologique et pratique leur permettant de surmonter les problèmes sociaux, moraux et pratiques que pose l'invalidité de leur parent. Il s'agit plus particulièrement de cours s'adressant à des parents de handicapés mentaux ou d'enfants atteints de déficiences sensorielles (sourds, aveugles).

En ce qui concerne le nombre de cours subventionnés et le montant des subventions accordées, le tableau ci-après montre très bien le développement de ce secteur de l'aide aux invalides particulièrement important pour la réadaptation sociale de ces derniers. Les subventions de l'AI se révèlent donc être très utiles, puisque la fréquentation de tels cours dépend pour beaucoup de la charge financière reposant sur les participants. Le nombre des participants a d'ailleurs augmenté d'une manière réjouissante; cette augmentation constitue – avec le renchérissement – le motif principal de la hausse considérable de la subvention moyenne au cours des vingt dernières années.

Cours pour invalides et leurs proches 1960-1979

Années	Nombre	Subvention moyenne en francs	Totaux (arrondis) en francs
1960	—	—	—
1961	119	840	100 000
1962	194	515	100 000
1963	171	936	160 000
1964	206	1214	250 000
1965	190	1368	260 000
1966	197	1624	320 000
1967	266	1692	450 000
1968	304	1579	480 000
1969	306	1634	500 000
1970	362	1657	600 000
1971	537	1304	700 000
1972	414	1932	800 000
1973	575	2261	1 300 000
1974	486	2263	1 100 000
1975	524	2672	1 400 000
1976	732	2322	1 700 000
1977	753	2390	1 800 000
1978	681	2790	1 900 000
1979	739	2706	2 000 000

La jurisprudence de première instance dans le domaine de l'AVS, de l'AI et des APG

L'AVS, ainsi que les régimes de la sécurité sociale qui lui sont liés, soit l'AI, les APG et les PC, disposent d'un contentieux bien organisé. Les intéressés peuvent recourir, dans un délai de 30 jours, contre toutes les décisions des caisses de compensation. Ces recours sont examinés, en première instance, par des autorités juridictionnelles cantonales instituées à cet effet. Selon l'article 85 LAVS, la procédure doit être simple, rapide et, en principe, gratuite pour les parties; c'est seulement «en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère» que certains frais peuvent être mis à la charge du recourant. Une autorité spéciale, qui est fédérale, traite les recours des assurés domiciliés à l'étranger; elle se fonde, à cet effet, sur des prescriptions de droit fédéral.

La protection juridique offerte par ces organes est fortement sollicitée par les assurés, comme les statistiques le prouvent. En considérant la période qui s'étend de 1963 à 1979, on constate cependant que le nombre total des juge-

ments de recours cantonaux n'a pas augmenté dans une proportion plus forte que celui des bénéficiaires de l'AVS/AI. Le graphique ci-après montre en outre que l'évolution numérique ne s'est pas faite sans fluctuations. Après l'introduction des PC en 1965, notamment, on observe une stagnation ou un recul des recours concernant l'AVS/AI. Peut-on en conclure que plus d'un rentier de l'AVS ou de l'AI eut l'impression d'être mieux traité grâce à la nouvelle institution des PC? Dans l'AI, le nombre des arrêts a diminué entre 1972 et 1977. On peut faire des constatations intéressantes en examinant les chiffres du tableau ci-après, classés d'après les divers secteurs de l'AVS et de l'AI. Ainsi, dans l'AVS, le nombre des litiges portant sur des affaires de rentes et celui des litiges de cotisations ont suivi une évolution différente; depuis 1971, le rapport, qui était d'environ 1:1, a passé à 9:5, les arrêts de cotisations devenant les plus nombreux. Dans l'AI, on observe un décalage encore plus frappant; ici, les arrêts de réadaptation ont beaucoup diminué, proportionnellement, par rapport à ceux de rentes; ce rapport, qui était de 2:3 en 1971, a passé à environ 2:11 en 1979.

Jugements des autorités cantonales de recours et de la commission de recours pour les personnes résidant à l'étranger

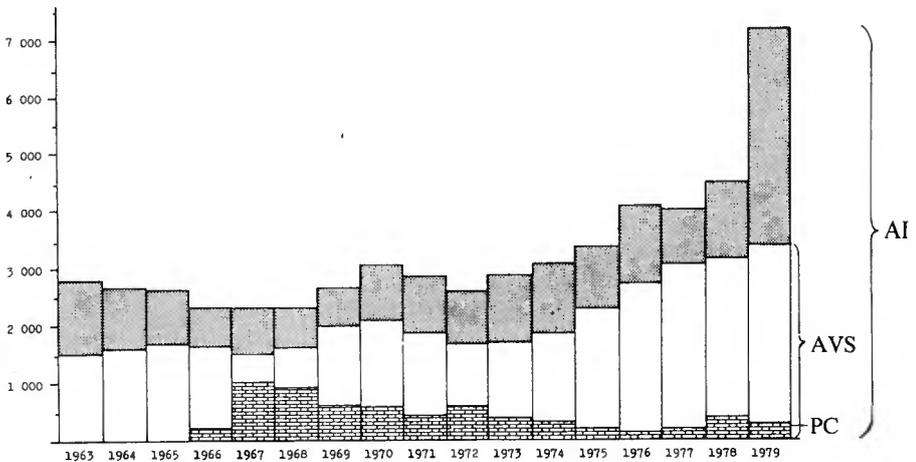
Année	AVS			AI			APG	PC	AC	Total
	Cotisations	Rentes ¹	Total	Réadapt.	Rentes ²	Total				
1963	*	*	1583	*	*	2779	69	—	—	4 431
1967	*	*	1531	*	*	2379	32	1101	—	5 043
1971	937	956	1893	1138	1696	2834	29	474	—	5 230
1975	1439	882	2321	1159	2250	3409	23	284	—	6 037
1976	1878	847	2725	1500	2685	4185	22	165	—	7 097
1977	2169	930	3099	1241	2783	4024	24	215	36	7 398
1978	2226	1000	3226	1261	3300	4561	22	484	16	8 309
1979 ³	2160	1233	3416	1113	6154	7267	43	354	65	11 145

¹ Sont inclus ici les recours concernant les allocations pour impotents de l'AVS; en 1979, on a compté 480 cas de ce genre.

² Parmi les cas de rentes AI figurent aussi les jugements concernant les allocations pour impotents et les indemnités journalières.

³ Depuis 1979, l'AVS accorde aussi certains moyens auxiliaires; les 23 jugements cantonaux consacrés à cet objet sont englobés dans le total de l'AVS.

Jugements de recours de 1^{re} instance en matière d'AVS, d'AI et de PC 1963-1979



Dans le graphique, on remarque spécialement la forte augmentation des arrêts d'AI en 1979. La cause de ce phénomène ne peut être expliquée que partiellement. La part du lion revient à la commission de recours pour les assurés à l'étranger, dont les arrêts ont augmenté de 1823 unités. Il convient donc de parler brièvement du volume de travail incombant à cet organe.

L'activité de la Commission fédérale de recours AVS/AI pour les personnes résidant à l'étranger

Cette commission est compétente pour connaître des recours formés par les ressortissants suisses et étrangers qui ont leur domicile hors de notre pays. En 1979, la part des citoyens suisses de cette catégorie, ayant formé des recours, était de 6,5 pour cent (l'année précédente: 10,3 pour cent). La commission a liquidé en 1979 au total 3364 recours (1541 en 1978), ce qui correspond à environ 30 pour cent de tous les jugements de première instance concernant l'AVS, l'AI, les APG et l'assurance-chômage; dans l'AI, cette part a été de plus de 40 pour cent, dans l'AVS de près de 10 pour cent. La grande majorité des affaires traitées par la commission (90 pour cent) concernaient précisément l'AI (3025 cas). Grâce à la procédure simplifiée adoptée lors de la neuvième révision (art. 85 bis, 3^e al., LAVS) et à la collaboration d'un juge supplémentaire, grâce aussi à la possibilité, dont on a fait usage plus souvent, d'exiger du recourant une avance de frais, on est parvenu en 1979, pour la première fois,

à liquider plus de recours qu'on en a enregistré de nouveaux. Ce grand nombre d'affaires liquidées (3364) englobe, pour 1979, pas moins de 2350 cas liquidés par non-entrée en matière (dont 886 parce que l'avance de frais n'avait pas été payée), par retrait (dont 193 parce que l'autorité avait demandé une avance de frais), ou encore parce que le recours était sans objet. Parmi les autres recours, 892 ont été rejetés; seuls 122 recours ont été admis entièrement ou partiellement. Malgré la forte diminution des cas en suspens, il y avait encore, à la fin de l'année, 5203 cas à liquider par la commission.

Le recours au tribunal de dernière instance

Les jugements des autorités de première instance sont acceptés par les parties dans environ 90 pour cent des cas d'AVS et d'AI. Dix pour cent environ de ces arrêts sont portés devant le TFA par les assurés, les caisses de compensation ou l'OFAS. Ainsi, en 1979, on a compté 10 683 jugements de première instance concernant l'AVS et l'AI et 907 arrêts du TFA sur le même objet. Les arrêts les plus importants sont publiés dans la série des arrêts du Tribunal fédéral et dans la RCC. L'article ci-après rappelle, en résumé, quelle fut l'activité du TFA en 1979 et quelles furent les conclusions des principaux arrêts.

Le TFA en 1979

Le volume de travail imposé au TFA s'est encore accru sérieusement en 1979. Ont augmenté, notamment, les recours concernant l'AI (+ 219) et l'AVS (+ 42), tandis que ceux qui concernent l'assurance-accidents et les PC ont diminué de vingt-six et dix-huit cas. Le tableau ci-après indique le nombre des recours enregistrés et liquidés dans toutes les branches de la sécurité sociale dont s'occupe le TFA.

Grâce à l'augmentation à neuf du nombre des juges suppléants et à celle du nombre des greffiers et secrétaires (qui a été porté à treize), grâce aussi aux mesures prises dans le domaine de l'organisation et de la procédure, le TFA a pu liquider 130 arrêts de plus que l'année précédente. Toutefois, l'accroissement du nombre des recours ayant été presque deux fois plus fort, le nombre des cas en suspens a augmenté, à la fin de l'année, de 249 pour atteindre 1099 unités. La nouvelle augmentation de l'effectif des greffiers et secrétaires, adoptée par l'Assemblée fédérale lors de la session du printemps 1980, à vingt-trois personnes au maximum devrait permettre au TFA de maîtriser peu à peu cette lourde charge de travail.

Le rapport sur l'activité du TFA en 1979, qui fait partie du rapport de gestion du Conseil fédéral, contient des données statistiques et présente une vue d'ensemble des arrêts les plus importants de cette année. Voici les chapitres concernant l'AVS, l'AI et les PC; on a indiqué entre parenthèses la référence, lorsqu'il s'agit d'arrêts publiés dans la série des ATF ou dans la RCC.

Recours reçus par le TFA et liquidés par lui en 1978 et 1979

	Nouveaux cas enregistrés en 1978	Cas liquidés en 1978	Report sur 1979	Nouveaux cas enregistrés en 1979	Cas liquidés en 1979	Report sur 1980
AVS	256	243	149	298	239	208
AI	610	543	407	829	668	568
PC	42	27	25	24	35	14
Assurance-maladie	77	76	65	91	65	91
Assurance-accidents	94	65	69	68	77	60
AM	13	12	10	11	13	8
APG	2	3	2	–	1	1
Allocations familiales	5	5	2	5	2	5
AC	201	180	121	207	184	144
Total	1300	1154	850	1533	1284	1099

a. Assurance-vieillesse et survivants

En matière de *cotisations*, le tribunal a examiné le statut fait au commanditaire dès le 1^{er} janvier 1976 (ATF 105 V 4 = RCC 1979, p. 422). Il s'est penché sur la qualification des indemnités versées au membre du conseil d'administration d'une société anonyme qui travaille simultanément en qualité d'avocat pour cette société (ATF 105 V 113 = RCC 1980, p. 207). Une affaire a permis de préciser la notion de «conditions sociales», déterminantes pour le calcul des cotisations dues par les *personnes sans activité lucrative*, dans le cas d'une Suissesse domiciliée en Suisse dont le mari étranger n'était pas affilié à l'AVS (arrêt N. D., du 14 novembre 1979, RCC 1980, p. 247). La procédure extraordinaire de fixation des cotisations d'indépendant est applicable par analogie aux personnes sans activité lucrative, en cas de modification des bases de calcul de leurs cotisations, si les cotisations calculées suivant cette procédure diffèrent d'au moins 20 pour cent de celles qui résulteraient de l'application de la procédure ordinaire (ATF 105 V 117).

Dans le domaine des *rentes*, plus spécialement des *rentes de survivants*, une femme ne peut être réputée veuve qu'aussi longtemps qu'elle ne se remarie pas; n'est pas veuve avec enfants adoptifs la femme qui a adopté après son remariage seulement des enfants recueillis (ATF 105 V 9 = RCC 1979, p. 554). L'obligation d'entretien de l'époux divorcé doit être fixée dans le jugement de

divorce ou dans une convention approuvée par le juge civil (confirmation de la jurisprudence; ATF 105 V 49). S'agissant des *rentes de vieillesse*, l'assuré qui accepte sans protester des arrérages de rente renonce par actes concluants à l'ajournement de celle-ci et perd par conséquent le droit de demander cette mesure (ATF 105 V 50 = RCC 1980, p. 212). Le tribunal a précisé les conditions d'octroi d'un supplément à la rente ordinaire de vieillesse pour couple succédant à une rente extraordinaire de vieillesse simple de l'épouse (ATF 105 V 131). Enfin, la situation différente réservée à l'homme et à la femme, en matière de rente de vieillesse notamment, ne viole pas la convention européenne des droits de l'homme (ATF 105 V 1 = RCC 1979, p. 267).

Quant à l'*allocation pour impotent*, l'impotence est réputée grave lorsque, à côté de l'aide d'autrui nécessaire dans la mesure exigée par la loi pour accomplir les actes ordinaires de la vie, l'assuré a en outre besoin en permanence de soins ou de surveillance personnelle; l'aide d'autrui nécessaire pour accomplir les actes ordinaires de la vie peut être directe ou revêtir la forme d'une surveillance appropriée; le besoin permanent de soins ou de surveillance personnelle n'a qu'une importance secondaire (ATF 105 V 52 = RCC 1980, p. 62). La *garantie de toucher une allocation au moins égale* n'est pas donnée seulement à l'impotent qui bénéficiait effectivement d'une allocation de l'AI au moment où il a atteint l'âge d'ouverture du droit à une rente de vieillesse; elle l'est également à celui qui peut prétendre une telle allocation rétroactivement, dans la mesure autorisée par la loi (ATF 105 V 133 = RCC 1980, p. 54).

Le tribunal a défini la notion de négligence grave engageant la *responsabilité des associations fondatrices* pour les dommages causés par une violation des prescriptions par les organes et fonctionnaires ou employés de leur caisse (ATF 105 V 119).

Relevons enfin que les règles actuelles relatives à la *restitution des prestations touchées indûment* ne donnent pas entière satisfaction et mériteraient d'être modifiées (comme il en avait du reste été question à l'occasion de la neuvième révision de la LAVS).

b. Assurance-invalidité

Un arrêt examine la *qualité d'assuré* en raison du domicile d'une personne sans activité lucrative, internée en Suisse suivant la loi fédérale sur le séjour et l'établissement des étrangers (ATF 105 V 136).

La question de la *survenance de l'invalidité* a été soulevée dans une affaire concernant la formation scolaire spéciale; à cet égard, le passage du jardin d'enfants spécial à l'école spéciale (à l'âge usuel) ne constitue pas un nouveau cas d'assurance (ATF 105 V 58 = RCC 1979, p. 488).

Le problème des *risques de la réadaptation* et de l'étendue de la responsabilité de l'assurance s'est présenté dans le cas d'un assuré souffrant d'affections dues à l'usage de moyens auxiliaires remis par l'AI (en l'occurrence, des prothèses; arrêt L. du 17 décembre 1979).

En matière de *mesures médicales*, une ostéotomie basale du métatarse en présence de pieds creux ne constitue pas une mesure de réadaptation (ATF 105 V 139). Un arrêt rappelle les conditions de l'octroi de mesures médicales à des mineurs souffrant de graves troubles psychiques, au regard notamment de la pratique administrative (ATF 105 V 19 = RCC 1979, p. 556). Dans le domaine des *infirmités congénitales*, le Conseil fédéral jouit d'une large compétence, s'agissant de déterminer, parmi les infirmités congénitales au sens médical, celles pour lesquelles des mesures médicales doivent être accordées (infirmités congénitales au sens de la LAI; ATF 105 V 21 = RCC 1979, p. 429).

Les *moyens auxiliaires* remis lorsqu'ils sont le complément important de mesures médicales de réadaptation doivent aussi l'être lorsque la mesure médicale n'a pas été exécutée pour le compte de l'AI; ce qui est déterminant, c'est que les conditions de la prise en charge de la mesure par cette assurance eussent été remplies (ATF 105 V 147 = RCC 1980, p. 252). Un arrêt examine la portée de la délégation faite au Conseil fédéral, respectivement au Département fédéral de l'intérieur, de dresser la liste des moyens auxiliaires (arrêt G.J. du 6 novembre 1979, RCC 1980, p. 214). La liste de l'annexe à l'OMAI est limitative dans la mesure où elle énumère les catégories de moyens auxiliaires entrant en considération. En revanche, il faut examiner pour chacune de ces dernières si l'énumération donnée est également exhaustive ou si elle n'a qu'un caractère indicatif (ATF 105 V 23 = RCC 1979, p. 225). Le tribunal a modifié la jurisprudence, s'agissant de la notion d'activité permettant de couvrir les besoins, décisive pour l'octroi de véhicules à moteur et véhicules d'invalides (ATF 105 V 63 = RCC 1979, p. 497).

Il n'y a pas d'*adaptation* d'une garantie de prise en charge de frais au *nouveau droit*, plus restrictif, lorsque cette adaptation serait de nature à compromettre le succès d'une mesure de réadaptation en cours (ATF 105 V 145 = RCC 1980, p. 258).

Dans le domaine des *rentes*, un arrêt expose comment appliquer la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité d'un assuré actif (ATF 105 V 151). Le versement simultané d'une rente de veuve et d'une rente complémentaire de l'AI pour l'épouse n'est pas possible; la veuve qui épouse un rentier de l'AI a droit à la rente de veuve jusqu'à la fin du mois durant lequel elle se remarie (ATF 105 V 127 = RCC 1980, p. 169).

Pour déterminer le moment de la naissance du droit à l'*allocation pour impotent*, il faut appliquer par analogie les règles concernant la naissance du droit à la rente (ATF 105 V 66 = RCC 1980, p. 61).

En matière de *revision*, le tribunal a précisé quelles sont les bases de comparaison, lorsqu'une rente est révisée après que la décision l'ayant accordée à l'origine eut été confirmée à plusieurs reprises; quand l'administration a révisé une rente sans que les conditions mises à cette mesure soient réalisées, le juge peut le cas échéant confirmer néanmoins la décision de revision pour le motif que l'acte ayant accordé la rente était sans nul doute erroné et que sa correction revêt une importance appréciable (*substitution de motifs*; ATF 105 V 29

= RCC 1980, p. 58). Un arrêt examine la question du moment de la naissance du droit à la prestation augmentée, en cas d'aggravation de l'incapacité de gain (arrêt J.G. du 21 novembre 1979). Les dispositions concernant la revision des rentes et allocations pour impotent de l'AI valent aussi, par analogie, pour la revision de prestations accordées sous forme de mesures de réadaptation (ATF 105 V 173 = RCC 1980, p. 256). Le tribunal a par ailleurs posé les critères de délimitation du domaine d'application des règles relatives à la revision, d'une part, et de celles relatives à la *restitution des prestations touchées indûment*, d'autre part, en soulignant le rôle que peut jouer en cette matière la circonstance que la faute constatée après coup dans le cadre d'une procédure de reconsideration concerne une question analogue à celles que pose le droit de l'AVS ou au contraire une question spécifique du droit de l'AI (ATF 105 V 163 et 173 = RCC 1980, pp. 120 et 256).

En matière de *conventions internationales*, sont assurées au sens des prescriptions du droit suisse non seulement les personnes qui sont au bénéfice d'une pension autrichienne lors de la survenance du cas d'assurance, mais aussi celles qui pourraient prétendre une telle pension (ATF 105 V 13 = RCC 1980, p. 117). Un arrêt examine la question du droit d'un ressortissant grec à une rente extraordinaire d'invalidité et à une allocation pour impotent lorsque le requérant réside en Suisse exclusivement pour le traitement de son affection; pour décider si un tel requérant est domicilié en Suisse, on ne peut se contenter de considérer seulement le lieu de domicile suivant les règles du droit civil: il faut encore que l'intéressé ait effectivement en Suisse le centre de ses intérêts (ATF 105 V 163 = RCC 1980, p. 120).

c. Prestations complémentaires à l'AVS/AI

Un arrêt indique comment calculer le *revenu déterminant*, en cas de succession indivise, s'agissant du produit de la fortune mobilière et immobilière, de l'intérêt des dettes et des frais d'entretien des bâtiments (ATF 105 V 68 = RCC 1979, p. 500). Un autre expose quand il est permis de déroger à la règle de la répartition à parts égales du loyer d'un appartement loué en commun, à l'occasion de ce calcul (arrêt E. J. du 6 novembre 1979).

Un litige a fourni l'occasion de préciser que l'indication de la date à partir de laquelle les prestations sont allouées exclut en principe un droit à ces prestations pour la période antérieure et d'examiner en outre ce qu'il faut entendre par «notification d'une décision de rente de l'AVS ou de l'AI», en matière de *paiement d'arriérés* (arrêt R. K. du 28 novembre 1979).

Dans le domaine de l'*obligation de restituer les prestations touchées indûment* incombant à des héritiers et de la *remise* de cette obligation, une affaire a amené à examiner différents problèmes: solidarité; prescription du droit de demander la restitution de l'indu au cours de la procédure de remise, lorsque la décision exigeant le remboursement est passée en force (ATF 105 V 74 = RCC 1980, p. 220).

La sécurité des informations en comptabilité

1. Généralités

La sécurité des données est une nécessité dont on ne s'est vraiment convaincu qu'avec l'apparition de leur traitement électronique, bien qu'il ait toujours été d'actualité de se prémunir contre toute perte ou destruction. Il est vrai que les possibilités étaient, à cet égard, assez limitées en comptabilité classique. Les principales précautions consistaient à placer le fichier comptable dans des armoires antifeu et à mettre les journaux et les listes de soldes et d'arriérés en lieu sûr, à bonne distance.

Grâce à la technique informatique et notamment à la possibilité de copier les supports d'informations magnétiques, de nouveaux moyens ont été découverts pour réaliser la sécurité des informations. Les procédés étudiés en détail ci-après ne font que répondre à une seule et même question : Comment réaliser la sécurité des informations de comptabilité principale et de comptabilité des affiliés, contenues dans un support magnétique, en les protégeant contre toute perte et tout dommage au sens du N° 21 des directives sur la comptabilité et les mouvements de fonds des caisses de compensation ? Nous évoquons donc divers moyens de reconstituer les informations à peu de frais dans l'éventualité d'une panne de système ou d'un défaut technique du support, sans pour autant prétendre être exhaustifs.

2. La sécurité des informations dans un système comptable combinant des comptes classiques et des supports magnétiques

Afin de pouvoir profiter, même avec un système à comptes classiques, des avantages de la technique informatique, on annexe de plus en plus souvent aux automates comptables des unités de supports magnétiques (cassettes, minidisques, bandes ou disques magnétiques). Ces unités servent à l'enregistrement de certaines données contenues dans le compte classique, comme aussi d'autres informations, et permettent d'exécuter ainsi certains travaux indépendamment de la comptabilité. Par exemple, c'est à l'aide de ces supports que les caisses AVS résolvent différents problèmes posés dans le domaine des relevés de compte : procédure de relance et de sommation aux affiliés qui ne s'acquittent pas à temps, établissement de listes d'arriérés et d'adresses, et – à partir de chiffres cumulés – facturation de la différence entre les cotisations personnelles et les acomptes perçus, décompte final de cotisations paritaires, statistiques. S'il advenait, par accident, en l'absence de toute mesure de sécurité, que les informations contenues dans un support ne puissent plus être

interprétées, il ne resterait alors plus qu'à les reconstituer au prix d'un long et fastidieux travail à partir des fiches de compte.

Il est donc indispensable de faire périodiquement des copies des supports magnétiques, l'état récent remplaçant au fur et à mesure l'état antérieur. En outre, les pièces comptables et les journaux concernant les informations enregistrées après la dernière copie doivent être conservés à part jusqu'au moment où une copie plus récente les englobe. Ainsi, en rajoutant à la dernière copie du support les mutations qui n'y sont pas encore incluses, on peut reconstituer en assez peu de temps l'état actuel du fichier. Comme les fiches comptables ne sont pas touchées par ces pertes d'informations, lors du réenregistrement des données dans le support magnétique, on se sert de comptes et de journaux auxiliaires qui ne doivent pas être mêlés à la comptabilité. Si l'unité équipant un automate comptable ne comporte qu'une seule station – rendant ainsi toute copie impossible – on s'arrange pour que la sécurité soit assurée par quelque autre moyen. La meilleure solution consisterait toutefois à munir l'automate d'une deuxième station.

3. La sécurité des informations dans un système comptable informatique

Contrairement au système comptable classique, l'informatique n'utilise plus que des supports d'informations magnétiques. L'accès aux informations des comptes se fait en général par écran; cependant, les comptes doivent être imprimés en clair ou reproduits sur microfilms ou microfiches en tout cas pour la clôture annuelle. Ce genre de comptabilité exige une sécurité des données bien conçue, car la perte d'informations pour des raisons propres au hardware ou au software peut se produire en tout temps. Bien qu'il existe suffisamment de publications sur les mesures de sécurité à prendre en matière d'informatique, il faut souligner ci-après quelques points spécialement importants.

3. 1. Dans le traitement par lot – Batch processing

La mise à jour des fichiers se fait par le principe dit «des générations». C'est selon le même principe que l'on reconstitue des informations ou des fichiers partiellement ou totalement détruits. A un fichier servant de point de départ (1^{re} génération), on rajoute les mutations survenues ultérieurement et on obtient le nouveau fichier (2^e génération). L'intégration des mutations ne doit intervenir qu'après avoir fait une copie du fichier de 1^{re} génération, ceci afin de prévenir toute défaillance du système lors du transfert des dites mutations. On fait alors une copie du nouvel état du fichier. La fréquence des mises à jour de fichiers dépend du nombre de mutations. Plus les données subissent de mutations, plus le fichier nécessitera de mises à jour.

Si le support contenant les mutations subissait des dommages avant l'intégra-

tion de ces dernières dans le fichier, il ne resterait plus alors qu'à répéter la saisie des données. Pour ce faire, il est important que la période à laquelle se réfèrent les informations ait été préalablement bien définie, afin d'éviter la double intégration de mutations au fichier.

3. 2. Dans le traitement en direct – On-line

Les mesures de sécurité esquissées pour le Batch processing ne sauraient être reprises telles quelles dans un système de traitement On-line. Dans cette solution, les informations nouvelles sont directement intégrées et «actualisent» le fichier constamment, si bien qu'il n'existe pas d'état antérieur du fichier. De plus, au moment d'une panne éventuelle du système, un nombre élevé d'informations (files) sont en traitement et il est quasi impossible que le personnel desservant l'ordinateur puisse savoir si les modifications ont altéré l'état du fichier ou non. Néanmoins, en cas de panne, on peut reconstituer les données perdues en un temps relativement bref si l'on applique les moyens de sécurité suivants:

a. L'ensemble des fichiers est copié chaque jour. Les pièces comptables journalières concernant les informations enregistrées après la dernière copie sont conservées à part jusqu'à ce qu'une copie plus récente les englobe. En cas de perte d'informations, la répétition de la saisie serait limitée à la dernière journée de travail.

b. Les fichiers «actifs» sont copiés périodiquement. Les mutations intervenant après la dernière copie sont mémorisées dans un fichier de sécurité complémentaire (sauvetage journalier). Si le traitement des données doit être répété en raison d'une panne de système, on procède à la mise à jour de la dernière copie du fichier en lui rajoutant les mutations contenues dans le «sauvetage journalier».

Laquelle de ces possibilités est la plus adéquate? La réponse est fonction du volume des informations à traiter et de la durée acceptable d'immobilisation de l'ordinateur.

4. La mise en sécurité des supports d'informations magnétiques

Non seulement les états les plus récents, mais également les états antérieurs des fichiers doivent être conservés avec soin. Une copie du dernier état doit, en outre, être mise en sécurité hors de la maison, par exemple dans un safe bancaire. Il en va de même des programmes d'application. La codification des programmes et les instructions d'utilisation sont des documents précieux que l'on devrait toujours posséder en deux exemplaires, dont un déposé en lieu sûr. Quant aux fichiers couramment utilisés, l'armoire antifeu s'est avérée être la

meilleure solution de sécurité. Les ordinateurs sont généralement bien assurés; même les frais de reconstitution sont souvent couverts par la police d'assurance. Il n'en reste pas moins que les travaux de reconstitution sont si ardues et complexes que tout doit être entrepris pour réduire les risques. C'est là une attitude responsable.

5. Remarque finale

Bien que les commentaires ci-dessus concernent principalement la comptabilité, les règles de sécurité énoncées ici sont valables aussi dans d'autres domaines où l'on utilise des supports d'informations magnétiques. Cela concerne avant tout la tenue des CI et la gestion du registre des rentes. Et si les présentes réflexions ont pour effet d'inciter les caisses de compensation à étudier – selon leurs besoins – le problème de la sécurité des informations et à prendre les mesures nécessaires, cela permettra d'éviter des reconstitutions coûteuses, donc de réaliser aussi des économies de temps.

Problèmes d'application

Invalidité et chômage ¹

(Commentaire de l'arrêt du TFA en la cause D. A., du 8 octobre 1979, v. p. 261.)

Souvent, on signale à l'OFAS des cas dans lesquels l'assuré, pour cause d'atteinte à sa santé, ne peut plus effectuer les travaux pénibles habituels (par exemple dans la construction), mais serait capable d'exercer – pratiquement sans aucune entrave – une activité ne comportant pas d'efforts physiques. Dans ces cas-là, l'office régional AI est généralement chargé de chercher un emploi adéquat; cependant, il arrive souvent qu'il ne le trouve pas, l'intéressé n'ayant pas une formation suffisante (scolarité trop brève, pas d'apprentissage) ou ne disposant pas des connaissances linguistiques voulues, ce qui se voit la plupart du temps chez des étrangers. L'office régional propose alors souvent que l'on examine la question de l'octroi d'une rente AI.

Dans les cas de ce genre, on oublie parfois qu'en règle générale, l'assuré n'a pas droit à une telle rente lorsque l'impossibilité de lui procurer un travail

¹ Extrait du Bulletin de l'AI N° 211.

facile est due non pas à son état de santé, mais à des facteurs étrangers à l'invalidité, par exemple défaut d'intelligence ou de formation, difficultés à se faire comprendre. Selon l'arrêt D. A. (v. p. 261) de telles circonstances ne peuvent être prises en considération dans l'AI. Certes, il en résultera une situation pénible pour l'intéressé; de telles difficultés frappent souvent les saisonniers qui peuvent offrir leur collaboration, en Suisse, pour certains travaux seulement et se trouvent dans une situation embarrassante lorsque leur santé nécessite un changement d'occupation, en soi réalisable. Toutefois, dans de tels cas, une solution dans le cadre de l'AI est impossible. Si cette assurance acceptait d'assumer les conséquences d'un chômage causé par un manque de formation, cela aurait de graves conséquences. Elle ne peut pas davantage aider l'assuré par des mesures de réadaptation, puisque celles-ci ne sont pas nécessitées par l'invalidité (art. 8, 1^{er} al., LAI); il manque ainsi une condition légale essentielle lorsque l'assuré serait capable – compte tenu de sa santé – d'effectuer n'importe quel travail auxiliaire qui lui permettrait de se ménager, et lorsque des postes de ce genre sont libres sur le marché du travail. Dans de tels cas, l'assuré doit donc chercher lui-même un emploi ou s'adresser à un office du travail.

Pour déterminer l'étendue de l'incapacité de travail causée par une atteinte à la santé, on se fondera sur le rapport ou sur l'expertise du médecin. Lorsque l'office régional parvient à des conclusions apparemment divergentes, on ne pourra en tenir compte que si elles sont confirmées par un examen médical complémentaire, un tel examen devant être ordonné par le médecin de la commission AI si des doutes sérieux subsistent. La question de savoir quelles possibilités pratiques l'assuré aurait encore, malgré l'atteinte à sa santé, s'il avait une formation scolaire normale et des connaissances linguistiques suffisantes est souvent difficile à trancher. Des prononcés concernant de tels cas doivent être rendus à l'issue d'une séance de la commission AI; il est alors recommandable d'inviter le collaborateur de l'office régional qui s'est occupé du cas à prendre part aux discussions des spécialistes de ladite commission. Au besoin, un représentant de l'office du travail pourra être associé à ces discussions.

Mesures de réadaptation modifiées par suite d'un changement de situation ¹ (Arrêt de principe du TFA en la cause M. W., du 8 octobre 1979; v. p. 256.)

I. Revision

L'adaptation des rentes AI et allocations pour impotents à des situations modifiées est prévue par la loi. Selon l'article 41, 1^{er} alinéa, 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. Les dispositions d'exécution concernant les motifs de la revision, la date de la modification et la procédure à suivre se trouvent aux articles 86 à 88 bis RAI.

¹ Extrait du Bulletin de l'AI N° 211.

On s'est demandé si – et éventuellement de quelle manière – des mesures de réadaptation doivent être modifiées lorsque les circonstances ont changé. Le TFA a reconnu à ce propos que les prescriptions valables pour les rentes AI et allocations d'impotents sont applicables, par analogie, aussi à la révision desdites mesures. Il en résulte notamment que les mesures décidées ne peuvent en principe pas être modifiées, en procédure de révision, *avec effet rétroactif* aux frais de l'assuré. Est réservée cependant la restitution de prestations accordées si l'assuré a violé son obligation de renseigner l'assurance ou a obtenu ces prestations en faisant des déclarations mensongères. C'est pourquoi l'assuré n'est tenu de restituer des prestations – par exemple quand il s'agit du montant de bons de voyage touchés – que s'il les a mal acquis ou s'il a failli à son obligation de renseigner (art. 88 bis, 2^e al., et 77, 1^{er} al., RAI).

2. Reconsidération

Il faut faire une distinction entre l'adaptation des prestations par voie de révision et la reconsidération. Celle-ci consiste à revenir sur une ancienne décision, passée formellement en force, parce que cette décision s'est révélée, après coup, certainement erronée et que sa correction revêt une importance appréciable. Voici les règles valables ici:

– Si l'erreur qui amène à reconsidérer l'ancienne décision sur une rente AI concerne des faits ou éléments propres au droit de l'AVS (par exemple la nationalité, le domicile, la qualité d'assuré, les bases de calcul des rentes), la prestation touchée indûment doit être réduite, supprimée ou restituée avec effet rétroactif (art. 49 LAI et 47, 1^{er} al., LAVS);

– Si, en revanche, l'administration a manifestement mal apprécié des facteurs appartenant spécifiquement au droit de l'AI (par exemple l'évaluation de l'invalidité, l'appréciation de la nécessité et du caractère adéquat de mesures médicales ou professionnelles, de mesures de formation scolaire spéciale et d'allocations pour impotents), les prestations doivent être – sous réserve d'une violation de l'obligation de renseigner – révisées seulement pour l'avenir (art. 85, 2^e et 3^e al., RAI; voir aussi RCC 1980, p. 124).

Dépôt de moyens auxiliaires

A partir du 1^{er} avril 1980, l'Hôpital des Bourgeois, à Bâle, a confié le dépôt des moyens auxiliaires, qui était rattaché jusqu'à présent à sa division «Milchsuppe», à la «Genossenschaft für Hilfsmittel zur Eingliederung und Pflege von Behinderten, Kranken und Betagten» (coopérative des moyens auxiliaires pour la réadaptation et le traitement de personnes invalides, malades ou âgées), à Bâle également.

Voici la nouvelle adresse de ce dépôt:

Hilfsmittelzentrale
Dépôt AI
Spitalstrasse 40
4056 Bâle
Téléphone: (061) 57 02 02 (Genossenschaft).

Les renseignements téléphoniques sont donnés du lundi au vendredi, entre 8 h. et midi.

Le dépôt est ouvert mardi, mercredi et jeudi de 8 h. à midi.

Examens, transports, livraisons: de lundi à vendredi, selon accord.

L'annexe 1 des directives sur la remise de moyens auxiliaires est complétée en conséquence.

PC. Frais de traitement par acupuncture ¹

(Art. 3, 4^e al., lettre e, LPC)

Se fondant sur l'article 21, 1^{er} alinéa, de l'ordonnance III sur l'assurance-maladie, le Département fédéral de l'intérieur a décidé que le traitement par acupuncture ne constitue pas en lui-même une prestation obligatoirement à la charge des caisses-maladie, mais que la consultation médicale doit être payée lorsque l'acupuncture a été appliquée entièrement par le médecin en personne pendant la consultation. Les caisses-maladie paient selon le tarif de consultation valable. Les notes d'honoraires présentées séparément par le médecin à l'assuré pour un traitement particulier par acupuncture ne sont pas admises. Cette même réglementation est aussi valable pour calculer la PC d'assurés non affiliés à une caisse-maladie. Seuls les frais de consultation peuvent être pris en compte, soit 25 francs pour la première consultation et 17 francs pour chacune des consultations suivantes.

En bref

A propos du problème des épileptiques dans la circulation routière

Dans un arrêt rendu le 29 septembre 1978 (ATF 104 I b 179), le Tribunal fédéral s'est prononcé de la manière suivante sur la question de l'autorisation de conduire un véhicule à moteur accordée à un épileptique:

¹ Extrait du Bulletin des PC N° 53.

Selon l'article 8, 3^e alinéa, OAC (ordonnance réglant l'admission des personnes et des véhicules à la circulation routière), les épileptiques sont autorisés à conduire un véhicule automobile dans la mesure où un neurologue ou un médecin spécialisé dans le traitement de l'épilepsie délivre un certificat d'aptitude. Dans les examens médicaux, on attache une grande importance et l'on donne la préférence à l'EEG (électroencéphalogramme); toutefois, pour déterminer les aptitudes à conduire, il faut considérer aussi la personnalité de l'intéressé dans son ensemble. Si le risque d'une rechute n'est pas absolument exclu dans le cas des épileptiques, certaines conditions imposées, par exemple une restriction de l'aire de trafic, contribuent à réduire sensiblement ce danger. L'autorisation de circuler est accordée en principe après un laps de temps suffisamment long au cours duquel l'intéressé n'a pas eu de crises, et en prévoyant précisément que celui-ci devra remplir certaines conditions. Pour la question de sa santé, on peut se fier en général au jugement du médecin, à moins que ce dernier ne propose un examen complémentaire par un autre spécialiste. Une autorisation de circuler est exclue si le candidat a un caractère instable, superficiel ou peu sûr, ou si l'on a déjà constaté qu'il n'a pas pris ses médicaments et subi ses contrôles médicaux avec toute la ponctualité ou la régularité voulue. En outre, les personnes qui ont des crises fréquentes ne doivent pas être autorisées à conduire des véhicules à moteur. Enfin, les épileptiques en général ne devraient pas se voir confier, dans le domaine de la circulation routière, des fonctions qui comportent une responsabilité spécialement grande, par exemple devenir chauffeurs de taxi ou d'autobus.

Des films sur les problèmes du troisième âge

Souvent, le cinéma rend de grands services lorsque des problèmes de la vieillesse sont discutés ou que des réunions sont organisées à l'intention de personnes âgées. Les films présentés encouragent à prendre part à la discussion et créent un climat de solidarité.

Pro Senectute a publié récemment un catalogue «Filme zum Thema Alter»¹, où l'on trouve de nombreux titres de films consacrés au problème de la vieillesse et disponibles en Suisse. Pour chaque film, on a indiqué la longueur, les possibilités de prêt, le producteur etc.; le sujet est brièvement exposé, et l'on a ajouté quelques remarques critiques, sans oublier de préciser à quel public le film s'adresse particulièrement. Nonante films sont ainsi passés en revue; beaucoup d'entre eux sont parlés français. Toutes les personnes qui ont à s'occuper de problèmes de la vieillesse consulteront ce document avec profit.

¹ Fondation Pro Senectute, case postale, 8027 Zurich. Prix: 5 fr.

Bibliographie

A. Bürli: Einige Entwicklungstendenzen der Sonderpädagogik in der Schweiz. 27 pages. Série «Aspekte», N° 4. Editions de la Centrale suisse de pédagogie curative, Lucerne 1979.

Andreas Keiser: Besteuerung von Personalvorsorgeleistungen beim Arbeitnehmer, insbesondere bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses durch Stellenwechsel oder Pensionierung. Zürcher Beiträge zur Rechtswissenschaft, tome 513, 171 pages. Schulthess Polygraphischer Verlag, Zurich, 1977.

Attitude à l'égard des jeunes handicapés en Suisse alémanique. «Pro Infirmis», revue de réadaptation, N° 1, 1980, pages 2 et suivantes. Résumé français pages 16-21, résumé italien pages 21-28. Dans le même fascicule: **L'intégration des jeunes handicapés dans le système scolaire normal**, pages 42-43.

Die dritte Lebensrunde: gut vorbereiten, besser gestalten. Neue Erkenntnisse, Vorbereitungen, praktische Anregungen und Hilfen, Einsichten und Übersichten. Adapté pour la Suisse par Dominic Capeder. 96 pages. Editions Flamberg, Zurich, 1979.

Stadtführer für Behinderte «Basel» (Guide pour handicapés à Bâle). Deuxième édition revue et augmentée. Fédération suisse en faveur des handicapés moteurs, Feldeggstrasse 71, 8032 Zurich. On peut commander à la même adresse le **Guide pour handicapés de Genève**.

Interventions parlementaires

Question ordinaire Allenspach, du 4 mars 1980, concernant la politique à moyen terme en matière de sécurité sociale.

En date du 16 avril, le Conseil fédéral a donné la réponse suivante (cf. RCC 1980, p. 203):

«Le Conseil fédéral confirme sa déclaration du 29 août 1979 selon laquelle le rapport demandé par les postulats Gautier et Reverdin sera publié avant qu'il ne propose au Parlement une dixième révision de l'AVS. Le rapport traitera les problèmes démographiques,

financiers et économiques, dans le passé et dans l'avenir, de l'ensemble des assurances sociales, y compris donc ceux de l'AVS.»

Postulat Miville, du 4 mars 1980, concernant l'assimilation des fauteuils roulants électriques aux cycles

M. Miville, conseiller aux Etats, a déposé le postulat suivant:

«C'est avec étonnement et colère que la presse et les organisations d'invalides ont pris connaissance d'une décision du Conseil fédéral selon laquelle les usagers de chaises à moteur sur la route sont soumis, à partir du 1^{er} janvier 1980, à un examen semblable à celui qui est imposé aux personnes qui utilisent des cycles.

Les cycles roulent à une vitesse six à sept fois supérieure à celle des chaises à moteur, dont l'allure n'est guère plus rapide que celle des piétons. Mais ces chaises sont indispensables à leurs propriétaires non seulement pour leur permettre de participer à la vie professionnelle – ils en ont besoin pour se rendre à leur travail – mais aussi pour faire leurs commissions, établir des contacts, surmonter les difficultés qui ne leur sont guère épargnées et accroître cette joie de vivre, dont on ne saurait se passer surtout lorsqu'on est sur une chaise roulante...

Sur ce plan, il conviendrait d'épargner à ces personnes la peur de l'examen et l'interdiction d'utiliser leurs véhicules en cas d'échec. Le Conseil fédéral est invité à révoquer la disposition concernant l'examen.»

(7 cosignataires.)

Interpellation Günter, du 5 mars 1980, concernant l'assurance-chômage des invalides qui travaillent dans des ateliers protégés

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

«Le Conseil fédéral est invité à répondre aux questions suivantes:

1. A quel stade en sont les études relatives aux problèmes que pose l'AC de handicapés bénéficiaires d'une rente d'invalidité et qui sont employés dans des ateliers protégés?
2. Que pense-t-il entreprendre pour supprimer l'injustice criante dont sont victimes ces travaillleurs qui sont tenus de payer les cotisations d'AC, sans toutefois pouvoir bénéficier d'éventuelles prestations?
3. N'estime-t-il pas que la meilleure solution consisterait à faire appel à l'AC, en cas de baisse des commandes dans les ateliers protégés, pour permettre aux handicapés de continuer à travailler dans ces ateliers de manière utile, créative et dans des conditions décentes?
4. Quand prévoit-il de modifier l'ordonnance relative à la loi fédérale sur l'AC afin de remédier rapidement à la situation actuelle?»

La demande d'interpellation est appuyée par quatre membres du Conseil national.

Postulat Ott, du 6 mars 1980, demandant que les invalides utilisant des fauteuils roulants électriques soient dispensés de passer un examen semblable à celui des conducteurs de vélos à moteur

M. Ott, conseiller national, a déposé le postulat suivant:

«Les organisations d'invalides ont réagi avec une vive surprise à la publication d'une ordonnance du Conseil fédéral, qui prévoit l'obligation, pour les invalides qui doivent se déplacer au moyen d'un fauteuil roulant mû par un moteur électrique, de passer un examen semblable à celui qui est requis des conducteurs de vélos à moteur.

Un fauteuil roulant à moteur électrique ne se meut guère plus vite qu'un piéton (5-6 km/h). Il emprunte les trottoirs, les voies réservées aux piétons ainsi que les passages pour piétons lorsqu'il lui faut traverser la chaussée. Dès lors, il paraît logique que le droit sur la circulation routière assimile les utilisateurs de fauteuils roulants aux piétons et non aux conducteurs de vélos à moteur. Il en va autrement des fauteuils roulants qui sont munis d'un moteur à essence, car leur vitesse est plus élevée.

Les invalides qui sont contraints de recourir à un fauteuil roulant à moteur électrique ne devraient pas être importunés de surcroît par l'obligation de passer un examen de conduire. Le Conseil fédéral est par conséquent invité à reconsidérer son ordonnance dans l'esprit des remarques qui précèdent et à exempter les utilisateurs de fauteuils roulants actionnés par un moteur électrique de l'obligation d'acquiescer un permis de conduire.»

(25 cosignataires.)

Motion Zbinden, du 12 mars 1980, concernant les allocations familiales aux personnes sans activité professionnelle et exploitant de petites entreprises

M. Zbinden, conseiller national, a présenté la motion suivante:

«Le Conseil fédéral est chargé d'établir un rapport et de faire des propositions en vue de la révision partielle de la loi fédérale sur les allocations familiales aux travailleurs agricoles et aux petits paysans afin

1. de verser des allocations pour enfants en faveur de personnes sans activité lucrative et des petits indépendants,
2. de fixer une limite de revenu des ayants droit,
3. de financer ces allocations par la Confédération et les cantons,
4. de mandater les caisses cantonales de compensation de l'exécution et du versement des allocations,
5. d'indexer annuellement et équitablement les allocations pour enfants fixées par la loi fédérale au coût de la vie.»

(16 cosignataires.)

Informations

Motion sur la dixième révision de l'AVS

Le secrétariat de l'Assemblée fédérale a publié le communiqué suivant:

«Une commission du Conseil des Etats chargée d'examiner la motion déposée par Mme Cornelia Füg¹, conseillère nationale, et se rapportant à la dixième révision de l'AVS, a tenu séance sous la présidence de M. Hans Munz (TG), conseiller aux Etats, et en pré-

¹ Voir RCC 1979, pages 70 et 412.

sence de M. Hans Hürlimann, conseiller fédéral. Le Conseil national avait accepté trois points de cette intervention parlementaire sous la forme d'une motion, et transformé le reste en postulat. La commission vient de constater que les questions soulevées par M^{me} Füg seront obligatoirement examinées dans le cadre de l'ensemble de la dixième révision de l'AVS. La commission a toutefois estimé que cela devrait se faire au sein des organes compétents, indépendamment du texte rigide d'une motion. C'est pourquoi elle a décidé, à une forte majorité, de transformer l'ensemble de la motion en postulat, y compris les points qui avaient été acceptés sous la forme d'une motion par le Conseil national.»

Répertoire d'adresses AVS/AI/APG

Page 35, autorité de recours du canton du Jura:

Contrairement à ce que nous avons annoncé dans la RCC de mars, le transfert de ce tribunal a eu lieu.

Voici sa nouvelle adresse depuis le 3 mai:

Tribunal cantonal
Chambre des assurances
Case postale 9
2900 **Porrentruy 2**

Jurisprudence

AVS/Cotisations

Arrêt du TFA, du 14 novembre 1979, en la cause N. D.

Article 1^{er}, 1^{er} alinéa, lettre a, LAVS. La femme de nationalité suisse, domiciliée en Suisse et sans activité lucrative, épouse d'un fonctionnaire international étranger légalement excepté de l'assurance, a la qualité d'assurée et se trouve elle-même obligatoirement soumise à l'AVS/AI/APG fédérale.

Article 10, 1^{er} alinéa, LAVS. Les cotisations des personnes sans activité lucrative sont fixées d'après les conditions sociales de l'assuré, qui s'expriment par la fortune et le revenu sous forme de rente. Celui-ci s'entend de toutes les ressources périodiques qui influencent la situation sociale du débiteur des cotisations. (Considérant 2.)

La fortune de l'épouse étant prise en compte pour le calcul des cotisations du mari sans activité lucrative, réciproquement les ressources du mari doivent également être retenues lors de la fixation des cotisations de l'épouse individuellement assurée comme personne sans activité lucrative. (Considérant 4.)

Article 28 RAVS. Lorsque seul le salaire de l'époux détermine les conditions sociales de la femme, en l'absence de toute fortune et de tout revenu autre que celui du travail, il se justifie de compter ce salaire dans les « revenus sous forme de rente » de l'épouse. Par analogie avec la pratique administrative suivie dans l'assurance facultative des Suisses de l'étranger, le tiers du gain du travail de l'époux peut être regardé comme une ressource dont profite l'épouse. Sont réservées des situations spéciales (présence d'enfants, par exemple) qui pourraient entraîner l'application d'un autre taux. (Considéran^ts 5 et 6.)

Article 1^{er}, 2^e alinéa, lettre b, LAVS. L'épouse assujettie individuellement comme personne sans activité lucrative peut-elle, le cas échéant, demander son exemption de l'assurance suisse pour cause de double charge trop lourde, si les autorités suisses la considèrent elle aussi comme affiliée à l'institution d'assurance étrangère à laquelle est rattaché son mari? (Considéran^ts 5, lettre b, et 6.)

Articolo 1, capoverso 1, lettera a, LAVS. La donna di nazionalità svizzera domiciliata in Svizzera e senza attività lucrativa, moglie di un funzionario internazionale straniero dispensato legalmente dall'assicurazione, ha la qualità di assicurata e si trova lei stessa assoggettata obbligatoriamente all'AVS/AI/IPG federale.

Articolo 10, capoverso 1, LAVS. I contributi delle persone senza attività lucrativa sono fissati secondo le condizioni sociali dell'assicurato, espresse dalla sostanza e dal reddito sotto forma di rendita. Quest'ultimo comprende tutti gli introiti periodici suscettibili di migliorare la situazione sociale del debitore dei contributi. (Considerando 2.)

Poiché la sostanza della moglie viene presa in considerazione per il calcolo dei contributi del marito senza attività lucrativa, le risorse del marito devono essere reciprocamente ritenute al momento della fissazione dei contributi della moglie individualmente assicurata quale persona senza attività lucrativa. (Considerando 4.)

Articolo 28 OAVS. Quando soltanto il salario del marito determina le condizioni sociali della moglie, in mancanza di qualsiasi sostanza e di qualsiasi reddito tranne quello derivante dal lavoro, è giustificato di tener conto di questo salario nei « redditi sotto forma di rendita » della moglie. Conformemente alla prassi amministrativa seguita nell'assicurazione facoltativa degli Svizzeri dell'estero, il terzo del guadagno derivante dal lavoro del marito può essere considerato quale risorsa di cui approfitta la moglie. Restano riservate situazioni speciali (ad esempio figli), che potrebbero comportare l'applicazione di un altro tasso. (Considerandi 5 e 6.)

Articolo 1, capoverso 2, lettera b, LAVS. La moglie assoggettata individualmente come persona senza attività lucrativa può chiedere, all'occorrenza, l'esenzione dall'AVS/AI/IPG, invocando quale motivo un doppio onere che non si potrebbe equamente imporre, se le autorità svizzere la considerano pure affiliata all'istituto di assicurazione straniero cui è vincolato suo marito? (Considerando 5, lettera b, e considerando 6.)

N. D., ressortissante suisse dont le mari est fonctionnaire international étranger, a été assujettie par la caisse de compensation à l'assurance fédérale AVS/AI/APG comme personne sans activité lucrative; ses cotisations furent fixées dans une décision de taxation d'office pour les années 1973 à 1976, en date du 1^{er} août 1977. L'assurée s'est adressée à l'autorité cantonale de recours en demandant que le gain de son mari, excepté légalement de l'assurance suisse, ne soit pas compté, même partiellement (en l'espèce il le fut pour 50 pour cent), comme un « revenu sous forme de rente » déterminant ses cotisations au sens de l'article 10, 1^{er} alinéa, LAVS et de l'article 28, 1^{er} alinéa, RAVS. L'autorité cantonale de recours confirma que la recourante devait être assujettie comme personne sans activité lucrative à l'assurance suisse, en dépit de l'exemption légale de cette assurance accordée au mari, et admit, elle aussi, la prise en compte du gain du mari dans le revenu sous forme de rente, mais à raison de 40 pour cent seulement (au lieu de 50 pour cent.)

Saisi d'un recours de droit administratif formé par l'assurée, le TFA a partiellement admis le recours en énonçant les considérants suivants:

1. Suivant le jugement du 8 septembre 1976 de l'autorité cantonale de recours, qui n'a pas été attaqué, la Suisse domiciliée en Suisse qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont le mari étranger n'est pas affilié à l'AVS/AI/APG y est affiliée, elle, obligatoirement en vertu de l'article 1^{er}, 1^{er} alinéa, lettre a, LAVS. Comme elle n'est pas l'épouse d'un assuré, l'article 3, 2^e alinéa, lettre b, LAVS ne la dispense pas de cotiser. Ce jugement n'a à juste titre pas été déferé au TFA, car il était à l'évidence fondé au regard du texte clair de la loi. Semblable solution est au demeurant justifiée, si l'on pense au sort réservé aux épouses sans activité lucrative dans le domaine de l'assurance facultative.

2. En vertu de l'article 10, 1^{er} alinéa, LAVS, les assurés n'exerçant aucune activité lucrative paient une cotisation de 168 à 8400 francs par an « suivant leurs conditions sociales ». Ces montants étaient de 78 à 7800 francs de 1973 à 1978. 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, 1^{er} al., RAVS). Le TFA a toujours admis la légalité de cette solution (voir par exemple RCC 1965, p. 93, et 1969, p. 340; voir aussi ATF 99 V 145 = RCC 1973, p. 398; ATF 100 V 26 = RCC 1974, p. 442; ATF 100 V 202 = RCC 1975, p. 30; ATF 101 V 177 = RCC 1975, p. 306; ATF 103 V 49 = RCC 1976, p. 153; ATF 104 V 181 = RCC 1978, p. 30; RCC 1979, p. 346). La notion de rente doit être interprétée ici dans le sens le plus large: ce qui est décisif, c'est que les prestations en cause influencent les conditions sociales d'une personne sans activité lucrative (RCC 1975, p. 29).

La Cour de céans n'a pas eu l'occasion de se prononcer sur le rapport qui peut exister entre le revenu et la fortune du mari, d'une part, et les conditions sociales – au sens de l'article 10, 1^{er} alinéa, LAVS – de l'épouse, d'autre part. Elle n'a statué que dans la situation inverse, et

dit que la base de calcul des cotisations personnelles AVS/AI/APG dues par le mari sans activité lucrative s'étend aussi à la fortune de l'épouse (voir par exemple RCC 1969, p. 340; 1977, p. 402; arrêt M. B. du 13 septembre 1977, RCC 1978, p. 30, et ATF 103 V 49), fût-elle mariée sous le régime de la séparation de biens (ATF 98 V 92 = RCC 1972, p. 550; RCC 1977, p. 402; arrêt M. B.), cela même s'il se refuse à en tirer profit (arrêt M. B.) Elle comprend en outre la fortune des enfants mineurs et leurs revenus (ATF 101 V 177 = RCC 1976, p. 153; arrêt M. B.).

3. ... (Evocation des questions traitées sous considérants 4 à 6.)

4. Puisque les biens de l'épouse et ses revenus acquis sous forme de rente doivent être pris en considération pour arrêter la cotisation du mari sans activité lucrative, il est logique d'admettre la réciproque, à savoir que les biens du mari et ses revenus acquis sous forme de rente entrent dans le calcul de la cotisation de l'épouse sans activité lucrative. Car, dans les deux cas, la situation sociale du conjoint sans activité est influencée par les biens et revenus dont dispose l'autre conjoint.

5. a. Plus délicate est la question de l'inclusion du salaire de l'époux actif dans le calcul de la taxation de l'épouse non active. Aux termes de la disposition qui figure sous le N° 269 des Directives de l'OFAS sur les cotisations des travailleurs indépendants et des non-actifs, les revenus acquis sous forme de rente comprennent les revenus périodiques acquis en Suisse et à l'étranger qui ne sont ni le produit d'un travail, ni le rendement d'une fortune. L'énumération, à vrai dire exemplaire, qu'on trouve sous N° 270 ne mentionne pas le produit du travail du conjoint. Pourtant, dans sa réponse au présent recours, ledit office propose de tenir compte du salaire du mari de la recourante pour fixer la cotisation AVS de cette assurée. La contradiction entre cette proposition et les directives susmentionnées n'est qu'apparente: ces dernières se placent au point de vue des revenus périodiques dont jouit l'assuré sans activité lucrative et qui ont une autre source que l'entretien et le confort qu'apporte le conjoint. La prise en considération de cette dernière source de « revenu » provient plutôt de la pratique et de la jurisprudence. Or, dès l'instant où l'on admet que la personne mariée retire, dans le cours normal des choses, un avantage de la fortune et des revenus du conjoint et qu'on décide d'inclure cet avantage dans sa taxation AVS d'assuré sans activité lucrative, il est équitable de tenir compte du salaire du conjoint actif, non point directement mais indirectement, en vue d'évaluer la capacité de ce dernier de contribuer aux « conditions sociales » de l'assuré (RCC 1975, p. 29, déjà cité). Du moins en est-il ainsi lorsque, comme en l'espèce, seul le salaire de l'époux détermine les conditions sociales de la femme, en l'absence de toute fortune et de tout revenu autre que celui du travail. Sinon, par exemple, l'épouse suisse, sans activité ni fortune, d'un haut fonctionnaire international, assuré ailleurs qu'en Suisse, lui-même sans fortune avouée et sans autre revenu déclaré que son traitement, pourrait obtenir le bénéfice de l'AVS suisse moyennant la cotisation quasiment symbolique exigée des affiliés les plus déshérités. Il n'y a pas lieu de décider aujourd'hui ce qu'il serait advenu si l'époux de la recourante avait joui d'une fortune à côté de son salaire.

b. La recourante invoque certes, à l'encontre de la mise en compte du salaire de son mari, notamment les objections ci-après:

– En vertu de l'article 28, 2^e alinéa, RAVS, le revenu acquis sous forme de rente ne devrait être pris en considération que lorsque l'intéressé dispose aussi d'une fortune. C'est en effet ce qu'exprime la lettre de la disposition. Mais le TFA a toujours étendu l'application de cette dernière aux personnes qui ne disposent pas d'une fortune, mais seulement d'un revenu acquis sous forme de rente (voir par exemple ATFA 1949, p. 175 = RCC 1949, p. 473; ATFA 1952, p. 183, et 1956, p. 113; RCC 1956, p. 319, et 1958, p. 66; RCC 1959, p. 398; ATF 99 V 145 = RCC 1973, p. 398). Bien que ces arrêts ne justifient pas l'interprétation qu'ils donnent de l'article 28, 2^e alinéa, RAVS, il faut les confirmer. Il serait en effet contraire à l'article 10 LAVS de tenir les revenus comme dépourvus d'effet sur les conditions sociales des personnes sans fortune.

- L'épouse qui travaille uniquement au ménage devrait cotiser sur la valeur de ce travail et non sur celle du travail de son mari. Mais, dans le système de l'AVS et de l'AI, la ménagère est réputée personne sans activité lucrative (art. 5, 1^{er} al., et 28, 3^e al., LAI; art. 27 RAI). Il est donc exclu qu'elle cotise sur la valeur de son travail ménager.

- La ménagère mariée n'est pas soumise aux impôts communaux et cantonaux. Mais c'est aussi le cas, le plus souvent, de la femme mariée qui exerce une activité lucrative, dans ce sens qu'elle ne constitue pas un sujet distinct de droit fiscal. Au demeurant, la notion AVS du revenu sous forme de rente ne correspond pas forcément à celle du fisc, même fédéral (voir par exemple ATFA 1956, p. 113 = RCC 1956, p. 319; RCC 1968, p. 272, et 1975, p. 29).

- La conception de l'administration et du premier juge devrait conduire à calculer la cotisation des étudiants sans activité lucrative sur le revenu de leur père, ce qu'interdit l'article 10, 2^e alinéa, LAVS. Mais, précisément, le fait que le législateur ait astreint cette catégorie d'étudiants au seul paiement de la cotisation minimale, tandis qu'il ne l'a pas prévu pour les femmes mariées, montre qu'il entendait traiter les unes différemment des autres.

- La conception critiquée entraînerait des abus: il suffirait à une assurée de prendre un petit emploi à peine rémunéré pour échapper à une cotisation fondée sur une partie du traitement du mari. Mais l'objection vaut pour toutes les personnes sans activité lucrative. Elle concerne une pratique qui pouvait, le cas échéant, constituer dans le passé un abus de droit non protégé par la loi et qui, depuis le 1^{er} janvier 1979, se heurte aux dispositions expresses de l'article 28 bis RAVS.

- Il serait injuste de soumettre indirectement à cotisation, pour le compte de l'épouse, un homme que l'AVS a refusé de recevoir comme assuré, alors que par surcroît le ménage n'aura pas droit à une rente de couple. Mais la cotisation de la femme qui est mariée à un homme non assuré, de quelque manière qu'elle soit calculée, ne donne jamais droit à une rente de couple, de même qu'il n'existe en aucun cas une rente de veuf. Ce sont des règles de base qui, incontestablement, désavantagent certains conjoints. Pourtant, elles ont été voulues par le législateur.

La critique la plus sérieuse qu'on puisse faire au système attaqué dans le recours, c'est que, lorsqu'un conjoint, seul actif et exclu de l'AVS en vertu de l'article 1^{er} RAVS, cotise auprès d'une institution étrangère ou internationale de sécurité sociale, son gain est frappé d'une double cotisation, directement en ce qui concerne son assurance et indirectement en ce qui a trait à l'assurance de son conjoint. Or, il ne peut être exempté de l'assurance obligatoire suisse conformément à l'article 3 RAVS, puisque précisément il n'y est point affilié. Et son conjoint ne le pourrait à la rigueur que si les conditions d'assurance de l'institution étrangère ou internationale permettent aux autorités suisses de le considérer comme un affilié de ladite institution, bien que ne cotisant pas personnellement. Cette situation peu satisfaisante provient non pas du système instauré par les articles 10 LAVS et 28 RAVS, mais de la décision de soumettre à l'AVS obligatoire des conjoints de personnes assurées ailleurs qu'en Suisse. Il serait injuste, on l'a vu plus haut, de renoncer à tenir compte du salaire du conjoint de l'assuré sans activité lucrative. En revanche, il faut corriger les rigueurs du système en ne prenant en considération qu'une partie du salaire en question et peut-être même en recourant, lorsque c'est possible, à l'exemption de l'assurance pour double charge trop lourde.

6. La caisse de compensation avait estimé à une demie la part du salaire qu'un homme est censé consacrer à sa femme. L'autorité cantonale de recours a réduit cette proportion à 40 pour cent, par analogie avec les règles posées par le Tribunal fédéral en matière de calcul des indemnités dues, selon le droit civil, à la veuve pour perte de soutien. Afin de tenir compte des problèmes de double cotisation, mentionnés au considérant 5, lettre b, ci-dessus, et d'unifier la pratique, il se justifie d'adopter ici le taux d'un tiers pratiqué dans l'assurance facultative des Suissesses sans activité lucrative domiciliées à l'étranger et dont le mari n'est pas assuré en Suisse (chiffre marginal 55 des Directives concernant l'assurance facultative des ressortissants suisses résidant à l'étranger); cela sous réserve de situations

spéciales, occasionnées par exemple par la présence d'enfants, ou résultant du fait que la part du salaire du conjoint actif affectant les conditions sociales de l'autre conjoint est beaucoup plus basse ou au contraire beaucoup plus élevée que ce tiers.

Il serait en revanche prématuré de décider aujourd'hui quand le conjoint suisse non actif d'une personne exemptée de l'AVS/AI/APG, mais cotisant sur son salaire auprès d'une institution sociale étrangère ou internationale, peut lui-même être réputé affilié à cette institution et demander, le cas échéant, d'être exempté de l'assurance obligatoire suisse pour charge trop lourde, en vertu de l'article 3 RAVS, au moyen d'une requête présentée à cette fin à l'administration.

7. ... (Le recours est admis partiellement. Réduction des frais de justice.)

AVS/Rentes

Arrêt du TFA, du 1^{er} juin 1979, en la cause H. R.
(traduction de l'allemand).

Article 23, 2^e alinéa, LAVS. L'octroi d'une rente de veuve à la femme divorcée est entre autres soumis à la condition que l'obligation d'entretien de l'époux divorcé soit consacrée par le jugement de divorce ou par une convention que le juge civil a approuvée. Cela vaut aussi pour les cas de divorce prononcés en application du droit étranger. (Confirmation de la jurisprudence.)

Articolo 23, capoverso 2, LAVS. Il diritto della donna divorziata alla rendita di vedova è subordinato tra l'altro alla condizione che l'obbligo del coniuge divorziato di pagare una pensione alimentare sia fissato nella sentenza di divorzio oppure in una convenzione approvata dal giudice civile. Ciò vale anche per un matrimonio sciolto per divorzio secondo il diritto straniero. (Conferma della giurisprudenza.)

Extrait des considérants:

1. Une femme divorcée a droit à une rente de veuve, après le décès de son ex-mari, les autres conditions étant remplies, lorsque celui-ci était tenu de lui verser une pension alimentaire et que le mariage a duré au moins dix ans (art. 23, 2^e al., LAVS). Le TFA a affirmé, dans une jurisprudence constante, que ladite disposition de la LAVS est une prescription d'exception, ne permettant pas d'interprétation extensive (ATFA 1955, pp. 201 ss = RCC 1955, p. 420; ATFA 1969, p. 82). Il a reconnu notamment que l'obligation d'entretien du conjoint divorcé doit être consacrée par le jugement de divorce ou par une convention de divorce que le juge a approuvée (ATFA 1969, p. 81, avec références).

Dans l'espèce, il n'existe certainement qu'une convention extrajudiciaire sur ladite obligation incombant au mari de la recourante, divorcé puis décédé. On doit donc se demander seulement si les motifs allégués dans le recours de droit administratif peuvent inciter à s'écarter de la jurisprudence rappelée ci-dessus et appliquée pendant de longues années. Tel n'est pas le cas.

2. La recourante demande en particulier que la notion d'obligation d'entretien au sens de l'article 23, 2^e alinéa, LAVS soit interprétée selon le droit civil allemand. Cependant, le TFA a exposé avec une motivation détaillée, dans l'arrêt déjà cité du 27 janvier 1969 (ATFA 1969, pp. 81 ss), que vu les particularités du procès d'assurances sociales, notamment compte tenu de la maxime de l'intervention qui le régit, on ne peut se fonder sur le droit du pays d'origine de l'intéressé que dans des cas exceptionnels. Il semble justifié, en particulier, qu'une

disposition qui doit fréquemment être appliquée à des affaires internationales soit interprétée de telle manière que les organes chargés d'appliquer le droit puissent examiner les faits avec sûreté et si possible sans procéder à des démarches à l'étranger (pp. 83 ss). Le meilleur moyen d'atteindre ce but est d'interpréter l'article 23, 2^e alinéa, LAVS à la lumière du système établi par le droit civil suisse, selon lequel l'homme divorcé doit légalement verser une pension alimentaire à son ex-épouse seulement si une telle obligation est prévue par un acte judiciaire (jugement de divorce ou convention de divorce reconnue). Cette interprétation garantit une application du droit praticable et uniforme et peut empêcher des abus. Si les autorités des assurances sociales devaient d'abord chercher, en se fondant sur les normes de collision souvent contestées, l'ordre juridique applicable, puis examiner, d'après le droit matériel étranger qu'elles connaissent mal, la question des obligations d'entretien dans un cas donné, l'égalité de droit serait bien plus menacée que si l'on se fonde, pour trancher cette question, sur des critères uniformes qui ne peuvent tenir un juste compte de toutes les particularités des divers régimes nationaux... C'est avec raison que l'administration et l'autorité de première instance ont nié ici un droit à la rente de veuve.

AI/Réadaptation

Arrêt du TFA, du 7 septembre 1979, en la cause D. B.
(traduction de l'allemand).

Articles 12 et 21, 1^{er} alinéa, 2^e phrase, LAI. Les moyens auxiliaires énumérés dans cette dernière disposition doivent aussi être accordés lorsque la mesure médicale n'a pas été exécutée par l'AI. Ce qui est déterminant, c'est que les conditions de la prise en charge par cette assurance de la mesure médicale comme mesure de réadaptation aient été, en soi, remplies. (Confirmation de la jurisprudence.)

Articoli 12 e 21, capoverso 1, 2^a frase, LAI. I mezzi ausiliari enumerati nella seconda frase dell'articolo 21, capoverso 1, LAI devono essere pure accordati quando il provvedimento sanitario non viene eseguito per conto dell'AI. E determinante che i presupposti dell'assunzione della misura medica quale provvedimento sanitario d'integrazione dell'AI siano adempiti. (Conferma della giurisprudenza.)

L'assuré D. B., né en 1961, a été victime, le 22 mai 1974, d'une perforation de l'œil gauche. A la clinique ophtalmologique, les médecins ont d'abord soigné la plaie, puis ils ont procédé, à cause d'une lente diminution de l'acuité visuelle et de douleurs croissantes, à l'opération de la cataracte traumatique, cela à une date qui n'est pas connue. L'assuré a besoin, en raison de l'aphakie, d'un verre de contact pour l'œil gauche ainsi que d'une paire de lunettes à double foyer.

Par décision du 18 mars 1975, l'AI prit en charge le verre de contact gauche, mais refusa la remise d'une paire de lunettes à double foyer pour le motif qu'il s'agissait d'un appareillage de l'œil non touché par l'accident.

Le père de l'assuré recourut en concluant à la prise en charge d'une paire de lunettes à double foyer. Il fit valoir que contrairement à ce qui était dit dans la décision attaquée, son fils avait besoin d'une paire de lunettes pour être en mesure de lire également avec l'œil gauche. La commission AI estima, dans son préavis, que le verre de contact avait été octroyé à tort; les conditions mises à son octroi n'étaient remplies ni pour ce verre, ni pour les lunettes à double foyer.

L'autorité cantonale de première instance rejeta le recours par jugement du 13 juillet 1977. Elle alléguait que la mesure médicale (soins de la blessure et opération de la cataracte traumatique) visait le traitement des suites primaires de l'accident et qu'ainsi elle ne représentait pas une mesure médicale de réadaptation de l'AI, raison pour laquelle les lunettes ne pouvaient être considérées comme le complément important d'une telle mesure au sens de l'article 21, 1^{er} alinéa, 2^e phrase, LAI.

Le père de l'assuré a interjeté recours de droit administratif en concluant à l'annulation du jugement cantonal et à l'octroi des moyens auxiliaires.

La caisse de compensation a renoncé à donner son avis, et l'OFAS s'est abstenu de faire une proposition.

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

1. Selon 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, pour étudier ou apprendre un métier ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle. Les frais de prothèses dentaires, de lunettes et de supports plantaires ne sont pris en charge par l'assurance que si ces moyens auxiliaires sont le complément important de mesures médicales de réadaptation.

D'après la jurisprudence, il est indifférent qu'il s'agisse ou non d'une mesure exécutée aux frais de l'AI; ce qui est déterminant, c'est que les conditions de prise en charge en tant que mesure médicale de l'AI aient été remplies (RCC 1964, p. 248; 1965, p. 152).

Il faut donc examiner si l'opération de la cataracte traumatique, dont la prise en charge par l'AI n'a apparemment pas été demandée, peut être qualifiée de mesure de réadaptation au sens de l'article 12 LAI.

2. a. Selon 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. En règle générale, l'AI ne prend en charge que les mesures ayant pour but immédiat de corriger ou d'atténuer un état défectueux stable, permettant de prévoir le succès de la réadaptation requis par la loi (ATF 104 V 81, consid. 1; RCC 1978, p. 526).

Le traitement des suites de l'accident appartient en principe au domaine de l'assurance-accidents (art. 2, 4^e al., RAI; ATF 100 V 34, RCC 1974, p. 450). Cependant, les séquelles stables qui résultent d'un accident peuvent donner lieu à des mesures de réadaptation au sens de l'article 12 LAI, s'il n'existe pas de rapport étroit de connexité temporelle et matérielle avec le traitement primaire des suites de l'accident. Le rapport étroit de connexité matérielle existe lorsque la mesure médicale appliquée constitue une unité avec le traitement de l'accident. Pour trancher la question, il y a lieu de considérer uniquement le moment où s'installent les séquelles et non pas celui du diagnostic ou de l'exécution de la mesure. Une mesure qui était reconnue probablement nécessaire déjà pendant le traitement des suites de l'accident n'est pas une mesure de réadaptation de l'AI (ATF 102 V 70, consid. 1).

b. Dans l'espèce, et contrairement à l'opinion de l'autorité de première instance, l'opération de la cataracte traumatique ne peut pas être considérée comme le traitement des suites immédiates de l'accident. Seuls les soins à la blessure de l'œil gauche sont en rapport direct avec l'accident survenu le 22 mai 1974. Or ces soins constituent le traitement à proprement parler des blessures consécutives à l'accident. D'ailleurs, il ressort clairement du rapport de l'ophtalmologiste, établi le 7 janvier 1975, que l'opération de la cataracte traumatique n'a été exécutée que « plus tard », après « une lente diminution de l'acuité visuelle ». Il est vrai, comme le constate l'OFAS, que la date de l'opération n'apparaît pas dans le dossier. Cependant, cela n'est pas décisif; en effet, lorsqu'un rapport matériel étroit avec le traitement des suites de l'accident fait défaut, le rapport de connexité temporelle est sans importance.

3. Ainsi, puisque l'opération de la cataracte ne peut perdre son caractère de mesure médicale de réadaptation en raison d'un rapport étroit de connexité avec l'accident, on doit se

demander si ce caractère peut lui être attribué dans le champ d'application spécifique de l'article 12 LAI.

a. Le traitement opératoire de la cataracte grise ne vise pas la guérison d'un processus pathologique labile, mais vise à éliminer, par l'ablation du cristallin devenu opaque, donc inutile, une affection qui se serait, quoi qu'il en soit, stabilisée spontanément, au moins d'une manière relative (ATF 103 V 13, consid. 3 a, avec références; RCC 1977, p. 244).

b. Comme aucun élément du dossier ne laisse prévoir des répercussions négatives de l'accident sur l'importance et la durée du succès de la réadaptation (ATF 103 V 14 = RCC 1977, p. 243), l'opération de la cataracte traumatique effectuée chez le recourant mineur équivaut à une mesure de réadaptation de l'Al. Le TFA a déjà eu l'occasion d'exprimer cette opinion dans une affaire analogue (arrêt R. K. du 25 août 1964, RCC 1965, p. 152).

4. Il résulte de ce qui précède que les lunettes dont la prise en charge est demandée par le recourant sont le complément important d'une mesure médicale de réadaptation selon l'article 21, 1^{er} alinéa, 2^e phrase, LAI. Il y a lieu de préciser, à l'encontre de l'opinion exprimée par la commission Al dans son préavis adressé à l'autorité cantonale de recours, que le même raisonnement vaut pour le verre de contact (déjà remis), qui doit être assimilé à des lunettes, vu ses fonctions spécifiquement optiques (ATF 98 V 42, consid. 2; RCC 1973, p. 44).

Arrêt du TFA, du 19 novembre 1979, en la cause M. B.
(traduction de l'allemand).

Article 19 LAI. Une école privée qui donne le même enseignement qu'une école publique ne peut pas être une école spéciale. (Confirmation de la jurisprudence.)

Articolo 19 LAI. Una scuola privata il cui insegnamento è pareggiato a quello di una scuola pubblica non può essere una scuola speciale. (Conferma della prassi.)

L'assuré, né en 1961, souffre depuis sa naissance de strabisme concomitant convergent à droite, d'un colobome bilatéral de l'iris, de la choroïde et de la rétine, d'hypermétropie bilatérale, d'astigmatisme hypermétropique à gauche et d'amblyopie à droite. Il en est résulté, en plus, un développement psycho-moteur perturbé.

Depuis 1966, l'Al lui a accordé à plusieurs reprises des mesures médicales et pédagogico-thérapeutiques, ainsi que des moyens auxiliaires. En outre, l'assuré obtint, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1977/1978, des contributions (frais d'école, frais de pension, frais de voyage) pour sa formation scolaire spéciale à X.

Dans un rapport daté du 23 mars 1978, l'office régional Al, chargé de l'orientation professionnelle de l'assuré, proposa que l'Al accorde encore des subsides de formation scolaire spéciale pour une dixième année d'école (1978/1979). A défaut d'une autre possibilité, il proposa que cette année supplémentaire, qui semblait indispensable, vu les circonstances, soit accomplie dans le studio d'apprentissage de Z. La caisse de compensation rejeta cette demande par décision du 6 avril 1978. Les renseignements qu'elle avait pris lui avaient révélé, en effet, que ce studio possédait une autorisation d'enseigner en qualité d'école privée au niveau de l'école publique; une reconnaissance comme école spéciale au sens de la LAI était donc exclue par principe.

Par jugement du 23 mars 1979, l'autorité cantonale a rejeté le recours formé par le père de l'assuré contre cette décision. Dans ses considérants, elle a relevé, dans l'essentiel, que la reconnaissance d'une école comme école privée au niveau de l'école publique s'opposait par définition – ainsi que la caisse l'avait déjà noté avec raison – à une reconnaissance simultanée comme école spéciale conformément à la LAI. La pratique du Tribunal fédéral invoquée par le père, selon laquelle des subsides de formation scolaire spéciale peuvent

être accordés, exceptionnellement, même si l'institution en cause n'est pas qualifiée comme école spéciale au sens de l'AI, est périmée depuis longtemps.

Le père a interjeté recours de droit administratif en concluant à l'annulation du jugement cantonal et de la décision, et à l'octroi des subsides litigieux pour une 10^e année d'école. Il allègue que si l'on a choisi le studio de Z pour accomplir cette année supplémentaire indispensable, c'est seulement parce que l'on n'a pas trouvé d'autre solution pour atteindre le but visé. En outre, il se réfère au N° 26 de la circulaire – valable dès le 1^{er} janvier 1968 – sur la formation scolaire spéciale, au N° 16 du supplément 3 – valable dès le 1^{er} janvier 1977 – de la circulaire sur les mesures professionnelles de réadaptation, ainsi qu'à la jurisprudence du Tribunal fédéral déjà citée en procédure cantonale, contraire à la décision attaquée. Enfin, le recourant prétend que selon le N° 22 de la circulaire, valable dès le 1^{er} janvier 1979, sur la reconnaissance des écoles spéciales dans l'AI, rien ne s'oppose à la présente proposition.

Tandis que la caisse et la commission AI renoncent à se prononcer, l'OFAS s'est exprimé en concluant au rejet du recours de droit administratif.

Le TFA a rejeté celui-ci pour les motifs suivants:

1. a. Des subsides sont alloués pour la formation scolaire spéciale des mineurs éducatibles, selon l'article 19 LAI; ils comprennent notamment une contribution aux frais d'école (2^e al., lettre a), une contribution aux frais de pension, dans les cas où le mineur, pour recevoir ladite formation, ne peut prendre ses repas à la maison ou doit être placé hors de sa famille (lettre b), ainsi que des indemnités particulières pour les frais de transport à l'école qui sont dus à l'invalidité (lettre d).

La notion de formation scolaire spéciale est définie à l'article 19, 1^{er} alinéa, LAI, en corrélation avec l'article 8, 1^{er} alinéa, RAI. La teneur de l'article 19, 1^{er} alinéa, LAI (« Des subsides sont alloués pour la formation scolaire spéciale des mineurs éducatibles mais qui, par suite d'invalidité, ne peuvent suivre l'école publique ou dont on ne peut attendre qu'ils la suivent ») indique qu'une école publique ne peut être en même temps une école spéciale au sens de cet article; par conséquent, les écoles qui correspondent à la définition de l'école publique ne donnent pas droit aux subsides pour la formation scolaire spéciale.

Les écoles qui donnent aux enfants invalides un enseignement adapté à leur infirmité, au sens de cette définition, doivent être reconnues, selon l'article 26 bis, 1^{er} et 2^e alinéas, LAI, pour que leurs élèves aient droit aux subsides de l'AI. Le Conseil fédéral a confié au Département de l'intérieur (art. 24, 1^{er} al., RAI) la compétence d'établir des prescriptions sur l'autorisation d'exercer une activité à charge de l'assurance; en vertu de cette délégation, le Département a promulgué, le 11 septembre 1972, l'ordonnance sur la reconnaissance d'écoles spéciales dans l'AI (ORE), valable dès le 1^{er} janvier 1973. Selon l'article 3, 1^{er} alinéa, de cette ordonnance, la direction et le personnel chargés de l'instruction, de l'éducation et de l'application de mesures pédo-therapeutiques doivent posséder la formation spéciale et les aptitudes nécessaires à cette activité. L'OFAS a la compétence de reconnaître les écoles spéciales qui instruisent, en permanence, plus de quatre élèves ayant droit aux subsides prévus par l'article 19 LAI; dans les autres cas, cette compétence appartient au canton sur le territoire duquel l'école se trouve (art. 10, 1^{er} et 2^e al., ORE).

b. Les investigations effectuées par la caisse ont révélé que le studio de Z a reçu de la Direction cantonale de l'instruction publique une autorisation d'enseigner en qualité d'école privée au niveau de l'école publique. Or, une reconnaissance comme école spéciale au sens de l'article 19 LAI est exclue dans ces conditions. Le studio de Z n'a d'ailleurs pas obtenu de l'OFAS la reconnaissance en question. Donc, puisque cette institution n'est pas une école spéciale au sens de l'article 19 LAI, aucun subside de l'AI ne peut, par principe, être accordé pour sa fréquentation, ainsi que le TFA l'a déjà constaté dans un arrêt du 12 octobre 1977 (RCC 1978, p. 33).

2. Le recourant se réfère, pour motiver son droit, au N° 16 du supplément 3 à la circulaire sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel, du 1^{er} janvier 1977. Cependant, le 1^{er} alinéa de cette disposition prévoit que le comblement, effectué après coup, de lacunes

scolaires dues à l'invalidité ne fait partie de la formation professionnelle initiale que s'il représente une prestation accessoire nécessaire dans le cadre de cette formation. Cette condition n'est pas remplie en l'espèce. L'année scolaire supplémentaire accomplie par le recourant dans le studio de Z a servi en effet à le préparer à l'examen d'admission comme employé de laboratoire, et à rattraper son retard dans son développement personnel; pendant cette période, la formation professionnelle proprement dite n'avait pas encore commencé. Le comblement de lacunes scolaires ici visé ne représente donc pas une « prestation accessoire » dans le cadre de la formation professionnelle initiale.

Se lon le N° 16 du supplément 3 en question, au 2^e alinéa, l'AI peut accorder des prestations si, après l'accomplissement de la scolarité obligatoire, une postscolarisation (consistant en une formation scolaire spéciale supplémentaire) s'avère nécessaire pour pouvoir entreprendre une formation professionnelle initiale. Ainsi que l'OFAS le déclare avec raison, la nécessité d'une telle formation scolaire supplémentaire peut certes être admise en l'état du dossier; mais il ne s'agit pas d'une formation scolaire spéciale, puisque le studio de Z – comme déjà dit – n'est pas reconnu comme école spéciale, si bien que le N° 26 de la circulaire sur la formation scolaire spéciale, valable dès le 1^{er} janvier 1968, ne peut être appliqué ici. Le studio de Z pourrait-il éventuellement être reconnu en se fondant sur la règle spéciale du N° 22 de la circulaire sur la reconnaissance des écoles spéciales, du 1^{er} janvier 1979, comme le prétend le recourant? La question peut rester indécise, car une reconnaissance qui est seulement possible, sans avoir été effectivement accordée, ne suffit pas.

Arrêt du TFA, du 8 octobre 1979, en la cause M. W.
(traduction de l'allemand).

Article 41 LAI; articles 88 a, 1^{er} alinéa, et 88 bis, 2^e alinéa, RAI; article 47, 1^{er} alinéa, LAVS. Les dispositions de revision pour les rentes sont applicables par analogie à la réduction ou à la suppression des prestations de réadaptation en raison d'un changement des conditions. Aussi l'assuré n'est-il soumis à l'obligation de restituer le montant de bons de voyage touchés à tort que s'il les a mal acquis ou s'il a failli à son obligation de renseigner.

Articolo 41 LAI; articoli 88 a, capoverso 1, e 88 bis, capoverso 2, OAI; articolo 47, capoverso 1, LAVS. Le disposizioni di revisione per le rendite sono applicabili per analogia alla riduzione o alla soppressione delle prestazioni integrative a causa di una modificazione delle condizioni. Per questa ragione, l'assicurato è tenuto a rimborsare l'importo di buoni di viaggio indebitamente ricevuti soltanto se li ha ottenuti in modo illecito o se non ha adempito l'obbligo di informare.

L'assurée M. W., née en 1968, souffre d'un retard dans son développement physique et mental par suite d'une lésion cérébrale congénitale. L'AI lui a accordé, à partir de 1970, diverses prestations; de nombreuses décisions ont été rendues dans ce sens. Pour la fréquentation de l'école de pédagogie curative de X, la caisse de compensation a accordé au père, par décision du 21 décembre 1973, outre les subsides pour frais d'école et de pension, le remboursement des frais de voyage « avec personne accompagnante, pour le moment ». S'étant informée par téléphone auprès de l'école, la commission AI apprit, le 22 août 1974 et le 20 février 1975, que cet accompagnement sur le chemin de l'école était encore nécessaire. En revanche, le directeur de l'école, interrogé à ce sujet le 2 juin 1977, se déclara surpris de ce que l'AI prenne toujours en charge ces frais de voyage, l'assurée n'ayant plus besoin d'être accompagnée. Là-dessus, la commission AI suspendit la remise de bons de voyage pour la personne accompagnante, ceci jusqu'à ce que la question soit éclaircie (lettre du 16 juin 1977). Par décision du 2 août 1977, la caisse déclara que l'assurée n'avait plus besoin d'accompagnement depuis août 1976, selon les renseignements recueillis, si bien que les bons de voyage avaient été, à partir de cette date, délivrés à tort; elle demanda donc

le remboursement de leur valeur, soit 448 francs. Une demande de reconsidération ayant été présentée, la caisse réduisit cette somme à 230 francs parce que, d'après un nouveau rapport de l'école, l'assurée n'avait certainement pu faire les trajets seule que depuis janvier 1977 (décision du 4 novembre 1977).

Le recours formé contre cette décision a été rejeté par l'autorité cantonale (jugement du 9 mars 1978).

Le père de l'assurée a interjeté recours de droit administratif en concluant à la remise de l'obligation de restituer. Il déclare avoir reçu, en toute bonne foi, les bons en question, personne ne lui ayant dit qu'un accompagnement n'était plus nécessaire. La commission AI et l'OFAS ont conclu au rejet de ce recours.

Le TFA a admis celui-ci pour les motifs suivants:

1. a. Selon l'article 19, 2^e alinéa, lettre d, LAI et l'article 11, 1^{er} alinéa, RAI, l'AI assume les frais de transport nécessaires à la fréquentation de l'école spéciale ou publique et à l'application de mesures pédagogo-thérapeutiques, si ces frais sont occasionnés par l'invalidité. L'AI rembourse aussi les frais de voyage d'une personne qui doit, nécessairement, accompagner l'invalide (art. 11, 1^{er} al., en corrélation avec l'art. 90, 3^e al., RAI).

b. L'administration et l'autorité de première instance ont admis qu'il n'était plus nécessaire, depuis janvier 1977, de faire accompagner la recourante sur le chemin de l'école. Elles pouvaient se fonder, en admettant cela, sur les déclarations écrites du directeur de l'école, datant des 2 et 28 juin, 19 août et 8 septembre 1977. Dans son jugement, l'autorité de première instance dit avec raison que le directeur et le personnel de cette école étaient en mesure de porter le meilleur jugement sur la question de l'accompagnement de l'écôlière, puisqu'ils connaissaient les aptitudes de celle-ci et pouvaient faire des comparaisons avec d'autres enfants. Le fait que la recourante ait encore été accompagnée parfois en 1977 ne peut contredire leur témoignage, puisqu'il s'agissait seulement ici de quelques services rendus pendant une partie des trajets en autobus par des personnes qui, de toute façon, devaient effectuer ces trajets. D'ailleurs, le fait que quelques incidents se sont produits lorsque l'écôlière s'est mise à voyager seule ne peut être invoqué comme argument pour critiquer cette indépendance accordée à l'enfant, étant donné que dans de tels cas, des difficultés initiales – vaincues peu à peu – sont inévitables. Le père de l'assurée n'élève d'ailleurs plus aucune objection, dans son recours de droit administratif, contre la cessation de la remise des bons de voyage. La décision de caisse et le jugement cantonal ne peuvent donc être critiqués lorsqu'ils concluent que la recourante n'avait plus besoin d'être accompagnée sur le chemin de l'école dès le début de 1977.

2. a. Si le degré d'invalidité d'une personne qui touche une rente AI se modifie d'une manière suffisante pour influencer le droit à cette prestation, celle-ci doit être, selon l'article 41 LAI, augmentée, réduite ou supprimée en conséquence pour l'avenir. Cette disposition est aussi applicable par analogie à la révision de l'allocation pour impotent (art. 86 RAI). En cas d'amélioration de la capacité de gain ou de diminution de l'impotence, la modification propre à influencer le droit de l'assuré (lorsqu'il s'agit donc de réduire ou de supprimer la prestation) doit être prise en considération à partir du moment où l'on peut admettre qu'elle durera, probablement, assez longtemps; dans tous les cas, elle doit être prise en considération lorsqu'elle a duré trois mois sans interruption notable et se maintiendra encore selon toute vraisemblance (art. 88 a, 1^{er} al., RAI). Enfin, l'article 88 bis, 2^e alinéa, lettre a, RAI dispose que la réduction ou la suppression des rentes et des allocations pour impotents, par voie de révision, entre en vigueur au plus tôt le premier jour du mois qui suit la notification de la décision, à moins que le bénéficiaire n'ait obtenu ces prestations irrégulièrement ou ait manqué à l'obligation de renseigner qui lui incombe selon l'article 77 RAI (art. 88 bis, 2^e al., lettre b, RAI).

Ces prescriptions concernent seulement les rentes et les allocations pour impotents; en revanche, la révision des prestations de réadaptation, c'est-à-dire la réduction ou la suppression de telles prestations, résultant d'un changement survenu depuis leur octroi, n'est

pas réglementée expressément par la loi et le règlement. Il se justifie cependant de traiter ces cas de la même manière que les rentes et les allocations pour impotents et par conséquent d'appliquer par analogie l'article 41 LAI, ainsi que les dispositions d'exécution qui s'y rattachent, aussi à la revision des prestations de réadaptation.

Dans son jugement, l'autorité de première instance fonde sur l'article 47 LAVS (en corrélation avec l'art. 49 LAI) l'obligation de restituer. Cependant, cette disposition ne peut s'appliquer dans les cas de revision; elle n'est valable que si, d'une part, l'administration revient sur une décision formellement passée en force, parce que celle-ci se révèle sans nul doute erronée et que la correction revêt une importance appréciable (ATF 103 V 128, avec réf.; RCC 1978, p. 566) et si, d'autre part, le cas ne peut être jugé d'après l'article 85, 2^e alinéa, RAI. Cela dépend – ainsi que le TFA l'a reconnu dans l'arrêt J. C. du 13 août 1979 (RCC 1980, p. 124) – de la question de savoir si l'erreur qui a conduit à reconsidérer l'ancienne décision concerne des circonstances propres au domaine de l'AVS (par exemple la nationalité, l'état civil, le domicile, la qualité d'assuré, les bases de calcul de la rente ordinaire telles que le revenu moyen déterminant ou l'échelle de rentes) ou concerne un facteur appartenant typiquement à l'AI (par exemple l'évaluation du degré d'invalidité, la nécessité et le caractère adéquat des mesures médicales, professionnelles, scolaires, etc.); dans le premier cas, on appliquera l'article 47, 1^{er} alinéa, LAVS, et dans l'autre l'article 85, 2^e alinéa, RAI, éventuellement le 3^e alinéa.

b. En l'espèce, il s'agit incontestablement de la revision d'une prestation de réadaptation. Les circonstances ont subi une modification sensible, puisque l'accompagnement de la recourante sur le chemin de l'école a cessé d'être nécessaire au début de l'année 1977. La prise en charge des frais de voyage d'une personne accompagnante, accordée par décision du 21 décembre 1973, certes avec la mention « pour le moment », mais sans fixer un délai, ne peut donc être annulée que pour l'avenir. On n'a pas de raisons d'admettre que le père de la recourante ait obtenu frauduleusement cette prestation ou ait violé son obligation de renseigner l'assurance. Ainsi, la restitution de l'indemnité accordée de janvier à juin 1977 pour les frais de voyage de la personne accompagnante ne peut pas être exigée.

Arrêt du TFA, du 28 août 1979, en la cause M. H.
(traduction de l'allemand).

Articles 5, 5^e alinéa, 2^e phrase, et 90, 3^e et 4^e alinéas, RAI. On ne peut adapter une garantie de prise en charge des frais au nouveau droit plus restrictif, lorsque cette adaptation serait de nature à compromettre le succès de la réadaptation en cours.

Articoli 5, capoverso 5, 2^a frase, e 90, capoversi 3 e 4, OAI. Non v'è motivo di adeguare una garanzia di assunzione delle spese al nuovo diritto più restrittivo, se tale adeguamento sarebbe di natura a compromettere il successo del provvedimento d'integrazione in corso.

L'assuré M. H., né le 14 décembre 1959, souffre d'infirmités congénitales au sens de l'article 2, chiffres 184 et 390, OIC. L'AI lui a accordé des mesures médicales, des subsides pour la formation scolaire spéciale, des mesures pédago-thérapeutiques, un traitement logopédique, des contributions pour soins aux mineurs impotents (degré grave), ainsi que des moyens auxiliaires.

Le 17 décembre 1975, l'office régional AI préconisa la prise en charge d'un apprentissage de deux ans dans l'atelier de réadaptation de X, comme mesure de formation professionnelle initiale. Pendant la durée de cette formation, l'assuré devait loger dans un home, vu son état de santé. Par décision du 22 décembre 1975, la caisse de compensation communiqua au père de l'assuré que la commission AI avait octroyé les prestations suivantes:

« **Mesures professionnelles** selon tarif AI dès le printemps 1976 jusqu'au 31 décembre 1977: **Formation professionnelle initiale** dans l'atelier de réadaptation de X.

L'AI prend en charge les frais dus à l'invalidité de la manière suivante:

- Pour la nourriture et le logement dans le home d'Y, 48 francs par jour;
- Frais de formation, y compris repas de midi, selon tarif AI dans l'atelier de réadaptation de X;
- Frais de transport par taxi du home à l'atelier et retour;
- Pour les trajets en voiture pendant les congés avec les enfants d'un autre établissement, sur présentation d'une facture par celui-ci.»

Le 20 janvier 1977, la caisse rendit une nouvelle décision par laquelle elle confirma la prise en charge de la formation professionnelle initiale dans l'atelier de réadaptation de X pour la période qui s'étend du printemps 1976 au 31 décembre 1977, tout en modifiant la teneur de son acte administratif du 22 décembre 1975 comme suit:

«1. Dès le printemps 1976 jusqu'au 31 décembre 1976:

- Pour la nourriture et le logement dans le home d'Y, 48 francs par jour;
- Les jours de congé ou de vacances ne peuvent être mis à la charge de l'AI.

2. Dès le 1^{er} janvier 1977 jusqu'au 31 décembre 1977:

- Pour la nourriture et le logement dans le home, les frais effectifs, mais jusqu'à concurrence de 18 francs par nuit (modification légale dès le 1^{er} janvier 1977) ».

Le bureau de consultation d'une institution d'utilité publique recourut au nom de l'assuré, en concluant que la décision du 20 janvier 1977 devait être annulée «et que les frais de pension (48 fr. par jour) dans le home, accordés par décision du 22 février 1975, devaient continuer de l'être sans modification».

L'autorité de recours de première instance considéra que les prestations pour le séjour dans le home devaient être adaptées seulement le 1^{er} mars 1977 au nouvel article 5, 5^e alinéa, RAI entré en vigueur le 1^{er} janvier 1977. En outre, elle estima que depuis cette date, l'assuré avait droit non seulement à la contribution de base de 18 francs par jour pour le coucher, mais également à une contribution supplémentaire de 12 francs par jour pour une absence de plus de huit heures. C'est dans ce sens que la caisse devait rendre une nouvelle décision (jugement du 8 décembre 1977).

Le bureau de consultation a interjeté recours de droit administratif. Il considère que la limitation des frais de nourriture et de logement prévue à l'article 5, 5^e alinéa, RAI est contraire à la loi, et renouvelle les conclusions formulées en première instance. En plus, il y aurait lieu de préciser si le taux journalier de 48 francs vaut pour tous les jours facturés par le home ou seulement pour les journées de présence effective.

La caisse de compensation et l'OFAS proposent le rejet du recours.

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

1. Est litigieuse tout d'abord la question de savoir si l'assuré M. H. a droit à la prise en charge par l'AI d'un montant de 48 francs par jour pour la nourriture et le logement dans le home d'Y, jusqu'à fin 1977.

Le 1^{er} janvier 1977, l'article 5, 5^e alinéa, RAI est entré en vigueur, qui prévoit, entre autres, que pour les personnes se trouvant en formation professionnelle initiale, l'AI prend en charge les frais de nourriture et de logement hors du centre de formation, à condition qu'ils soient nécessaires et dûment prouvés, mais au maximum jusqu'à concurrence des prestations visées à l'article 90, alinéas 3 et 4, RAI. Selon l'article 90, 3^e alinéa, RAI, en plus des frais de transport et des frais accessoires indispensables, il y a lieu de rembourser le viatique. Son montant a été fixé, en vertu de l'article 90, 4^e alinéa, RAI, dans une ordonnance du Département fédéral de l'intérieur concernant la limite inférieure des frais en cas de formation professionnelle initiale et le viatique de l'AI. Le représentant de l'assuré tient cette ordonnance pour contraire à la loi, en particulier à l'article 16 LAI. La question de savoir si ce point de vue est fondé souffre de demeurer indécise en l'espèce, ainsi que les considérants ci-après le démontrent.

Par décision du 22 décembre 1975, la caisse de compensation a octroyé la prise en charge

d'une formation professionnelle initiale dès le printemps 1976 jusqu'au 31 décembre 1977. Cette prise en charge ne comprenait pas uniquement les frais de formation à proprement parler (dépenses pour l'acquisition des connaissances et aptitudes nécessaires), mais aussi, suivant la réglementation d'alors, «les frais de nourriture et de logement que ladite formation occasionne à l'assuré hors de chez lui» (art. 5, 3^e al., RAI ancien). La caisse de compensation s'est fondée sur la proposition de l'office régional AI du 17 novembre 1975, qui recommandait un apprentissage de deux ans. Cet apprentissage (ou plus exactement cette mise au courant) doit être considéré comme une mesure de réadaptation constituant une unité. C'est à ce titre que la commission l'a approuvé et octroyé. Si l'administration avait révoqué une partie de cette mesure avant son achèvement, le succès de la mesure dans son ensemble aurait été compromis. Cela aurait remis en question le but légal visé par la mesure, c'est-à-dire la réadaptation professionnelle de l'assuré. Il en résulte que l'administration n'a pas agi conformément à la loi lorsqu'elle a reconsidéré sa décision, passée en force, d'octroyer des prestations pour la nourriture et le logement dans le home pendant la formation professionnelle accordée jusqu'à fin 1977, et a réduit de 48 francs à 18 francs (ou 30 fr. d'après le jugement cantonal) les montants journaliers alloués à cet effet.

2. Est litigieuse en outre la question de savoir si la caisse de compensation était fondée à décider, le 20 janvier 1977, que l'AI ne peut rembourser les montants forfaitaires de 48 francs pour les jours de congé et de vacances, situés dans la période qui va du printemps 1976 au 31 décembre 1976. En effet, la caisse est ainsi revenue sur sa décision de décembre 1975, passée en force et par laquelle les montants forfaitaires de 48 francs par jour avaient été octroyés, sans réserve en ce qui concerne les jours de congé et de vacances, jusqu'à fin 1977.

D'après la jurisprudence, l'administration peut revenir sur une décision formellement passée en force, lorsque celle-ci était sans nul doute erronée et pourvu que la correction apportée revête une importance appréciable (ATF 103 V 128; RCC 1978, p. 565).

La raison de cette reconsidération résidait, selon la caisse de compensation, dans la réponse de l'OFAS à une question qu'elle avait posée le 7 octobre 1976; la caisse voulait savoir si le home pouvait facturer le montant forfaitaire des prestations pendant les vacances également. La réponse de l'OFAS fut la suivante (3 janvier 1977):

«Selon une pratique constante, seuls les frais par journée de présence effective peuvent être facturés... Nous sommes conscients que les assurés occasionnent des frais aux institutions même lorsqu'ils sont absents pour cause de vacances. Nous tenons compte, lorsque nous fixons un tarif, des jours de congé dans une mesure appropriée. Certes, il n'existe pas de convention tarifaire entre l'OFAS et le home concerné. Pourtant, si l'on tient compte des tarifs d'établissements analogues, il semble que le remboursement de 48 francs par jour pour la nourriture et le logement (sans repas de midi) se situe à la limite supérieure. On peut donc admettre que de cette manière, les frais pour les jours de vacances et de congé sont couverts.»

On ne saurait en conclure que le paiement au home d'Y, avec lequel il n'y a pas de convention tarifaire, d'un forfait pendant les jours de congé et de vacances soit sans nul doute erroné. Pour cette raison, la caisse n'aurait pas dû, en reconsidérant sa décision du 22 décembre 1975, limiter dans le temps le droit de l'assuré aux prestations forfaitaires.

AI/Rentes

Arrêt du TFA, du 8 octobre 1979, en la cause D. A.
(traduction de l'allemand).

Article 28, 2^e alinéa, LAI. Un assuré qui, pour des raisons de santé, ne peut plus pratiquer le dur métier de manœuvre qui était le sien mais qui, par contre, avec de la bonne volonté,

serait encore à même d'exercer une activité lucrative physique légère, n'est pas considéré – même s'il ne trouve pas de travail – comme entièrement invalide. Si c'est en raison d'un manque de formation qu'il ne peut pas être réadapté, l'AI n'a pas à en répondre.

Articolo 28, capoverso 2, LAI. Un assicurato che, per motivi di salute, non può più svolgere i lavori pesanti cui era addetto quale manovale, ma che invece sarebbe in grado, con la buona volontà, di esplicare un'attività lucrativa fisica leggera, non è considerato – anche se non trova lavoro – completamente invalido. Se per carenza di formazione non può più essere reintegrato, l'AI non è tenuta a risponderne.

L'assuré D. A., né en 1932, a fréquenté l'école primaire en Italie pendant deux ou trois ans. Ensuite, il travailla comme manœuvre dans l'agriculture. En 1955, il vint s'établir en Suisse, où il fut occupé d'abord dans une ferme, pendant quatre ans, puis une année dans une scierie. Plus tard, il trouva du travail dans le bâtiment, et resta au service de la même entreprise, comme manœuvre, pendant plusieurs années. En 1965, il se plaignit pour la première fois de douleurs dans le dos et la jambe droite. Depuis 1973, il se trouve constamment en traitement pour ces douleurs dorsales et pour une tuméfaction des articulations. Il souffre principalement d'altérations dégénératives avancées de la colonne vertébrale et des articulations, ainsi que d'adiposité. Il ne travaille plus depuis l'été 1975.

Au printemps 1976, l'assuré a demandé des prestations de l'AI. Ayant pris connaissance des rapports rédigés par le médecin du patient et par une clinique rhumatologique, la caisse de compensation a nié, par décision du 17 février 1977, un droit à la rente AI. L'assuré ayant recouru, l'autorité juridictionnelle annula cette décision par jugement du 7 juin 1977 et renvoya l'affaire à la commission AI pour complément d'enquête.

La commission fit examiner l'assuré par une polyclinique et par un Medas. Ces deux établissements parvinrent à la conclusion que l'assuré pouvait encore effectuer des travaux légers. En revanche, l'office régional estima qu'il ne pouvait pas être réadapté. Le 30 août 1978, la caisse rejeta de nouveau une demande de rente; le lendemain, la commission AI invita l'assuré à se présenter, pour un emploi, à l'office cantonal du travail. Cependant, les démarches de celui-ci en vue de procurer un emploi à l'intéressé n'eurent pas de succès.

L'assuré a recouru contre la décision du 30 août en concluant à l'octroi d'une rente entière; éventuellement, l'assurance pourrait lui accorder des mesures de réadaptation et une demi-rente. L'autorité de première instance, estimant que l'assuré n'était pas invalide à un degré suffisant pour ouvrir droit à une rente, rejeta le recours par jugement du 24 janvier 1979. C'est contre celui-ci qu'est dirigé le présent recours de droit administratif, émanant de l'assuré qui renouvelle sa demande de rente. Des obstacles d'ordre linguistique et l'absence d'une vraie formation s'opposent à une réadaptation professionnelle, qui paraît impossible. Contrairement à ce que pense le tribunal cantonal, ce n'est pas la bonne volonté qui lui manque pour travailler. A cet égard, il faudrait procéder au moins à une expertise psychiatrique, parce que, selon le rapport de la polyclinique du 13 octobre 1977, des troubles psychiques apparaîtraient au premier plan. L'assuré a droit sinon à une rente entière, du moins à une demi-rente.

La caisse a renoncé à se prononcer sur ce recours.

Selon l'OFAS, on ne peut dire avec certitude, d'après les pièces médicales du dossier, que l'assuré soit vraiment capable d'être placé en vue d'un travail à plein temps au sens de l'AI. Cependant, selon le rapport du Medas, il pourrait en tout cas effectuer des travaux légers à la demi-journée. L'OFAS a renoncé à présenter une proposition.

Le TFA a admis partiellement le recours pour les motifs suivants:

1. ...

2. Du 24 novembre au 7 décembre 1976, le recourant fut en observation dans une polyclinique de rhumatologie. Le médecin, se plaçant au point de vue de la rhumatologie, nia qu'il fût incapable de travailler; il nota cependant qu'il existait une telle incapacité pendant les

accès d'arthrite. En outre, le patient présentait des altérations psychiques, et elles étaient à considérer comme particulièrement importantes. Il fallait, selon le médecin, lui procurer un travail facile; sa capacité de travail était de 50 pour cent (rapport du 13 décembre 1976). Les 12 et 15 septembre 1977, le recourant se fit examiner dans une polyclinique médicale. Le médecin-chef de celle-ci évalua l'incapacité de travail à 50 pour cent, d'une manière durable, depuis décembre 1974, et considéra lui aussi que le recourant était capable d'effectuer un travail physique facile (rapport du 13 octobre 1977).

Du 6 juin au 4 juillet 1978, l'assuré séjourna dans un Medas (centre d'observation) pour y subir un examen approfondi de ses aptitudes. Le diagnostic suivant fut alors établi: Hyperuricémie, périarthrite scapulo-humérale droite, spondylose cervicale et lombaire, spondylarthrose et ostéochondrose avec scoliose par torsion convexe à droite, début de coxarthrose et de gonarthrose à droite, maladie de Bastrup et périostoses tendineuses, arthroses, hypertension artérielle, adiposité, déficience de la perception sonore, etc. Dans une expertise détaillée, du 24 juillet 1978, les médecins déclarèrent que les maux dont se plaignait l'assuré provenaient en grande partie d'une altération dégénérative avancée de la colonne vertébrale et des articulations. Dans ces conditions, il ne pouvait évidemment plus travailler à plein rendement comme manœuvre du bâtiment. Cependant, il devrait lui être possible d'assumer une activité moins pénible où il n'aurait pas à soulever de lourdes charges, ni à se baisser. Les médecins relevèrent expressément qu'il importait, pour des motifs d'ordre social, que le recourant travaille au moins à la demi-journée, sinon son oisiveté ne pourrait que lui nuire. A ce propos, ils évoquèrent aussi la consommation d'alcool par l'intéressé, car un autre médecin avait déjà souligné, dans son rapport (celui du 13 octobre 1977), que cette consommation devait absolument être restreinte. Dans son rapport du 9 décembre 1977, l'office régional a déclaré que les affections dont l'assuré souffre certainement sont probablement aggravées par des facteurs psychiques. L'assuré n'était pas en mesure d'effectuer des travaux exigeant peu d'efforts physiques, mais une certaine dextérité manuelle; ses difficultés linguistiques et son manque d'instruction restreignaient encore ses possibilités de trouver un emploi. Il ne pouvait, pour cause d'invalidité, être réadapté sur le plan professionnel. A la demande de la commission AI, l'office cantonal du travail s'efforça aussi, en automne 1978, de procurer un emploi à l'assuré, mais cette démarche échoua, et cela, selon toute apparence, au moins partiellement à cause du manque d'intérêt de l'assuré pour les places offertes. Certes, il a été prétendu, dans le recours de droit administratif, que l'assuré aurait envoyé à l'office du travail plusieurs confirmations relatives à des candidatures, mais cela n'est attesté par aucun acte écrit.

En résumé, on doit constater – sans qu'une expertise psychiatrique doive encore être demandée – en se fondant sur les examens détaillés qui ont été faits, notamment par la polyclinique médicale et par le Medas, que le recourant serait capable, avec de la bonne volonté et malgré ses maux, d'exercer une activité lucrative facile. Certes, sa capacité de travail est encore restreinte par le fait qu'il est pratiquement analphabète; mais l'AI ne saurait en porter la responsabilité. Tout compte fait, on peut admettre que le recourant, malgré son infirmité, pourrait obtenir un salaire qui dépasserait en tout cas un tiers – sans dépasser toutefois 50 pour cent – du gain qu'il pourrait toucher, étant en bonne santé, par son métier de manœuvre. Un tel salaire «valide» s'élevait en 1976 à 25 920 francs, selon une attestation du dernier employeur, datée du 19 juillet 1976; il ne semble guère avoir augmenté sensiblement jusqu'à la date déterminante, c'est-à-dire jusqu'à la date de la décision litigieuse du 30 août 1978. Par conséquent, l'assuré a droit à la demi-rente AI. La commission AI devra encore prier la caisse de compensation de fixer, par décision, le début du droit à cette rente et le montant de celle-ci.

Arrêt du TFA, du 16 août 1979, en la cause H. F.
(traduction de l'allemand).

Article 29, 1^{er} alinéa, LAI. L'octroi d'une rente AI entière selon la variante II suppose, outre une incapacité de gain des deux tiers au moins, également une incapacité de travail moyenne des deux tiers au moins pendant les 360 derniers jours.

En principe, le juge n'examine que la situation existant jusqu'à la date de la notification de la décision attaquée. Il peut également, pour des raisons d'économie de procédure, mais exceptionnellement, juger des faits qui se sont produits plus tard, si ces derniers sont établis d'une manière suffisamment précise.

Articolo 29, capoverso 1, LAI. L'assegnazione di una rendita intera d'invalidità secondo la variante II presuppone, oltre all'incapacità al guadagno di almeno due terzi, parimenti l'invalidità lavorativa media di due terzi almeno durante i 360 giorni trascorsi.

Il giudice esamina, di regola, solamente la situazione esistente fino alla data della notifica della decisione impugnata. Può anche giudicare, per motivi d'economia procedurale, ma in via eccezionale, fatti intervenuti più tardi, a condizione che quest'ultimi siano stabiliti in modo preciso.

L'assuré H. F., né en 1920, est entré en 1974 au service de la banque X. Son engagement définitif ayant été, plusieurs fois, remis à plus tard, la banque congédia l'assuré le 8 décembre 1976 pour fin juin 1977. Pendant le même mois de décembre, H. F. demanda des prestations de l'AI. Le 17 mai 1977, la banque informa la commission AI que l'assuré avait accompli la totalité de son travail jusqu'au 12 mai 1977, mais qu'il était, depuis lors, en traitement médical. Les médecins d'une policlinique psychiatrique déclarèrent, dans un rapport daté du 11 juillet 1977, que l'assuré, déjà traité naguère pour une grave psychonévrose, avait pu néanmoins, dans une certaine mesure, exercer sa profession assez longtemps. Son état s'était rapidement aggravé lors du décès de son épouse en 1972; depuis le 14 septembre 1976, il était de nouveau en traitement pour cette affection. Son incapacité de travail était d'au moins 75 pour cent si l'on prenait comme point de départ la date à laquelle le rapport avait été rédigé. Dans un nouveau rapport, daté du 10 octobre 1977, les médecins précisèrent que « depuis septembre 1976 jusqu'à notre expertise de mai 1977 », la capacité de travail était certainement inférieure à 50 pour cent; l'intéressé n'avait pu conserver son emploi aussi longtemps que grâce à la bonté de l'employeur. Le 15 novembre 1977, la caisse de compensation décida, conformément au prononcé de la commission AI, d'ajourner jusqu'au mois de mai 1978 l'octroi d'une rente, parce que la condition d'une incapacité de travail de la moitié au moins en moyenne pendant 360 jours n'était pas remplie; en même temps, elle conseilla à l'assuré de présenter une nouvelle demande en mai 1978 au cas où il serait encore, jusqu'à cette date, incapable de travailler dans une proportion de 50 pour cent au moins.

Le recours formé contre cette décision a été rejeté par l'autorité cantonale. Dans son jugement du 15 mars 1978, celle-ci déclare que la policlinique a, certes, indiqué un taux d'invalidité de 50 pour cent dès septembre 1976; cependant, ce qui est déterminant, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi, mais ce sont ses conséquences économiques. Etant donné que l'assuré a travaillé à plein rendement – selon les renseignements fournis par la banque de X – jusqu'au 12 mai 1977 et que son gain n'englobait pas de salaire social, la décision de caisse ne saurait être critiquée.

L'assuré a interjeté recours de droit administratif en concluant à l'octroi d'une rente AI entière dès le 1^{er} septembre 1977. Les motifs qu'il invoque seront exposés, si nécessaire, dans les considérants ci-après.

La caisse, elle, a conclu au rejet de ce recours. Quant à l'OFAS, il propose que le recours soit admis, étant donné qu'après l'expiration du délai d'attente de 360 jours qui a commencé le 14 septembre 1976, l'assuré présentait non seulement une incapacité moyenne de travail de deux tiers, mais aussi une incapacité de gain correspondante.

Le 1^{er} septembre 1978, l'avocat du recourant a informé le tribunal que la caisse de compensation avait décidé, le 28 août – en admettant un degré d'invalidité de plus de deux tiers – de verser une rente AI simple entière, avec des rentes d'enfants, à partir du 1^{er} mai 1978. Le TFA a admis partiellement le recours de droit administratif pour les motifs suivants :

1. 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. La demi-rente peut être accordée, dans les cas pénibles, même si l'invalidité n'atteint que la proportion d'un tiers au moins. L'article 29, 1^{er} alinéa, LAI dispose que le droit à la rente prend naissance dès que l'assuré présente une incapacité permanente de gain de la moitié au moins (variante I) ou dès qu'il a subi, sans interruption notable, une incapacité de travail de la moitié au moins en moyenne pendant 360 jours et qu'il présente encore une incapacité de gain de la moitié au moins (variante II). La rente est versée entièrement pour le mois au cours duquel le droit est né. Selon l'article 28, 2^e alinéa, le degré d'invalidité est déterminé au moyen d'une comparaison; le revenu du travail que l'assuré pourrait obtenir, après la survenance de l'invalidité et après l'application de mesures de réadaptation, en exerçant une activité raisonnablement exigible dans une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qui pourrait être le sien s'il était resté valide.

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré.

2. En l'espèce, il est incontestable que le recourant souffre d'une atteinte à sa santé au sens de l'article 4, 1^{er} alinéa, LAI et que le début du versement d'une rente éventuelle doit être fixé – puisque cette affection est certainement labile – d'après la variante II de l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI. Le point litigieux est de savoir si un droit à la rente était né avant la date de la décision (15 novembre 1977).

a. L'administration et l'autorité de première instance ont admis, apparemment, que le délai de 360 jours n'avait pas commencé à courir tant que le recourant travaillait encore à la banque. Dans le recours de droit administratif, cependant, il est dit très justement que seule l'incapacité de travail joue un rôle dans cette question de délai. Il faut entendre par là – en tout cas dans le cadre de l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI – la perte ou diminution de la capacité de rendement dans la profession habituelle ou le champ d'activité habituel, pour raisons de santé, tandis que les conséquences financières d'une telle perte sont en principe sans importance pour son appréciation pendant le délai d'attente (ATF 97 V 231).

Ainsi qu'il appert du rapport de la policlinique psychiatrique, du 10 octobre 1977, le recourant était de nouveau en traitement depuis le 14 septembre 1976; selon les médecins, son incapacité de travail a été, depuis lors, « jusqu'à la rédaction de notre rapport d'expertise en mai 1977 » (il s'agit sans doute du rapport demandé en mai 1977 par la commission AI et présenté finalement le 11 juillet), de 50 pour cent. Depuis ce moment-là, c'est-à-dire depuis le milieu de mai 1977 environ, l'incapacité de travail a atteint 75 pour cent (selon les rapports du 11 juillet 1977 et du 10 octobre suivant). Le fait que la capacité de rendement du recourant était déjà sérieusement diminuée, à cause de sa maladie, au temps où il travaillait à la banque est attesté aussi par la lettre de cet établissement, datée du 28 juin 1977 et produite lors du recours en dernière instance; elle avait d'ailleurs été citée dans le rapport de l'office régional du 28 octobre suivant. La banque avait déclaré, dans ce document, que des considérations d'ordre social (âge relativement avancé, charges de famille) l'avaient empêchée de congédier l'assuré beaucoup plus tôt; toutefois, il était devenu inévitable, finalement, de résilier ses rapports de service, mais en fixant – par égard pour lui – un délai de congédiement particulièrement long, soit près de huit mois. Compte tenu de ces déclarations non équivoques, on ne peut plus attribuer beaucoup de valeur au questionnaire rempli par cette banque – sans doute par simple routine – le 17 mai 1977, questionnaire dans lequel elle avait

nié l'existence d'un salaire social. D'après ce qui vient d'être dit, il faut admettre que dès le 14 septembre 1976, il existait une nette diminution de la capacité de travail au sens de la jurisprudence (ATF 104 V 143, consid. 2 a = RCC 1979, p. 283) et que, par conséquent, le délai d'attente avait, à cette époque, commencé à courir.

b. Comme déjà dit, le recourant a présenté une incapacité de travail de la moitié depuis la mi-septembre 1976 jusque vers le milieu de mai 1977, puis de 75 pour cent. Lors de l'expiration du délai de 360 jours, en septembre 1977, il y avait donc une incapacité moyenne de travail d'environ 58 pour cent. Etant donné qu'en outre, l'incapacité de gain était alors nettement supérieure à 50 pour cent – le recourant est au chômage depuis son congédiement et ne peut plus, selon le rapport de l'office régional du 28 octobre 1977, être placé dans le marché du travail, si bien qu'une comparaison des revenus est superflue – l'assuré a droit, dès le 1^{er} septembre 1977, à une demi-rente AI simple, ainsi qu'aux rentes pour enfants.

c. Le recourant objecte cependant qu'il a droit à une rente AI entière parce que son incapacité de gain dépassait les deux tiers lors de l'expiration du délai de 360 jours, et cela indépendamment du fait que l'incapacité de travail avait atteint, pendant ce délai, 50 pour cent, mais non pas 66 deux tiers pour cent. Cet avis, toutefois, est erroné. Selon les règles posées par la LAI, une incapacité de gain supérieure à 66 deux tiers pour cent ne peut justifier immédiatement l'octroi d'une rente entière – indépendamment de la durée et de l'étendue de l'incapacité de travail antérieure – que si la variante I de l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI est applicable. Dans tous les cas de la variante II, en revanche, la rente dépend aussi bien de l'étendue de l'incapacité de gain subsistant après l'expiration du délai que du degré (élevé en conséquence) de l'incapacité moyenne de travail pendant les 360 jours précédents. Une rente entière ne peut donc être accordée que si l'incapacité moyenne de travail, pendant ce délai, et l'incapacité de gain constatée ensuite sont supérieures à 66 deux tiers pour cent. La question soulevée par le recourant se pose d'ailleurs aussi, d'une manière analogue, dans les cas pénibles où est envisagé l'octroi d'une demi-rente, lorsque la variante II est applicable. Le TFA a décidé, dans de tels cas, qu'il n'est pas nécessaire, pour l'assuré, de présenter une incapacité de travail de la moitié au moins pendant 360 jours; il suffit qu'il ait été incapable de travailler, pendant ce délai, dans une proportion d'au moins un tiers en moyenne et qu'il continue à présenter une incapacité de gain du même degré (ATF 104 V 143, consid. 1 = RCC 1979, p. 283; ATF 99 V 97 = RCC 1974, p. 278).

d. En l'espèce, l'octroi de la rente entière ne peut donc entrer en ligne de compte que si l'incapacité moyenne de travail a été supérieure à 66 deux tiers pour cent pendant 360 jours et s'il subsistait une incapacité de gain de plus de 66 deux tiers pour cent. Avant la date de la décision litigieuse (15 novembre 1977), tel n'était pas le cas, et cela déjà pour la seule raison que l'incapacité moyenne de travail n'atteignait qu'environ 62,5 pour cent (six mois à 50 pour cent, six mois à 75 pour cent). Toutefois, si l'on peut admettre que le recourant présentait, aussi après cette date du 15 novembre, une incapacité de travail du même degré qu'avant, il faut conclure que l'incapacité moyenne de travail, pendant les 360 jours précédents, dépassait, peu après la date de ladite décision, soit à la mi-janvier 1978, la limite de deux tiers (jusqu'au milieu de mai 1977, quatre mois à 50 pour cent, puis huit mois à 75 pour cent.)

Selon la jurisprudence, le juge n'examine, en principe, que les circonstances antérieures à la date de la décision. Toutefois, dans l'espèce, il se justifie de tenir compte aussi, exceptionnellement, de la période postérieure au 15 novembre 1977. En effet, la communication du 1^{er} septembre 1978 indique que la caisse de compensation a accordé au recourant, le 28 août précédent, avec effet au 1^{er} mai 1978, une rente AI simple entière et des rentes d'enfants. En fixant le degré d'invalidité à plus de deux tiers, la commission AI se fondait sur un nouveau rapport médical que la policlinique psychiatrique avait rédigé le 28 juin 1978. Ce document révèle que le recourant présente encore, à cause de sa psychonévrose, une incapacité de travail de 75 pour cent et ne pourra probablement plus être réadapté. Donc, les circonstances ont été établies d'une manière suffisamment exacte pour la période qui suit la date de la décision litigieuse, jusqu'au début de la rente accordée le 28 août 1978;

par conséquent, on peut, déjà dans la présente procédure, porter un jugement sur le droit à la rente pendant la période en cause. Un renvoi de l'affaire à l'administration pour nouvel examen et nouvelle décision serait contraire, dans les circonstances présentes, aux règles de l'économie de procédure.

Puisque le recourant présentait, selon les médecins, une incapacité de travail de 75 pour cent aussi après le 15 novembre 1977, il en résulte que l'incapacité moyenne de travail pendant 360 jours a dépassé, en janvier 1978, la limite de deux tiers. A cette époque, l'incapacité de gain était certainement, elle aussi, supérieure à 66 deux tiers pour cent. Conformément à l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI, le recourant a donc droit à une rente entière dès le 1^{er} janvier 1978.

3. ...

AI/Contentieux

Arrêt du TFA, du 4 avril 1979, en la cause B. P.

(traduction de l'italien).

Article 25, 2^e alinéa, ODCR¹ ; articles 45 et 50 PA. L'acte de procédure par lequel le juge de première instance exige une avance de frais est une décision incidente; il doit contenir un exposé des moyens de droit.

Articoli 45 e 50 PA; articolo 25, capoverso 2, ODCR². La decisione procedurale con cui il primo giudice chiede il versamento di un anticipo spese è decisione incidentale e deve contenere l'indicazione dei rimedi di diritto.

B. P., citoyen italien, né en 1925, est rentré définitivement en Italie en 1970 après un long séjour en Suisse. Déjà pendant ce séjour, il avait été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité assortie d'une rente complémentaire en faveur de son épouse, prestations qui lui furent versées encore après son rapatriement. Par décision du 3 mars 1972, la Caisse suisse de compensation a réduit la rente de la moitié. A la demande de l'intéressé, la caisse a cependant reconsidéré le cas, mais elle a confirmé, par décision du 11 avril 1975, que l'assuré avait droit seulement à la demi-rente.

Le 2 mai 1975, B. P. a formé un premier recours contre la décision du 11 avril 1975 en relevant que son état de santé avait empiré. Le 28 février 1978, la Caisse suisse de compensation, appliquant l'article 58 PA, a pris une nouvelle décision par laquelle elle allouait à P. une rente entière d'invalidité dès décembre 1974 jusqu'au 31 octobre 1975. Le 3 mars 1978 (avant de présenter son préavis sur le recours), elle a adressé à l'assuré une lettre dans laquelle elle affirmait qu'à la suite d'une reconsidération de son cas et compte tenu de nouveaux certificats médicaux présentés par l'intéressé, elle le reconnaissait invalide dans une mesure supérieure à deux tiers entre novembre 1974 et octobre 1975 et, à partir du 1^{er} novembre 1975, dans une mesure de 50 pour cent. L'assuré a recouru contre cette décision le 20 mars 1978. Par acte de procédure du 22 juin 1978, le juge de première instance a demandé à B. P. une avance de frais. Il se référait, ce faisant, aux recours du 2 mai 1975 et du 20 mars 1978 et relevait que la loi permettait de mettre à la charge du recourant les frais de procédure en cas de recours interjeté à la légère ou, s'il avait son domicile à l'étranger, d'exiger une avance de frais. Le juge informa B. P. que son premier recours apparaissait sans objet, vu

¹ Ordonnance concernant diverses commissions de recours, du 3 septembre 1975 (RO 1975, p. 1642).

² Ordinanza concernente diverse commissioni di ricorso, del 3 settembre 1975 (RU 1975, 1642).

que sa demande avait été exaucée par l'octroi d'une rente entière jusqu'au 31 octobre 1975, et que son deuxième recours était pour le moins téméraire, vu le résultat des examens médicaux excluant une invalidité supérieure aux deux tiers selon le droit suisse. Il invitait dès lors l'assuré à verser la somme de 200 francs jusqu'au 14 juillet 1978 s'il estimait devoir maintenir les deux recours. Il l'avertissait qu'à défaut de paiement, il ne statuerait pas sur ces recours.

L'avance de frais réclamée par la décision du 22 juin n'ayant pas été fournie, le juge décida, par arrêt du 4 août 1978, de ne pas statuer sur le recours du 2 mai 1975, et classa l'affaire. Le TFA a admis partiellement le recours de droit administratif interjeté contre la décision du 4 août; voici ses considérants:

1. ...

2. ...

Selon l'article 58 PA, l'autorité inférieure peut, jusqu'à l'envoi de sa réponse, procéder à un nouvel examen de la décision attaquée. Si elle prend une nouvelle décision, elle doit la notifier sans délai aux parties et en donner connaissance à l'autorité de recours. Cette dernière continue à traiter le recours, dans la mesure où la nouvelle décision ne l'a pas rendu sans objet.

En l'espèce, bien que le juge de première instance se soit référé aux deux recours dans sa décision du 22 juin 1978 – qui ne contient aucune indication des moyens de droit – il a liquidé, par l'arrêt du 4 août 1978, seulement le premier recours, en déclarant qu'il ne statuerait pas sur celui-ci, mais n'a pas traité le deuxième. Le fait que la Caisse suisse de compensation ait procédé en appliquant l'article 58 PA ne saurait non plus faire apparaître le premier recours comme sans objet, parce que B. P. avait demandé davantage, dans son recours, que ce qu'il avait obtenu par la décision administrative du 28 février 1978.

S'agissant de deux procédures relatives à la même cause et en suspens devant le même juge, ce dernier aurait dû en ordonner la réunion (cf. Gygi: «Verwaltungsrechtspflege und Verwaltungsverfahren im Bund», 2^e éd., p. 51, lettre d, et Revue suisse des assurances sociales, 1978, pp. 26 et 27). La question de savoir si l'omission de cette réunion des deux recours, qui constitue en soi une violation du principe de l'économie de procédure, représente aussi une violation du droit fédéral peut demeurer indécise, puisque le jugement attaqué doit de toute façon être annulé pour les motifs suivants.

3. Bien que, dans l'Al (art. 69 LAI, en corrélation avec l'art. 85, 2^e al., LAVS), le principe de la procédure gratuite soit valable, il est possible à la Commission de recours de mettre les frais de procédure à la charge du recourant lorsque le recours se révèle «téméraire ou interjeté à la légère» (art. 25, 2^e al., ODCR). En outre, le recourant domicilié à l'étranger peut être obligé de faire une avance de frais de procédure (art. 64, 4^e al., PA).

Selon une jurisprudence constante, un recours n'est manifestement privé de toute chance d'aboutir, donc abusif, que s'il paraît exclu que le recourant puisse avoir gain de cause, même partiellement (ATF 98 V 119). En ce qui concerne la nature juridique de la décision d'avance de frais du 22 juin 1978 (Gygi: op. cit., p. 51, lettre c), il faut préciser qu'un tel acte rentre dans le cadre des décisions incidentes, qui, en principe, ne peuvent être attaquées séparément. De telles décisions peuvent cependant être attaquées séparément lorsqu'elles sont de nature à causer à l'une des parties un préjudice irréparable (art. 45, 1^{er} al., PA).

En l'espèce, B. P. a été invité par décision judiciaire à faire une avance de frais, et cela avec l'avertissement qu'à défaut de paiement, l'autorité de première instance ne statuerait pas sur son recours, mettant ainsi fin à la procédure sans juger l'affaire. Une décision comportant une telle menace constitue certainement une mesure propre à causer au recourant un préjudice irréparable. Certes, une telle décision n'est pas mentionnée dans l'énumération des décisions incidentes, séparément susceptibles de recours, à l'article 45, 2^e alinéa, PA. Cependant, cette énumération n'est pas exhaustive, ainsi qu'il appert de la teneur du 2^e alinéa. Si, d'après l'article 45, 2^e alinéa, lettre h, PA, on peut attaquer le refus d'octroyer l'assistance judiciaire gratuite, il faut, à plus forte raison, que l'on puisse, dans le domaine

des assurances sociales, attaquer séparément, par voie de recours de droit administratif, une décision qui demande une avance de frais. Cela vaut en particulier dans le domaine de l'AI, où, comme déjà dit, l'on applique le principe de la procédure de recours gratuite. Ainsi, la décision du 22 juin 1978 était une décision incidente et, partant, séparément susceptible de recours dans les dix jours dès la notification (art. 50 PA). Si P. ne l'a pas attaquée à temps, il ne peut en résulter pour lui un préjudice, car il manquait, dans cette décision, une indication des moyens de droit. Il faut donc statuer sur le recours dirigé contre le jugement qui prétendait mettre à exécution les menaces annoncées dans la sommation, même si ce recours a été interjeté tardivement.

Conventions internationales

Arrêt du TFA, du 8 novembre 1979, en la cause B. O.
(traduction de l'allemand).

Conventions de sécurité sociale. Une interprétation restrictive ou extensive, s'écartant de la teneur d'une disposition conventionnelle, ne peut entrer 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 contractantes a par mégarde été rendue de façon inexacte.

Convenzioni di sicurezza sociale. Un'interpretazione restrittiva o estensiva, scostantesi dal tenore di una disposizione convenzionale, può entrare in considerazione soltanto se è possibile dedurre con certezza dal contesto o dalla genesi di tale disposizione che l'espressione della volontà delle parti contraenti è stata resa, inavvertitamente, in modo inesatto.

Par décision du 22 décembre 1978, la caisse de compensation a refusé d'accorder à l'enfant B. O., ressortissant néerlandais, né le 23 février 1978 à Amsterdam, des mesures médicales pour le traitement d'une infirmité congénitale.

Le recours formé contre cette décision a été rejeté par jugement cantonal du 5 avril 1979. La mère a interjeté recours de droit administratif en renouvelant sa demande de mesures médicales. Elle allègue que si la naissance de son fils a eu lieu hors de la Suisse, c'est seulement par hasard. D'ailleurs, la notion de domicile est interprétée d'une manière trop restrictive. La caisse et l'OFAS concluent au rejet de ce recours.

Le TFA a rejeté celui-ci pour les motifs suivants:

1. Le tribunal de première instance a exposé en détail, dans son jugement, à quelles conditions d'assurance un ressortissant néerlandais peut prétendre des mesures de réadaptation aux frais de l'AI suisse (art. 11, 2^e al., de la convention de sécurité sociale avec les Pays-Bas, du 27 mai 1970). Etant donné que le recourant n'est pas né en Suisse, les conditions prévues par cette convention ne sont pas remplies. Ainsi que l'OFAS le note avec raison, même une interprétation restrictive ou extensive de la notion de domicile ne saurait amener à une autre conclusion. D'ailleurs, selon une jurisprudence constante, une interprétation restrictive ou extensive, s'écartant de la teneur d'une disposition conventionnelle, ne peut entrer 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 contractantes a par mégarde été rendue de façon inexacte (ATF 105 V 16, avec réf. = RCC 1980, p. 118). Or, dans le cas particulier, on ne peut rien constater de pareil. On ne trouve, notamment, aucun indice permettant de croire que les signataires auraient recherché une réglementation comparable à la prescription tout à fait spéciale (FF 1969 II 1211) de l'article 4 de l'avenant du 4 juillet 1969 à la convention italo-suisse.

Chronique mensuelle

● Le *Conseil d'administration du fonds de compensation AVS* a tenu sa séance de printemps le 20 mai sous la présidence de M. Bühlmann et en présence de M. H. Hürlimann, conseiller fédéral. Il a approuvé, notamment, le rapport annuel de 1979. Se fondant sur les possibilités de trésorerie de l'année en cours, il a décidé en outre de faire de nouveaux placements en vue de la prévoyance de liquidités à moyen terme.

● La *Commission fédérale de l'AVS/AI* a tenu ses assises le 22 mai sous la présidence de M. Schuler, directeur de l'Office fédéral des assurances sociales, pour se prononcer sur la question d'une nouvelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons en matière d'AVS/AI/PC. Le texte de son préavis, soumis au Département fédéral de justice et police, sera publié dans la RCC.

● *L'Association des caisses de compensation professionnelles* a tenu son assemblée générale ordinaire le 29 mai, à Bâle, dans la salle du Grand Conseil. Le président de celui-ci assistait à la réunion, ainsi que les représentants de l'Office fédéral et de la presse; M. Ruckstuhl présidait l'assemblée. M. Schuler, directeur de l'Office fédéral, y a parlé des problèmes actuels et des tendances de la sécurité sociale suisse; son discours sera résumé dans la RCC de juillet. L'après-midi, les participants eurent l'occasion de visiter les grandes entreprises de l'industrie chimique, ainsi que l'Hôpital cantonal; les dames, en particulier, purent visiter le musée des faïences du Kirschgarten. Le souper fut servi dans l'ancien couvent du Kleines Klingental et agrémenté par des productions humoristiques, ainsi que par un concert de fifres et de tambours. Le second jour fut consacré à une excursion dans trois pays différents; on visita la merveilleuse église d'Ottmarsheim (XI^e siècle) puis les bains romains de Badenweiler, restaurés avec beaucoup de goût.

L'efficacité de la politique sociale

Lors de l'assemblée des membres de la Conférence nationale pour les questions sociales, qui s'est tenue cette année le 29 avril à Lucerne, M. Hans Hürlimann, conseiller fédéral, a fait quelques réflexions à propos de l'efficacité de notre politique sociale. La RCC publie ci-après une traduction de son discours.

La question de l'efficacité en matière de politique sociale ne se borne pas à une comparaison entre les dépenses et le résultat obtenu. Il s'agit, bien plutôt, d'une question de principe qui a une envergure beaucoup plus considérable: Nos institutions de sécurité sociale sont-elles propres à satisfaire les exigences justifiées du citoyen, dans un Etat de droit moderne qui doit non seulement assumer des obligations sociales, mais aussi garantir le maintien d'une économie productive et compétitive? La réponse peut être cherchée dans trois directions différentes: Dans le passé, en considérant la genèse et le développement de notre sécurité sociale; dans le contexte de la situation économique et financière actuelle; en tenant compte de la répartition du travail entre les organes privés et les organes publics de la sécurité sociale.

Le point de vue historique

Un coup d'œil sur l'histoire des institutions sociales permet de constater que le stade actuel de notre sécurité sociale a été atteint en trois phases:

Dans une première phase, antérieure à la Première Guerre mondiale, on a créé l'assurance-maladie, l'assurance-accidents et la réglementation de l'assurance militaire sur le plan fédéral. Si l'on met de côté les adaptations de prestations à l'évolution de l'économie, on pourra constater que ces régimes ont subi peu de modifications légales et sont restés en vigueur pendant plusieurs décennies. L'instauration de l'AVS en 1948 a marqué le début d'une deuxième phase importante de la législation; elle englobe l'assurance-chômage, la protection de la famille et le régime des APG, ainsi que la révision de l'assurance militaire. Elle a pris fin par l'introduction de l'AI en 1960.

La troisième phase, enfin, est celle que nous vivons aujourd'hui; elle a commencé par l'adoption, en 1972, de l'article constitutionnel sur les trois piliers. Ce coup d'œil rétrospectif ne doit cependant pas nous faire oublier que les progrès sociaux se sont souvent fait attendre, et parfois même trop longtemps. Ainsi, les bases constitutionnelles de l'AC ont été révisées pour la première fois au bout de 27 ans, celles de l'AVS au bout de 46 ans, tandis qu'une refonte de l'assurance-maladie, après plus de 80 ans, n'a pas été approuvée; dans l'assurance-accidents, il a fallu attendre 21 ans, dans l'AVS 23 ans, et dans l'AI même 35 ans jusqu'à ce qu'une loi soit promulguée sur la base d'une disposition constitutionnelle.

Cette schématisation de l'histoire de la sécurité sociale, divisée en phases chronologiques, ne doit pas non plus nous faire oublier que tout projet, toute révision devait faire ses preuves dans un contexte économique et politique donné, et que des menaces pesant sur l'économie ou la politique mondiale pouvaient favoriser – mais aussi entraver – les progrès et innovations sur le plan social. Ainsi, ceux qui reprochent à notre sécurité sociale d'avoir évolué d'une manière désordonnée oublient que les «heures idéales», propres à favoriser particulièrement des solutions globales de problèmes sociaux, sont plutôt rares dans notre pays et dans notre démocratie régie par le référendum. Ceux qui déplorent la trop grande diversité des institutions sociales devraient comprendre que cette diversité est l'expression et le reflet d'époques différentes, ainsi que de la structure fédérative de notre pays.

Ainsi, ceux qui voudraient aujourd'hui que l'on fasse table rase pour reconstruire doivent se rappeler que notre sécurité sociale a prouvé son efficacité historique. On peut, certes, imaginer que les scénarios de l'histoire suisse se soient déroulés de plusieurs manières différentes; mais une chose est certaine : Sans un consensus politique, les progrès sociaux n'auraient jamais été accomplis, et sans la fonction intégrante des institutions sociales, la paix sociale (et par là même, en fin de compte, une prospérité réjouissante) n'aurait pas pu être réalisée.

Ceux qui ne se fient pas à l'histoire de notre pays feront bien de jeter un coup d'œil au-delà de nos frontières. Ils pourront constater que dans des secteurs essentiels de la sécurité sociale, nous ne craignons pas la comparaison avec d'autres pays, et cela non seulement en ce qui concerne les prestations des assurances et les droits des assurés, mais aussi pour l'organisation du système et la protection intégrale.

Les fondements économiques actuels

Ce qui était valable hier ne doit pas nécessairement rester notre fil conducteur aujourd'hui et demain. Ce qui nous distingue de l'étranger d'une manière positive peut fort bien, un jour, se révéler périmé.

Les choses qui ont pu être réalisées grâce à des circonstances favorables doivent être maintenues et résister à l'épreuve dans le climat moins clément d'aujourd'hui, c'est-à-dire malgré la situation économique et financière incertaine.

Il est permis de se demander si et dans quelle mesure l'amélioration des prestations qui a caractérisé les années 70 sera réalisable au cours des futures décennies.

On peut répondre tout d'abord en termes politiques et généraux: Tant que la volonté de maintenir les acquisitions sociales subsistera, on trouvera les moyens d'en assurer le financement. Cependant, les bonnes intentions et les bons programmes ne suffisent pas lorsque les fondements économiques de notre sécurité sociale perdent leur solidité.

Il faut toutefois apprécier chaque chose à sa juste valeur. Les redevances sociales ne sont pas soustraites sans compensation à l'économie publique; elles ont bien plutôt pour effet d'accroître le pouvoir d'achat et la demande. En outre, des charges sociales égales sont conformes au principe de l'égalité dans la concurrence.

Il est certain que les limites de l'économie sont atteintes lorsque des primes et impôts trop lourds ont pour effet de paralyser l'initiative et qu'il n'est plus rentable d'entreprendre quoi que ce soit dans l'industrie ou le commerce. Cet aspect de la question sera donc l'objet de toute l'attention voulue lors de l'élaboration du rapport concernant les effets de la sécurité sociale sur l'économie publique. Cependant, il est tout aussi certain que seul un réseau serré d'institutions sociales permettra à l'économie de s'adapter et de modifier ses structures sans que cela entraîne de graves crises ou conflits sociaux et politiques. L'équilibre et le développement constant – buts de toute l'action économique – sont menacés là où règne exclusivement le calcul égoïste.

C'est seulement en égalisant les intérêts et les forces sociopolitiques que l'on assurera la solidité des fondements destinés à porter notre économie et notre Etat.

Les supports privés et publics

Cependant, l'évolution de notre sécurité sociale et de ses institutions, les particularités de ce système, ne doivent pas être considérées seulement dans un contexte historique ou politique dépendant de l'Etat. Un rôle déterminant a toujours été joué par l'initiative privée, qui va de l'aide au prochain jusqu'à une organisation aussi vaste que la Conférence nationale pour les questions sociales.

Le partage des tâches entre les organes privés et les organes publics de la politique sociale apparaît à chaque étape nouvelle de cette évolution; toute révision – qu'il s'agisse de la Constitution ou d'une loi – est conçue en tenant compte de ce qui est déjà acquis, de ce qui s'est formé d'une manière autonome.

Des exemples caractéristiques de ce phénomène sont les assurances-maladie et, depuis peu de temps, les caisses de retraite qui doivent être admises dans le système obligatoire du 2^e pilier. De même, dans l'assurance-accidents, on cherche à instituer des supports mixtes.

Toutefois, cette conception helvétique est-elle efficace?

La planification abstraite envisage souvent des solutions centralisatrices; la tendance contraire aimerait, elle, que l'on revienne à des organismes locaux. La vraie solution, à mon avis, réside ici aussi dans un juste milieu.

Qui voudrait renoncer aux bienfaits inestimables de l'AVS et de ses PC, qui garantissent à chaque citoyen le droit de vivre sa vieillesse dans la dignité? Qui souhaiterait le retour aux temps – pas encore très éloignés – de l'assistance

publique, des maisons de pauvres, de l'entretien obligatoire que l'on devait accorder aux parents indigents?

Néanmoins, les prestations en espèces assurées par l'Etat ne suffisent pas à garantir la sécurité matérielle de chacun. Le choix d'une assistante, d'un travailleur social et d'une infirmière communale ne saurait donc décharger l'individu de ses responsabilités directes envers son prochain.

Une certaine évolution s'annonce ici aussi: l'ambition, chez beaucoup de gens, de choisir une carrière sociale, les initiatives privées visant à venir en aide à des voisins âgés, le besoin de prendre part à de telles activités, l'estime que l'on témoigne pour l'aide extrahospitalière aux vieillards, tout cela prouve à mon avis que nous pouvons nous attendre à un progrès social qui ne dépend pas uniquement des interventions de l'Etat.

Pour que ces bonnes intentions, pour que ces démarches personnelles aboutissent à quelque chose, pour que l'aide soit efficace et durable, il faut des institutions et des personnalités qui dirigent, conseillent, encouragent; il faut aussi un système organisé tel que le représente votre Conférence nationale. L'aide active au prochain doit, elle aussi, être efficace si l'on veut éviter des déceptions et l'échec des œuvres entreprises pour le bien général.

La loi fédérale sur la prévoyance professionnelle soumise au Conseil des Etats

Comme nous l'annoncions dans la RCC de mai (p. 223), la commission du Conseil des Etats chargée d'examiner le projet de loi sur la prévoyance professionnelle a terminé ses travaux. Cette affaire si importante pour notre sécurité sociale pourra donc être soumise à la réunion plénière de ce Conseil, le Conseil national ayant déjà adopté le projet de loi en date du 6 octobre 1977. La RCC de juillet publiera les résultats des délibérations qui ont eu lieu les 9 et 10 juin.

Comme on le sait, la commission du Conseil des Etats a proposé de nombreuses modifications qui s'écartent considérablement du projet adopté par le Conseil national. Dans la mesure où le Conseil des Etats suivra sa commission, il y aura donc une divergence qui devra être éliminée par les deux Chambres. Nos lecteurs trouveront ci-après un tableau comparatif des deux conceptions qui ont été opposées l'une à l'autre; il a été élaboré en vue de la séance d'information de la presse sur la prévoyance professionnelle, du 30 mai 1980.

Principales différences de conception entre le Conseil national et la Commission du Conseil des Etats

1. Réalisation du mandat constitutionnel

Le *Conseil national* a voulu respecter la lettre et l'esprit des articles 34 quater Cst. et II des dispositions transitoires, satisfaire dès le début à toutes les exigences de ces dispositions constitutionnelles, et, en outre, tenir pleinement les promesses faites lors de la votation populaire de 1972.

La *Commission du Conseil des Etats* ne se fonde que sur les dispositions constitutionnelles. Elle se réfère en effet à la situation économique profondément modifiée depuis l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions constitutionnelles. Au surplus, elle est d'avis que l'objectif visé par l'article 34 quater Cst. (maintien du niveau de vie antérieur dans une mesure appropriée) peut être réalisé par étapes successives, sans que cela porte atteinte à la constitution.

2. Le champ d'application de la loi

Le *Conseil national* prévoit

- une assurance obligatoire pour les salariés remplissant les conditions légales d'âge et de salaire;
- une assurance facultative pour les indépendants;
- la possibilité de rendre l'assurance obligatoire pour certaines catégories d'indépendants.

La *Commission du Conseil des Etats* admet

- l'assurance obligatoire en faveur des salariés aux mêmes conditions d'âge et de salaire que le Conseil national;
- une assurance facultative pour les indépendants;
- la possibilité de rendre l'assurance obligatoire pour certaines catégories d'indépendants, mais uniquement pour la couverture des risques de décès et d'invalidité.

3. Le but visé en matière de prestations

Le *Conseil national* fixe dans la loi le but à atteindre en matière de prestations: 40 pour cent du salaire moyen coordonné des trois dernières années. Cette disposition a un triple effet:

- Elle permet de déterminer les pres-

La *Commission du Conseil des Etats* fait abstraction d'un but à atteindre en matière de prestations. Elle préconise un système entièrement fondé sur la primauté des cotisations (plus exactement sur la primauté des bonifications). Le niveau

tations vieillesse minimales allouées par les institutions de prévoyance fondées sur le principe de la primauté des prestations.

– Elle exerce une influence indirecte sur les taux des bonifications de libre passage.

– Elle influence le montant des subsides versés par le pool en faveur de la génération d'entrée.

4. Prévoyance-vieillesse

Dans le projet du *Conseil national*, chaque assuré est titulaire d'un avoir de libre passage qui s'accroît chaque année des bonifications calculées sur la base du salaire coordonné (= salaire assuré). La loi fixe le taux applicable au calcul de ces bonifications. L'avoir de libre passage acquis par l'assuré à l'âge terme (= la valeur finale de la prestation de libre passage) permet de calculer les prestations de vieillesse minimales. Pour la *génération d'entrée*, cet avoir final est revalorisé, grâce à un facteur de conversion fixé chaque année par le Conseil fédéral. Le supplément de prestations qui résulte de cette opération est financé par l'intermédiaire d'un «pool» (péréquation des charges sur le plan national).

des prestations résultant de ces bonifications dépendra de l'évolution économique et démographique.

Pour le calcul des prestations minimales de vieillesse, la *Commission du Conseil des Etats* se fonde sur l'avoir de vieillesse acquis par l'assuré à l'âge terme. Cela correspond à la valeur finale de la prestation de libre passage selon le Conseil national. L'avoir de vieillesse s'accroît chaque année des bonifications de vieillesse (changement de terminologie).

La Commission du Conseil des Etats ne définit aucun supplément de prestation déterminé pour la génération d'entrée. Elle estime que celle-ci obtient déjà des prestations plus avantageuses du seul fait que le taux légal des bonifications de vieillesse fixé dans la loi pour les classes d'âge 45-65 ans est notablement plus élevé que celui des classes d'âge plus jeunes.

En outre chaque institution de prévoyance sera tenue de prendre des mesures spéciales en faveur de la génération d'entrée, dans la mesure où sa situation financière le lui permet. Pas de pool, mais formation, dans chaque institution de prévoyance, d'une réserve spéciale destinée notamment à faciliter le financement de ces mesures.

5. Echelonnement des bonifications de vieillesse

L'échelle des taux applicables au calcul des bonifications de libre passage, selon le *Conseil national*, est de 9/14/18, soit un rapport de 1:2 entre la classe d'âge la plus jeune et la plus âgée. Ces taux doivent être rectifiés par le Conseil fédéral s'ils ne correspondent plus au but visé en matière de prestations.

La *Commission du Conseil des Etats* propose un échelonnement plus vertical des taux: 6/8/10/13/16/19/22, afin d'avantager d'une part la génération d'entrée et de diminuer d'autre part le degré de capitalisation. Cela aurait pour effet de diminuer le taux moyen des cotisations durant la période initiale.

6. Prestations en cas d'invalidité et de décès

Dans le projet du *Conseil national*, les prestations dues en cas d'invalidité ou de décès seront calculées en pour-cent du dernier salaire coordonné de l'assuré (primauté des prestations).

La *Commission du Conseil des Etats* propose que les prestations d'invalidité et de survivants soient calculées sur la base de l'avoir de vieillesse que l'assuré aurait obtenu s'il était resté assujéti à l'assurance obligatoire jusqu'à l'âge terme (primauté des cotisations avec correctif).

7. Adaptation des rentes en cours au renchérissement

Le *Conseil national* a prévu que les prestations légales en cours seront adaptées à l'évolution des prix. Les charges qui en résulteront seront couvertes par l'intermédiaire du pool.

La *Commission du Conseil des Etats* propose que seules les rentes de survivants et d'invalidité de longue durée, c'est-à-dire servies depuis au moins cinq ans, soient adaptées de manière impérative au renchérissement. Les autres rentes en cours devront être adaptées dans la mesure seulement où l'institution de prévoyance en aura les moyens. Même conception que pour les mesures en faveur de la génération d'entrée: pas de pool, mais recours à une réserve spéciale interne.

8. Prévoyance plus étendue

Dans le projet du *Conseil national*, les institutions de prévoyance pour-

Pour la *Commission du Conseil des Etats*, l'institution de prévoyance

ront allouer des prestations plus étendues que les prestations fixées dans la loi. Toutefois seules les prestations légales d'assurance et de libre passage pourront servir d'assiettes au calcul des subsides du pool. Cela devrait obliger les institutions de prévoyance à tenir des comptes séparés pour la prévoyance obligatoire et pour la prévoyance plus étendue.

9. Prévoyance antérieure au régime obligatoire

Selon le *Conseil national*, les cotisations versées avant l'entrée en vigueur de la loi ne pourront pas être prises en compte pour le calcul des prestations légales minimales, car celles-ci servent d'assiette au calcul des subsides du pool. Elles pourront servir soit à financer des suppléments de prestations (prévoyance plus étendue) soit à réduire le montant des cotisations futures des assurés.

10. Libre passage

Dans le projet du *Conseil national*, la prestation de libre passage est calculée à partir des taux de bonification fixés dans la loi. Elle est transférée intégralement en cas de changement de caisse. En cas de prévoyance plus étendue, ou antérieure à l'entrée en vigueur, l'assuré a droit à une prestation de libre passage supplémentaire, qui est calculée selon les normes du CO.

11. Organisation et surveillance

Dans le projet du *Conseil national*, les institutions de prévoyance qui

pourra allouer sans réserve des prestations plus étendues. Les normes légales ont seulement le caractère de normes minimales. L'institution de prévoyance est libre d'opérer ou non une distinction entre prévoyance légale et prévoyance plus étendue.

Dans le projet de la *Commission du Conseil des Etats*, la prévoyance acquise avant l'entrée en vigueur de la loi peut être intégrée dès le premier jour dans le système légal, ou au contraire continuer d'être gérée séparément, à titre de prévoyance plus étendue, sans égard aux dispositions de la loi relatives aux prestations.

Dans le projet de la *Commission du Conseil des Etats*, l'avoir de vieillesse acquis par l'assuré au moment du changement d'emploi est transféré intégralement. Si les dispositions du CO sont plus favorables à l'assuré, elles s'appliquent. L'institution de prévoyance, en revanche, n'est pas obligée de faire une distinction entre prévoyance légale et prévoyance plus étendue.

La *Commission du Conseil des Etats* a remplacé la procédure de

désirent participer à l'application de l'assurance obligatoire doivent se faire formellement reconnaître par l'autorité de surveillance. En outre, on a prévu l'existence d'une institution de prévoyance supplétive.

reconnaissance par une procédure d'enregistrement, moins formaliste, et qui met davantage l'accent sur la surveillance matérielle des institutions de prévoyance. La Commission admet également la nécessité d'une institution supplétive.

12. Financement des institutions de prévoyance

Le projet du *Conseil national* prévoit que les institutions de prévoyance doivent établir un système de cotisations qui leur permette de faire face à leurs obligations financières (notamment le paiement des prestations d'assurance et de libre passage dues à leurs assurés). L'employeur doit verser une contribution au moins égale à la somme des cotisations de tous ses salariés. Pour le surplus, la caisse est entièrement libre d'aménager son système de cotisations comme elle l'entend (par exemple: primes uniformes ou différenciées; calculées sur la base du salaire coordonné ou sur celle du salaire AVS; contributions de solidarité de certaines catégories d'assurés, etc.). Les décisions à ce sujet doivent être prises en respectant notamment les normes sur la gestion paritaire.

La *Commission du Conseil des Etats* a repris, pour l'essentiel, les principes adoptés par le Conseil national, en imposant toutefois aux institutions de prévoyance deux exigences supplémentaires. En premier lieu, les cotisations périodiques ne devront pas être fixées en fonction de l'âge des assurés, contrairement aux bonifications de vieillesse. Cela permettra de réaliser, au niveau de l'institution de prévoyance ou de l'entreprise, la solidarité des jeunes envers les vieux, et de faciliter la solution financière du problème de la génération d'entrée. En second lieu, chaque institution de prévoyance devra consacrer 3 pour cent des salaires coordonnés à l'alimentation d'une réserve spéciale interne. Cette réserve servira à financer l'assurance-risque (décès et invalidité), le fonds de garantie sur le plan national, ainsi que, dans la mesure du possible, les mesures prévues en faveur de la génération d'entrée et pour l'adaptation des rentes en cours au renchérissement.

13. Mesures de financement sur le plan national

Selon le projet du *Conseil national*, une fondation de péréquation des charges sur le plan national (dite «pool») devrait répartir entre toutes

La *Commission du Conseil des Etats* renonce à un pool destiné à améliorer les prestations dues à la génération d'entrée ou à financer les

les institutions de prévoyance reconnues les charges résultant

- de la génération d'entrée;
- de l'adaptation des rentes en cours au renchérissement;
- du paiement des prestations légales en cas d'insolvabilité d'une institution de prévoyance.

allocations de renchérissement. En revanche elle propose l'établissement d'un fonds de garantie ayant pour tâche:

- d'alléger la situation financière des institutions de prévoyance dont la structure d'âge est particulièrement défavorable;
- de garantir les droits des assurés en cas d'insolvabilité d'une institution de prévoyance.

14. Les institutions de prévoyance de droit public

Le projet du *Conseil national* soumet en principe les institutions de prévoyance de droit public aux mêmes exigences que les institutions de droit privé. Il tient toutefois compte de leur situation particulière et prévoit des dérogations en leur faveur dans divers domaines.

La *Commission du Conseil des Etats* propose de ne soumettre les institutions de droit public d'une manière générale qu'aux dispositions relatives aux prestations et au libre passage, et de laisser aux corporations de droit public compétentes le soin de régler elles-mêmes l'organisation, la gestion et le financement. Les institutions de droit public seraient toutefois affiliées au fonds de garantie, et devraient donc participer elles aussi aux mesures de solidarité adoptées sur le plan national.

Les comptes d'exploitation de l'AVS, de l'AI et des APG pour 1979

Les recettes totales de l'AVS/AI/APG ont augmenté, par rapport à l'année précédente, de 525,9 millions de francs, soit de 4,4 pour cent environ. Les dépenses totales ont subi une hausse un peu plus faible; elles se sont élevées de 283,4 millions seulement, soit de 2,3 pour cent. Ainsi, le déficit total a baissé de 242,5 millions pour se réduire à 162,4 millions.

Voici les résultats des comptes des diverses branches de la sécurité sociale:

En millions de francs	1978	1979	Différence en pour-cent
Recettes totales AVS	9 487,2	9 910,2	+ 4,5
Recettes totales AI	1 879,7	1 953,4	+ 3,9
Recettes totales APG	566,6	595,8	+ 5,2
	11 933,5	12 459,4	+ 4,4
Dépenses totales AVS	9 921,0	10 103,3	+ 1,8
Dépenses totales AI	1 950,1	2 010,0	+ 3,1
Dépenses totales APG	467,3	508,5	+ 8,8
	12 338,4	12 621,8	+ 2,3
Déficit total	404,9	162,4	
Etat du fonds AVS/AI	9 455,3	9 205,6	- 2,6
Etat du fonds APG	651,6	738,9	+13,4

Comptes d'exploitation de l'AVS

Montants en millions de francs

Genres de recettes et de dépenses	1978	1979
<i>A. Recettes</i>		
1. Cotisations des assurés et des employeurs, y compris leurs intérêts	7 541,9	7 965,6
2. Contributions de la Confédération	1 091,3	1 111,4
Contributions des cantons	496,1	505,2
3. Produit des placements	357,9	328,0
4. Total des recettes	9 487,2	9 910,2

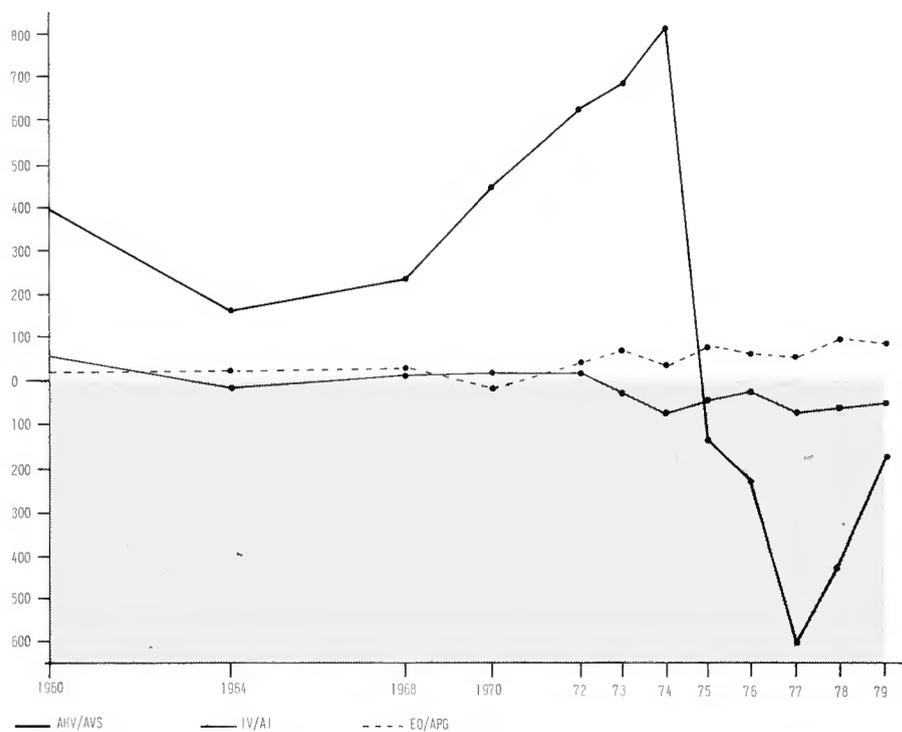
Genres de recettes et de dépenses	1978	1979
B. Dépenses		
1. Prestations en espèces		
– Rentes ordinaires	9 506,2	9 710,4
– Rentes extraordinaires	238,4	218,3
– Remboursements de cotisations à des étrangers et apatrides	2,2	2,7
– Allocations pour impotents	52,5	53,6
– Allocations de secours aux Suisses à l'étranger	0,3	0,3
– Prestations à restituer	–13,2	–12,5
2. Frais pour mesures individuelles	—	5,9
3. Subventions à des institutions et organisations		
– Subventions pour la construction	78,6	64,3
– Subventions pour l'exploitation	—	0,5
– Subventions à des organisations	—	8,5
– Subvention forfaitaire à Pro Senectute (LPC)	11,5	5,5
– Subvention forfaitaire à Pro Juventute (LPC)	2,0	1,4
4. Frais de gestion	0,6	1,2
5. Frais d'administration	41,9	43,2
	9 921,0	10 103,3
C. Résultat: déficit	433,8	193,1

Les recettes de cotisations, qui ont été meilleures, ont contribué grandement à obtenir ce résultat favorable. Ainsi, les cotisations paritaires ont augmenté de 5,5 pour cent pour atteindre 8544,9 millions, tandis que les cotisations personnelles¹ montaient de 5,1 pour cent pour atteindre 961,2 millions. Parallèlement à une hausse générale des revenus, l'extension aux «vieux actifs» (rentiers AVS encore actifs) de l'obligation de cotiser a eu des conséquences particulièrement favorables pour l'AVS. A cela s'est ajouté, dans le cas des cotisations personnelles, une hausse du taux de la cotisation AVS des indépendants, celui-ci ayant passé de 7,3 à 7,8 pour cent; à noter aussi que la cotisation minimale des indépendants et des non-actifs dans l'AVS/AI/APG a passé à 200 francs.

¹ On appelle ainsi les cotisations payées par les indépendants, les non-actifs et les salariés dont l'employeur n'est pas tenu de cotiser.

Les résultats des comptes de l'AVS, de l'AI et des APG de 1960 à 1979 (en millions de francs.)

Graphique 1



Dans les comptes de 1979, on voit figurer pour la première fois les intérêts moratoires et rémunérateurs institués lors de la neuvième révision. Les premiers ont rapporté 1,3 million; 6000 francs ont été payés à titre d'intérêts rémunérateurs. La répartition définitive de ces intérêts entre les diverses branches d'assurances (c'est-à-dire, outre l'AVS/AI/APG, également les allocations familiales, l'AC et, dans une certaine mesure, d'autres tâches) ne pourra se faire que dans les comptes de 1980.

Le graphique 1, qui montre les résultats des comptes depuis 1960, illustre clairement, entre autres, le brusque changement qui s'est produit, en ce qui concerne l'AVS, après le «grand plongeon» de 1977.

L'AVS

Recettes

Les recettes, qui se sont élevées à environ 9,9 milliards, se composent des éléments suivants (voir aussi le graphique 2):

- Cotisations des assurés et des employeurs, y compris leurs intérêts: 7965,6 millions, soit 80,4 pour cent;
- Contributions des pouvoirs publics: 1616,6 millions, soit 16,3 pour cent;
- Produit des placements: 328,0 millions, soit 3,3 pour cent.

La part versée par les pouvoirs publics est restée fixée à 16 pour cent (Confédération 11 pour cent, cantons 5 pour cent); leur contribution n'a donc augmenté que de 1,8 pour cent, pourcentage qui correspond à la hausse des dépenses de l'AVS. Le produit des placements a diminué à cause de la réduction du fonds, qui se poursuit, et de l'affaiblissement du taux moyen de rendement brut des placements.

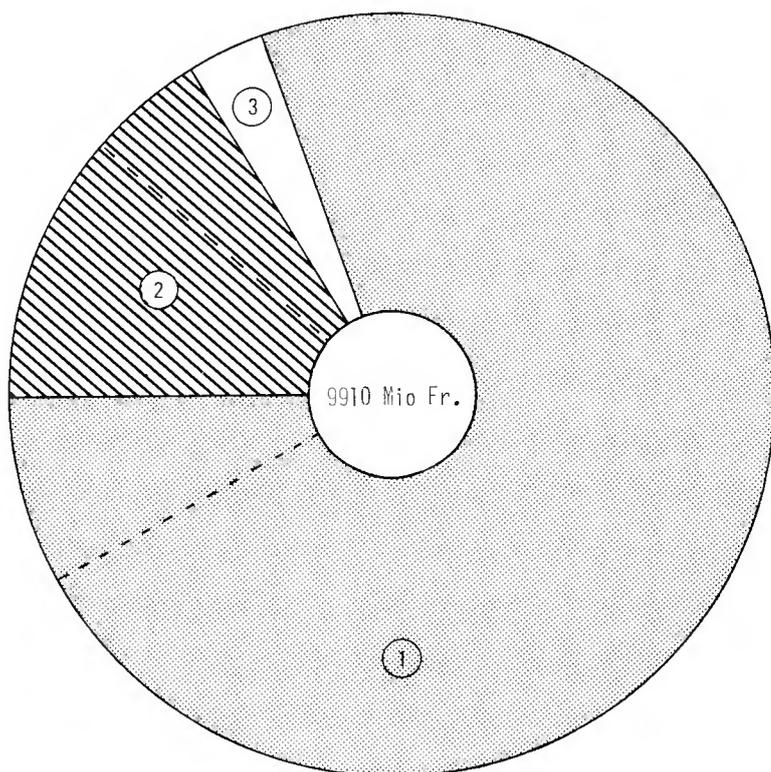
Dépenses

Les prestations en espèces ont augmenté de 1,9 pour cent par rapport à l'année précédente et ont atteint 9972,8 millions. Les rentes ordinaires ont subi une hausse un peu plus forte: 2,1 pour cent, à cause du nombre des rentiers qui croît toujours. Le nombre des rentes extraordinaires, lui, a encore diminué; la dépense a donc baissé, ici, d'environ 20 millions.

Dans les frais des mesures individuelles et les subventions aux institutions et organisations, on observe certains changements de la répartition des dépenses; en effet, par suite de la neuvième révision, plusieurs dépenses pour lesquelles Pro Senectute recevait des contributions forfaitaires de l'AVS en vertu de l'article 10, 1^{er} alinéa, LPC sont supportées désormais directement par l'AVS. Cela vaut en particulier pour les frais des offices de consultation et d'assistance, et ceux qui sont occasionnés par la remise de moyens auxiliaires (prothèses pour les pieds et les jambes, fauteuils roulants, appareils acoustiques et chaussures orthopédiques). Ainsi, la subvention forfaitaire à Pro Senectute s'est réduite de 11,5 millions en 1978 à 5,5 millions en 1979. Les dépenses assumées désormais directement par l'AVS sont de 5,9 millions pour les moyens auxiliaires et de 8,5 millions pour les contributions aux frais de personnel et d'organisation des institutions d'utilité publique. La subvention à Pro Juventute, tirée des ressources de l'AVS dans le cadre de l'article 10 LPC, a été réduite en 1979 à 1,4 million, un solde actif ayant subsisté à la fin de l'année précédente.

Les recettes de l'AVS en 1979

Graphique 2



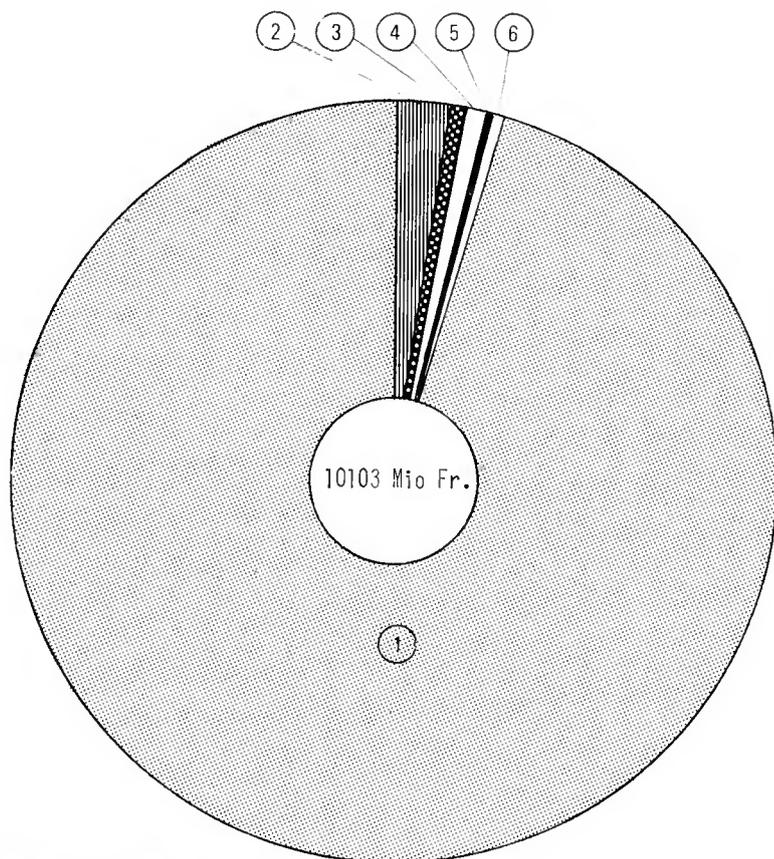
¹ Cotisations des assurés et des employeurs = 80,4 pour cent (dont la plus grande partie, soit 90 pour cent, se compose de cotisations paritaires, le reste provenant des cotisations personnelles).

² Contributions des pouvoirs publics = 16,3 pour cent (la Confédération supporte 68,75 pour cent de ces contributions; les cantons, 31,25 pour cent).

³ Produit des placements = 3,3 pour cent.

Les dépenses de l'AVS en 1979

Graphique 3



¹ Rentes ordinaires = 96,1 pour cent

² Rentes extraordinaires = 2,2 pour cent.

³ Allocations pour impotents = 0,5 pour cent.

⁴ Subventions = 0,7 pour cent.

⁵ Mesures individuelles (moyens auxiliaires) = 0,1 pour cent.

⁶ Frais de gestion et d'administration = 0,4 pour cent.

La diminution sensible des subventions pour la construction de homes et autres installations pour les personnes âgées (elles ont passé de 78,6 à 64,3 millions de francs) permet de supposer que la première « vague » soulevée par la création de ces subventions tend à s'apaiser. En outre, ces dépenses sont

limitées à un certain plafond par les «crédits d'engagement» que le Conseil fédéral accorde chaque année. Heureusement, plusieurs cantons ont réussi à couvrir leurs besoins en matière de places disponibles dans les homes; toutefois, dans quelques régions peu favorisées sur le plan financier, on constate encore d'importants retards. A l'avenir, le fort accroissement du nombre des personnes les plus âgées (celles qui ont dépassé 80 ans) aura probablement pour effet d'accroître la demande de places pour des vieillards nécessitant des soins.

Dans les comptes de l'AVS, on a vu apparaître pour la première fois, parmi les subventions d'exploitation, une position de 0,5 million de francs; il s'agit d'une innovation introduite par la neuvième révision, c'est le remboursement des frais causés par le maintien d'invalides âgés dans des ateliers d'occupation permanente (art. 223, 2^e al., lettre b, RAVS).

Les frais de gestion (dépenses des commissions AI et de leurs secrétariats, frais des services sociaux, frais occasionnés par les rapports médicaux) ont doublé; ils ont passé en effet à 1,2 million de francs. Cela est dû au fait qu'en 1979, pour la première fois, des moyens auxiliaires ont été remis à des personnes âgées par l'assurance.

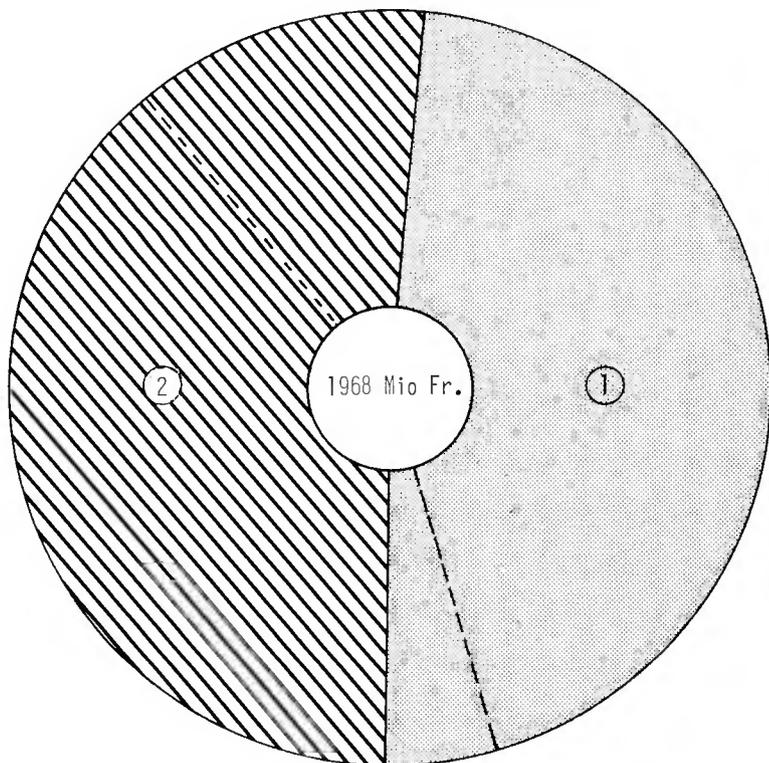
Les frais d'administration (affranchissement à forfait, frais de la Centrale de compensation et de la Caisse suisse, subsides aux caisses cantonales de compensation, frais occasionnés par les commissions et les experts) ont augmenté de 3,2 pour cent et atteint ainsi 43,2 millions de francs. Cela est dû principalement à une légère hausse des subsides aux frais d'administration des caisses cantonales et aux frais plus élevés de la Centrale et de la Caisse suisse.

Assurance-invalidité

Recettes

Malgré un supplément de recettes d'environ 74 millions, soit 3,9 pour cent, le compte d'exploitation de l'AI présente de nouveau un déficit, qui est cette fois de 56,6 (70,4) millions. Ainsi, le déficit total du compte du capital s'élève à 315,9 millions.

Graphique 4



¹ Cotisations des assurés et des employeurs = 48,6 pour cent (89,4 pour cent de ces cotisations sont paritaires, 10,6 pour cent sont des cotisations personnelles).

² Contributions des pouvoirs publics = 51,4 pour cent (75 pour cent de ces recettes sont des contributions de la Confédération; le reste provient des cantons).

Dépenses

Si l'on considère les diverses catégories de dépenses, on constate que les prestations en espèces (rentes, indemnités journalières, allocations pour impondables), comme les frais des mesures individuelles, se sont élevées de 1,1 pour cent seulement. En revanche, une forte augmentation a été enregistrée dans les subventions aux institutions et organisations (+ 16,5 pour cent) et les frais de gestion (+ 14,4 pour cent). En ce qui concerne les subventions, ce sont surtout les subventions de construction et d'exploitation qui ont provoqué cette hausse; parmi les frais de gestion, ce sont les dépenses des secrétariats AI et

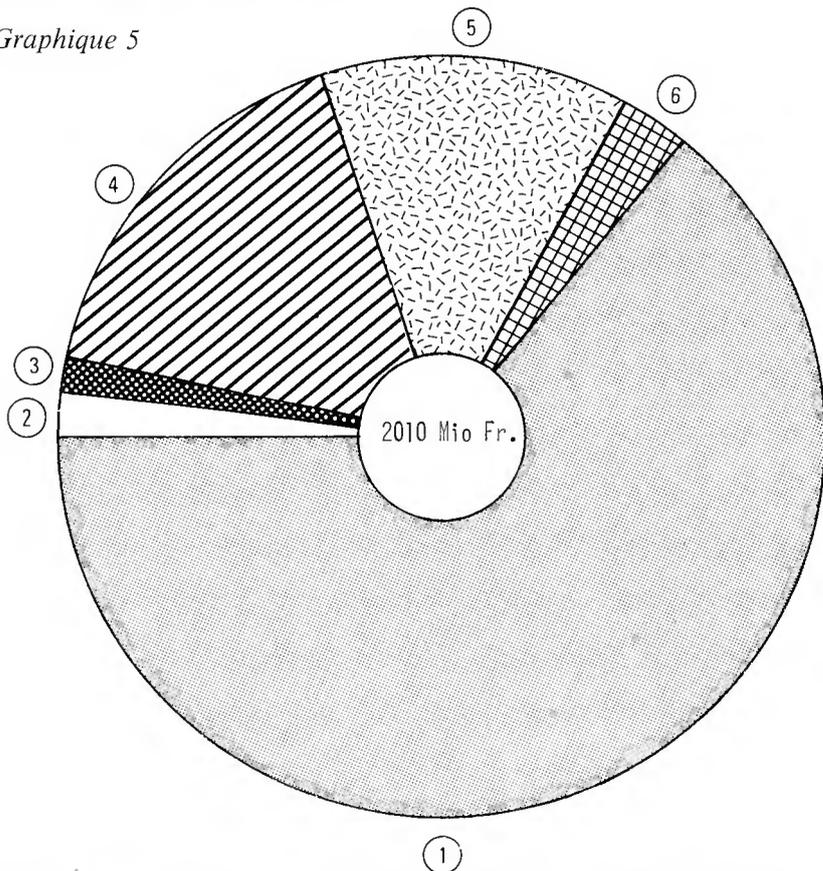
les frais des rapports médicaux. Rappelons à ce propos que l'année précédente, une partie des frais de rapports médicaux était encore comptabilisée comme frais de mesures médicales; la séparation n'a été opérée entièrement que pendant l'exercice 1979.

Voici quelques résultats tirés du compte des dépenses.

Parmi les prestations en espèces, les rentes, avec leurs 1292,6 millions de francs, représentent toujours la plus grosse part; celle-ci a été de 95,5 pour cent. Contrairement à ce qui se passe dans l'AVS, les rentes extraordinaires

Les dépenses de l'AI en 1979

Graphique 5



¹ Rentes = 64,1 pour cent (89,5 pour cent sont des rentes ordinaires, 10,5 pour cent des rentes extraordinaires).

² Indemnités journalières = 1,8 pour cent.

³ Allocations pour impotents = 1,5 pour cent.

⁴ Mesures de réadaptation = 16,9 pour cent.

⁵ Subventions pour institutions = 13,0 pour cent.

⁶ Frais de gestion et d'administration = 2,7 pour cent.

de l'AI ont légèrement augmenté, passant de 134,7 à 135,5 millions¹. Pour les indemnités journalières, l'AI a déboursé 35,7 (l'année précédente: 37,4) millions, pour les allocations d'impotés 30,8 (29,5) millions. Les dépenses pour mesures individuelles, au total 340,3 (336,4) millions, se répartissent comme suit:

- Mesures médicales 130,7 (133,2) millions
- Mesures professionnelles 43,6 (44,3) millions
- Contributions pour la formation scolaire spéciale et pour les mineurs impotés 112,0 (107,7) millions
- Moyens auxiliaires 30,3 (32,6) millions
- Frais de voyage 24,3 (19,1) millions
- Restitutions - 0,6 (0,5) million.

La réduction des frais de mesures médicales est due principalement au fait que les dépenses occasionnées par les rapports médicaux sont maintenant additionnées entièrement aux frais de gestion.

La partie la plus importante des subventions versées aux institutions et organisations est constituée par les subventions pour la construction et l'exploitation de centres de réadaptation, ateliers protégés et homes pour invalides. Les

Compte d'exploitation de l'AI Montants en millions de francs

Genres de recettes et de dépenses	1978	1979	Différence en pour-cent
A. Recettes			
1. Cotisations des assurés et des employeurs	911,2	955,9	+ 4,9
2. Contributions de la Confédération	736,3	759,4	+ 3,1
Contributions des cantons	245,4	253,1	+ 3,1
3. Intérêts	- 13,2	- 15,0	+ 13,7
4. Recettes totales	1879,7	1953,4	+ 3,9
B. Dépenses			
1. Prestations en espèces	1339,5	1353,7	+ 1,1
2. Frais pour mesures individuelles	336,4	340,3	+ 1,1
3. Subventions aux institutions et organisations	224,0	260,9	+ 16,5
4. Frais de gestion	36,8	42,2	+ 14,4
5. Frais d'administration	13,4	12,9	- 3,7
6. Dépenses totales	1950,1	2010,0	+ 3,1
C. Résultat: Déficit	70,4	56,6	- 19,7

¹ La raison de cette évolution différente est que la plupart des «rentiers AI extraordinaires» sont des jeunes gens qui n'ont pas encore payé de cotisations, ou qui en ont payé pendant moins d'une année. Dans l'AVS, en revanche, il s'agit principalement de personnes très âgées, appartenant à une génération qui est en train de s'éteindre, celle des rentiers d'avant 1948.

subventions pour la construction ont augmenté de 56,4 à 70,7 millions, les subventions d'exploitation de 137,3 à 157,0 millions. Cette hausse frappante des dépenses est due en partie à un changement dans la comptabilité: En matière de subventions aux institutions et organisations, on a adopté dès 1978 la concordance dans le temps entre recettes et dépenses, en fixant la clôture du compte déjà à la fin de décembre; c'est pourquoi l'année comptable 1978 ne comprenait, pour certaines positions, que onze mois. Si l'on convertit ces résultats en les calculant sur une base de douze mois, on constate que les subventions pour la construction et l'exploitation ont tout de même augmenté de 13 et 5 pour cent. Dans le cas des subventions pour la construction, on notera que les résultats annuels dépendent fortement de circonstances fortuites, c'est-à-dire qu'ils peuvent être influencés par quelques grands projets, ou bien des versements importants, effectués à la fin de l'année, peuvent être inscrits dans l'ancien compte, ou au contraire dans le nouveau.

Les frais de gestion se sont élevés à 42,2 millions, dont 21,3 (19,2) millions pour les secrétariats des commissions AI, 2,3 (2,2) millions pour les commissions AI elles-mêmes et 10,5 (10,2) millions pour les offices régionaux. On a dépensé 7,1 (4,3) millions pour les rapports médicaux. Les frais d'administration, qui ont de nouveau légèrement diminué, comprennent principalement les dépenses de la Centrale et les frais de l'affranchissement à forfait.

Le régime des APG

Comme déjà les années précédentes, le compte d'exploitation des APG présente un important excédent de recettes. Ce bénéfice a certes diminué quelque peu par rapport à l'année précédente, étant donné la hausse des prestations en espèces, mais il atteint tout de même 87,3 millions. Le fonds de compensation des APG a donc passé de 651,6 à 738,9 millions.

Compte d'exploitation des APG

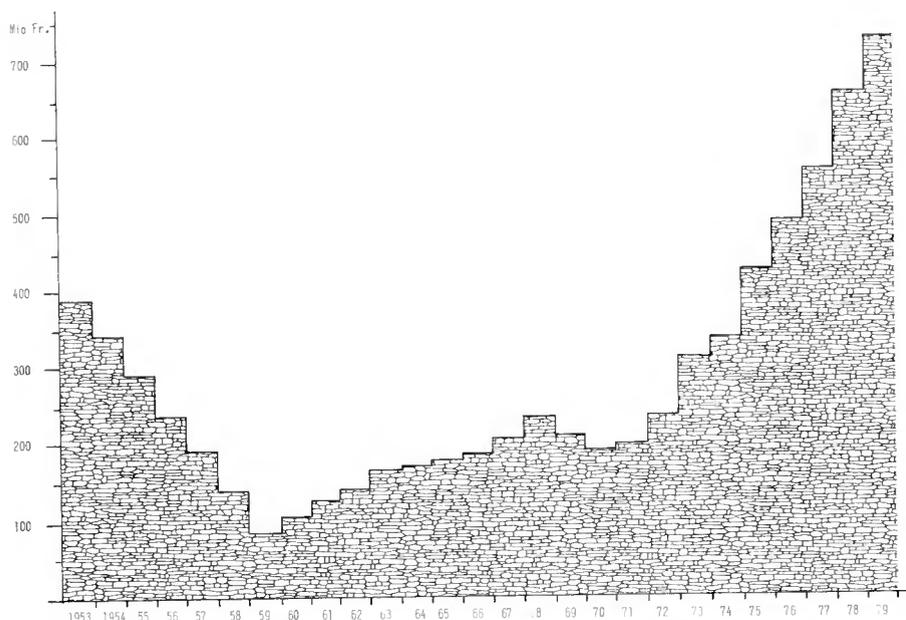
Montants en millions de francs

Genres de recettes et de dépenses	1978	1979
<i>A. Recettes</i>		
1. Cotisations des affiliés et des employeurs	544,4	571,4
2. Intérêts	22,2	24,4
3. Recettes totales	566,6	595,8
<i>B. Dépenses</i>		
1. Prestations	465,9	507,2
2. Frais d'administration	1,4	1,3
3. Dépenses totales	467,3	508,5
<i>C. Résultat: Excédent de recettes</i>		
	99,3	87,3

Le graphique 6 montre l'évolution du fonds³ depuis 1953. Celui-ci a décliné constamment au cours des premières années, parce que l'obligation de cotiser pour les APG n'existe que depuis 1960, puis il a augmenté jusqu'en 1968. La troisième révision du régime des APG, entrée en vigueur en 1969, provoqua

L'évolution du fonds de compensation des APG¹

Graphique 6



¹ Jusqu'en 1959, c'était la réserve tirée des excédents des anciens «régimes des allocations pour perte de salaire et de gain».

un certain recul de ce fonds, mais depuis 1971 déjà, celui-ci a recommencé à croître sans interruption. Une ample réserve de sûreté est indispensable au régime des APG pour que celui-ci soit capable, au besoin, de supporter des charges qui pourraient brusquement devenir beaucoup plus lourdes.

³ Les ressources utilisées de 1953 à 1959 pour financer les APG provenaient des excédents des anciens «régimes des allocations pour perte de salaire et de gain». C'est seulement depuis 1960 que l'on a constitué un véritable fonds APG alimenté par des cotisations.

Les PC en 1979

En 1979, les sommes versées sous forme de PC ont augmenté, par rapport à 1978, d'à peine 1 pour cent; elles ont atteint 392 millions. Cependant, le nombre des bénéficiaires a diminué. Cela signifie que les dépenses par cas ont continué de croître; elles ont passé de 3340 à 3421 francs, c'est donc une hausse de 2,4 pour cent. Les versements moyens plus élevés révèlent que les PC ont pu être adaptées aux besoins même sans une modification des limites de revenu prévues par la loi. D'autre part, la réduction du nombre des bénéficiaires permet de conclure que les rentiers de l'AVS et de l'AI sont parvenus, mieux que par le passé, à couvrir leurs frais d'entretien au moyen des prestations de ces deux assurances et grâce à d'autres revenus.

Voici les principaux résultats concernant les paiements de PC, le nombre des bénéficiaires et le financement en 1979. Ils ont été établis sur la base des décomptes des cantons servant à fixer le montant des subventions fédérales, ainsi que d'après les statistiques jointes aux rapports annuels.

1. Prestations versées

a. Paiements effectués par les organes cantonaux d'exécution des PC

Le tableau 1 indique les montants versés par les cantons en 1979 et en 1978. En 1979, les organes cantonaux ont versé 392 (388) millions de francs de PC. Dans la plupart des cas, il s'agissait de PC complétant l'AVS (325 millions, contre 320 en 1978); dans les autres cas (67 millions, contre 68 en 1978), ces prestations complétaient celles de l'AI.

Le rapport entre les versements faits à des bénéficiaires de l'AVS et ceux effectués à des rentiers de l'AI était resté le même pendant cinq ans, soit 82:18; pendant l'exercice, il s'est modifié en faveur des rentiers de l'AVS, étant alors de 83 à 17. Cela est dû au fait que les prestations versées aux rentiers de l'AVS ont augmenté de 4,5 millions, soit de 1,4 pour cent, tandis que celles qui étaient versées aux rentiers de l'AI ont baissé de 0,9 million de francs, soit de 1,3 pour cent.

Versements effectués par les organes cantonaux d'exécution des PC en 1978 et 1979

Tableau 1
Montants en milliers de francs

Cantons	AVS		AI		Total	
	1978	1979	1978	1979	1978	1979
Zurich	45 088	46 001	9 268	9 706	54 356	55 707
Berne	58 599	55 548	13 969	13 150	72 568	68 698
Lucerne	17 152	16 972	3 359	3 427	20 511	20 399
Uri	1 178	1 234	280	296	1 458	1 530
Schwyz	2 879	2 932	888	888	3 767	3 810
Unterwald-le-Haut	944	831	264	236	1 208	1 067
Unterwald-le-Bas	854	862	228	231	1 082	1 093
Glaris	1 368	1 319	436	454	1 804	1 773
Zoug	1 208	1 312	307	288	1 515	1 600
Fribourg	10 343	10 407	2 599	2 500	12 942	12 907
Soleure	7 397	7 198	1 702	1 363	9 099	8 561
Bâle-Ville	12 384	12 002	2 086	2 131	14 470	14 133
Bâle-Campagne	4 375	4 330	1 105	1 029	5 480	5 359
Schaffhouse	2 629	2 680	502	496	3 131	3 176
Appenzell Rh.-Ext.	2 937	2 831	498	470	3 435	3 301
Appenzell Rh.-Int.	803	734	158	111	961	845
Saint-Gall	19 631	20 070	3 246	3 225	22 877	23 295
Grisons	6 472	6 039	1 286	1 011	7 758	7 050
Argovie	10 797	11 062	2 864	2 843	13 661	13 905
Thurgovie	6 917	7 221	1 082	1 062	7 999	8 283
Tessin	23 585	23 583	5 521	5 441	29 106	29 024
Vaud	46 822	48 157	9 281	8 678	56 103	56 835
Valais	7 202	7 034	2 292	2 215	9 494	9 249
Neuchâtel	8 651	9 874	1 323	1 417	9 974	11 311
Genève	20 187	20 737	3 722	3 656	23 909	24 393
Jura	—	3 976	—	1 043	—	5 019
Suisse	320 402	324 956	68 266	67 367	388 668	392 323
En pour-cent	82	83	18	17	100	100

b. Nombre de cas

Il y a eu en tout 114 688 cas de PC. Les bénéficiaires de rentes de vieillesse représentent 81,7 pour cent de ce total, ceux qui touchent une rente AI 15,7 pour cent, ceux qui touchent une rente de survivant 2,6 pour cent. On notera qu'un cas peut englober plusieurs bénéficiaires de rentes (couples, familles). La diminution du nombre de cas a été, dans l'ensemble, de 1,5 pour cent en 1979; chez les rentiers de l'AI, elle a atteint cependant 3,4 pour cent, mais seulement 1,1 pour cent chez ceux qui reçoivent une rente AVS. On remarque la forte diminution du nombre des survivants qui touchent une PC; ce nombre a décréu, rien qu'en 1979, de 11,2 pour cent.

Nombre de cas
(Etat au 31 décembre)

Tableau 2

Années	AVS			AI	Total
	Assurés touchant une rente de vieillesse	Assurés touchant une rente de survivants	Ensemble		
1978	94 355	3372	97 727	18 652	116 379
1979	93 672	2996	96 668	18 020	114 688
Diminution	683	376	1 059	632	1 691

c. Restitution de PC indûment touchées

Dans 3261 cas (2331 cas d'AVS, 930 cas d'AI), les organes d'exécution ont demandé la restitution de PC indûment touchées; le total des montants à restituer a été de 7,1 (6,3) millions. La remise de l'obligation de restituer est accordée lorsque le bénéficiaire pouvait admettre, de bonne foi, qu'il avait droit aux PC touchées et lorsqu'en même temps, cette restitution le mettrait dans une situation difficile. En vertu de cette règle, l'assurance a renoncé, en 1979, à recouvrer les PC dans 86 cas, pour une somme totale de 0,2 (0,1) million de francs.

2. Subventions de la Confédération

Les tableaux 3 et 4 indiquent de quelle manière la Confédération, les cantons et les communes se répartissent la charge des PC. La Confédération a payé en tout 200,6 millions de francs de subventions. Pour les PC, elle a puisé les ressources dans le fonds spécial prévu par l'article 111 LAVS (imposition du tabac et des boissons distillées). Par rapport à l'année précédente, ces subventions fédérales ont augmenté de 0,5 million de francs; les dépenses des cantons, y compris les communes, ont augmenté de 3,2 millions.

Dépenses de la Confédération, des cantons et des communes

Tableau 3

Dépenses	En milliers de francs			En pour-cent		
	AVS	AI	Ensemble	AVS	AI	Ensemble
de la Confédération	165 790	34 802	200 592	51	52	51
des cantons et des communes	159 166	32 565	191 731	49	48	49
Total	324 956	67 367	392 323	100	100	100

Dépenses de la Confédération, des cantons et des communes d'après la capacité financière des cantons

Tableau 4

Nombre de cantons d'après leur capacité financière	En milliers de francs			En pour-cent		
	Confédération	Cantons et communes	Ensemble	Confédération	Cantons et communes	Ensemble
5 cantons financièrement forts ¹	30 358	70 834	101 192	15	37	26
15 cantons de force financière moyenne ²	148 802	111 712	260 514	74	58	66
6 cantons financièrement faibles ³	21 432	9 185	30 617	11	5	8
Total	200 592	191 731	392 323	100	100	100

¹ Taux de la subvention fédérale: 30 pour cent
² Taux de la subvention fédérale 35-69 pour cent
³ Taux de la subvention fédérale: 70 pour cent.

3. 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 10,4 millions. La fondation suisse Pro Senectute en a reçu 5,5 millions, Pro Juventute 1,4 million, et l'Association suisse Pro Infirmis 3,5 millions. Ces subsides ont permis aux institutions de verser des prestations d'assistance à des personnes âgées ou invalides et à des survivants. La subvention à Pro Senectute a diminué, par rapport à 1978, de 6 millions, étant donné que l'aide extrahospitalière à la vieillesse est financée, depuis janvier 1979, conformément à l'article 101 bis LAVS.

Problèmes d'application

Revenu d'invalidé déterminant; notification du prononcé à la caisse de compensation lorsque le degré d'invalidité est de 33 ⅓ à 49 pour cent (cas pénible) ¹

Si un assuré renonce, pour des raisons étrangères à son invalidité, à mettre à profit entièrement la capacité de gain qui lui reste, ou s'il est partiellement au chômage, il faut prendre en compte, comme revenu d'invalidé, non pas son revenu effectif, mais bien plutôt le revenu qui pourrait être tiré d'une activité raisonnablement exigible.

Si l'on doit se poser, dans une situation de ce genre, la question de l'existence d'un éventuel cas pénible, on se fondera également sur le *revenu d'invalidé que l'assuré peut réaliser*. La caisse qui est compétente pour examiner le cas pénible sera informée en conséquence par la commission AI lors de la communication du prononcé. Sans une communication de ce genre, la caisse fondera ses calculs sur le revenu effectivement obtenu.

Ajustement des contributions de l'AI à certains frais de moyens auxiliaires ¹ (cf. OMAI)

Lors de la neuvième révision de l'AVS, on a augmenté de 420 à 440 francs l'allocation pour impotence grave dès le 1^{er} janvier 1980. Par conséquent, tous les taux indiqués dans l'OMAI et dépendant de ce montant ont été élevés. Cela concerne les dispositions suivantes de l'OMAI:

Article 7, 3^e alinéa: Contribution maximale aux frais d'entretien de moyens auxiliaires dans des cas pénibles: désormais, 220 francs par mois;

Article 7, 4^e alinéa: Contribution aux frais d'entretien d'un chien-guide: désormais, 110 francs par mois;

Article 9, 2^e alinéa: Contribution maximale pour les services de tiers, en lieu et place d'un moyen auxiliaire: désormais, 440 francs.

Les assurés qui bénéficient de ces prestations doivent être informés d'une manière appropriée lors de leur prochaine facturation; ils pourront réclamer, avec effet au 1^{er} janvier 1980, le paiement de différences éventuelles.

¹ Extrait du Bulletin de l'AI N° 212.

Problèmes posés par la remise de moyens auxiliaires à des bénéficiaires de rentes de vieillesse

*1. Remboursement des frais d'examen et d'expertises en cas de remise d'appareils acoustiques*¹

(N^{os} 18 et 19 de la circulaire sur la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-vieillesse)

Si l'assuré consulte un spécialiste pour le traitement de l'affection comme telle, celui-ci dure en général assez longtemps et il y a plusieurs consultations. Si le patient reçoit, à cette occasion, un appareil acoustique, qui représente pratiquement un élément de ce traitement, les frais d'examen qui en résultent seront supportés par l'assurance-maladie. En revanche, si le médecin examine l'ouïe du patient dans la seule intention de donner à celui-ci un appareil acoustique, les frais entraînés par de telles consultations sont pris en charge par l'AVS. Pour la pose d'un appareil sans complications, on compte deux consultations (rarement trois). On peut donc admettre qu'en cas de facturation pour trois consultations au plus (s'il y en avait davantage, dans un cas particulier, le médecin devrait le justifier), avec les audiogrammes nécessaires, on a affaire à la simple remise et pose d'un appareil acoustique; dans ce cas, l'AVS prend en charge les frais d'examen et d'expertises en vertu du N^o 19 de la circulaire. Dans tous les autres cas, on applique le N^o 18 de la même circulaire, c'est-à-dire que les frais médicaux sont alors couverts par l'assurance-maladie.

2. Aptitude à marcher en cas de remise de prothèses à des personnes qui touchent la rente de vieillesse / Cumul de la prothèse et du fauteuil roulant

(N^{os} 1 et 2 OMAV annexe)

Lorsqu'une prothèse est remise à un assuré qui touche la rente de vieillesse, on doit prévoir que cette personne sera de nouveau en mesure de marcher seule. L'aptitude à se déplacer au moyen d'une prothèse doit revêtir une certaine importance et assurer à l'intéressé une autonomie assez étendue au moins dans les locaux qu'il habite. Peu importe, à cet égard, que l'aptitude à marcher soit possible avec ou sans l'aide d'une canne ou autre objet analogue. La remise d'une prothèse n'exclut pas la prise en charge simultanée, par l'AVS, des frais de location d'un fauteuil roulant. Ce qui est déterminant, ce sont les besoins de l'assuré. Si l'on rend vraisemblable que la mobilité de celui-ci dans ses locaux d'habitation et surtout pour des sorties peut être sensiblement améliorée, l'assurance lui accordera un fauteuil roulant même s'il a déjà une prothèse.

¹ Extrait du Bulletin de l'AVS N^o 96.

3. Remise de fauteuils roulants à des personnes âgées

Selon l'article 9, 3^e alinéa, OMAV et le N° 40 de la circulaire sur la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-vieillesse, on peut, à titre provisoire, c'est-à-dire tant que les centres de location n'existent pas en nombre suffisant, acquérir des fauteuils roulants et les remettre en prêt à des personnes âgées conformément aux dispositions de l'AI. Le nombre de ces centres ayant, maintenant, fortement augmenté, il ne faudra plus acheter de tels fauteuils pour les personnes âgées à partir du 1^{er} juillet 1980; ils seront fournis bien plutôt par les centres en question. Si cette solution se révèle insuffisante dans une région donnée, le secrétariat de la commission AI en informera le service cantonal de coordination de l'aide à la vieillesse; une copie de sa lettre sera envoyée à l'OFAS.

En bref

Les handicapés mentaux et les organisations d'entraide suisses

A l'occasion de la célébration de son vingtième anniversaire, la Fédération suisse des associations de parents de handicapés mentaux – FSAPHM – a organisé le 14 mars dernier à Zurich un débat consacré au thème mentionné ci-dessus.

Cette table ronde réunit les représentants de dix organisations concernées de près ou de loin par le problème des handicapés mentaux. Il ne s'agissait pas là de définir la structure et la mission des différentes associations, mais bien plutôt de se faire une idée sur la situation actuelle des handicapés mentaux dans notre pays et sur l'attitude de la population face à ces handicapés.

Nous reproduisons ci-après quelques extraits du compte rendu de cette table ronde, rédigé par le service d'information de la FSAPHM.

Quelle est l'image du handicapé auprès du grand public?

Les participants constatèrent qu'au cours de ces vingt dernières années, l'opinion du grand public avait été nettement sensibilisée par les préoccupations et les désirs des handicapés; c'est d'ailleurs au début de cette époque que remontent l'entrée en vigueur de l'assurance-invalidité et la fondation de la Fédération suisse de parents.

De nombreux établissements et institutions travaillant dans des secteurs très divers ont vu le jour au cours de ces deux décennies et sont aujourd'hui à même de couvrir une grande partie des besoins des handicapés qui leur sont confiés. Les problèmes financiers ont été fortement allégés par le système des subventions de l'assurance-invalidité. Ce sont avant tout les progrès réalisés dans le domaine de l'intégration des handicapés dans la société qui ont droit à notre estime. L'amélioration d'une situation alors très critique fut sans nul doute due également à un travail louable d'information entrepris par la presse, la radio et la télévision. C'est toutefois dans le cas du handicapé mental adulte qui, comme pensionnaire d'un home ou d'un foyer, doit vivre le plus souvent dans des conditions tout à fait spéciales, que cette intégration laisse le plus à désirer.

L'engagement du handicapé dans le monde du travail dépend étroitement de la situation économique. A l'époque de la haute conjoncture, les handicapés ont été accueillis à bras ouverts par l'industrie; nombreux sont pourtant ceux qui perdirent leur place aux premiers contrecoups de la récession et qui durent par conséquent s'en retourner dans le secteur particulier des ateliers protégés.

L'industrie est-elle devenue le véritable partenaire des ateliers protégés?

Un grand nombre d'organisations d'entraide ont commencé, quelques décennies déjà avant l'entrée en vigueur de l'assurance-invalidité, à œuvrer en faveur des handicapés en gérant des ateliers travaillant pour la vente à domicile; aujourd'hui, ces mêmes ateliers obtiennent leurs mandats directement de l'industrie. Il y a dix ans, l'Association suisse des institutions pour handicapés a créé spécialement à cet effet un office de coordination chargé de fournir des mandats de travail aux 170 ateliers protégés qui lui sont affiliés. Cet office a dû faire ses preuves au cours de la récession économique, et il semble qu'aujourd'hui une collaboration satisfaisante se soit établie entre l'industrie et les ateliers protégés qui regroupent tout de même, dans l'ensemble, 9500 places de travail, ce qui représente déjà l'effectif d'une fabrique d'une certaine importance.

Seules quelques maisons proposent une formule particulière d'engagement en employant un groupe de handicapés mentaux intégrés dans l'entreprise, bénéficiant d'un encadrement adéquat. Les possibilités d'intégration dans l'économie libre ne sont pas encore exploitées de façon optimale; ce n'est en effet que trop rarement qu'un handicapé se voit proposer la possibilité de franchir «le grand pas vers la liberté»; il reste en règle générale «institutionnalisé».

Comment les organisations envisagent-elles l'avenir, quels sont actuellement les objectifs vers lesquels elles tendent?

Dans notre pays, plus de 64 organisations déploient leurs activités en parallèle dans le domaine de l'aide aux handicapés; leurs activités peuvent parfois se recouper dans un système fédéraliste comme le nôtre, si bien que certains tra-

vaux risquent d'être effectués à double. Ici, il faut bien distinguer entre les organisations d'entraide de handicapés et les œuvres d'assistance *pour* handicapés. Dans ce contexte, les handicapés mentaux doivent être considérés comme un groupe à part, puisqu'ils sont incapables de défendre eux-mêmes leurs droits. C'est pour cette raison que la FSAPHM se compte au nombre des organisations d'entraide qui, tout comme un syndicat, doivent se porter garantes des handicapés mentaux qui n'ont plus de parents. Ce point de vue devrait être défendu avec plus de fermeté et plus de clarté auprès des autorités.

La multiplicité et la diversité des organisations suisses peut surprendre le profane, d'autant plus que les besoins des handicapés mentaux ne pourront être que mieux défendus dans le cadre de petits groupes spécialisés; ceci s'applique plus particulièrement aux handicapés les plus gravement atteints.

Il est regrettable que l'intégration sociale n'aille pas de pair avec l'intégration professionnelle. Les deux principes ne sont toutefois pas dissociables.

Cette intégration n'est pas réalisable sans une information suffisante; on propose pour ce faire un personnel spécialement formé qui aurait à préparer la reconnaissance de la personnalité des invalides, ceci afin d'assurer une forme d'insertion sociale. (Jusqu'à présent, les futurs enseignants n'ont pour ainsi dire jamais été confrontés au problème des élèves handicapés, le plan d'études ne se référant en aucun point à la pédagogie curative, ce qui pourtant leur aurait permis d'envisager plus facilement leurs relations avec les handicapés.) Il a été relevé à juste titre que notre revendication constante d'une meilleure intégration peut également se heurter à une certaine résistance de la part des handicapés eux-mêmes. Nous ne devrions pas nous contenter de prêter main-forte, mais devrions également apprendre à accepter les handicapés tels qu'ils sont.

Interventions parlementaires

Motion Füg, du 14 décembre 1978, concernant le statut de la femme dans l'AVS

Le Conseil des Etats devait se prononcer, en date du 3 juin, sur cette intervention parlementaire (cf. RCC 1979, p. 70), que le Conseil national avait acceptée en partie sous forme de motion, en partie sous forme de postulat (RCC 1979, p. 412). Il a suivi sa commission (cf. RCC 1980, p. 245) en transformant toute la motion en un postulat, afin d'ouvrir la voie à des solutions différenciées.

Interpellation Günter du 5 mars 1980 concernant l'assurance-chômage pour les handicapés exerçant une activité dans les ateliers protégés

Voici la réponse donnée par le Conseil fédéral en date du 7 mai (cf. RCC 1980, p. 244): Une des prescriptions fondamentales de la loi fédérale sur l'assurance-chômage veut que

les prestations de l'assurance-chômage ne soient versées qu'aux assurés «réputés aptes au placement». Il est précisé à l'article 16 de l'ordonnance sur l'assurance-chômage, ce à l'intention des organes d'exécution, que les personnes handicapées ne pouvant exercer une activité que dans un atelier protégé ne rentrent pas dans la catégorie précitée. A donc droit à l'indemnité, sans autre, toute personne ayant été formée dans des ateliers protégés ou ayant exercé une activité professionnelle temporaire, à condition toutefois qu'elle puisse travailler ailleurs que dans un atelier. En revanche, les invalides qui ne remplissent pas cette dernière condition ne sont donc pas aptes au placement et ne peuvent, pour cette raison, bénéficier des prestations de l'assurance-chômage. Un changement de cette réglementation nécessiterait une révision de la loi.

D'autre part, étant donné le système de l'assurance-chômage actuellement en vigueur, il n'est pas facile de régler les problèmes administratifs liés à la dispense des cotisations en faveur des invalides; en effet, les cotisations versées à l'assurance-chômage sont perçues en même temps que celles de l'AVS. Le législateur était d'ailleurs bien conscient du fait que cette réglementation ne pouvait pas donner entièrement satisfaction. Etant donné que les invalides concernés bénéficient de prestations sociales complètes de l'assurance-invalidité, et vu que les cotisations en question représentent des sommes extrêmement minimes, et ce quel que soit le salaire, le législateur a considéré que la solution choisie était acceptable. En outre, il faudrait également modifier la loi pour qu'il y ait dispense de cotisation. La garantie des prestations accordées aux handicapés ainsi que l'obligation de verser des cotisations pour ceux-ci posent un certain nombre de problèmes: ceux-ci devront faire l'objet d'une discussion approfondie à l'occasion des délibérations relatives au nouveau régime de l'assurance-chômage. Cette discussion traitera d'ailleurs également la question des ateliers protégés. L'Union Suisse des Invalides, Pro Infirmis, ainsi que la communauté suisse de travail pour l'intégration des handicapés ont profité de la possibilité qui leur était offerte de s'exprimer à ce sujet lors de la procédure de consultation engagée à propos du projet de nouvelle loi fédérale sur l'assurance-chômage. Leurs avis seront repris dans le message à l'appui du nouveau régime de l'assurance-chômage. Enfin ce problème ne manquera pas d'être examiné par le Parlement dans un concept global.

Informations

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

Lors de la Landsgemeinde du 27 avril 1980, un arrêté portant révision de la loi sur les allocations pour enfants a été adopté. Il prévoit pour l'essentiel les innovations suivantes:

1. Allocations familiales aux salariés

a. Montant des allocations pour enfants

Les allocations pour enfants étaient jusqu'ici de 60 francs par mois et par enfant. Elles seront dorénavant échelonnées selon le nombre d'enfants et portées à 70 francs par mois et par enfant pour les deux premiers enfants, et à 80 francs à partir du troisième enfant.

b. Contribution des employeurs

Les employeurs ont à verser à la caisse cantonale de compensation pour allocations familiales une contribution égale à 2,1 pour cent des salaires (jusqu'ici 2 pour cent).

2. Allocations familiales aux indépendants

a. Montant des allocations pour enfants

Les allocations sont fixées au même montant que celles octroyées aux salariés.

b. Limite de revenu et droit aux allocations

Les indépendants dont le revenu imposable est inférieur à 18 000 francs (jusqu'ici 12 000 fr.) ont droit aux allocations pour tous leurs enfants. Lorsque le revenu varie entre 18 000 francs (12 000 fr.) et 30 000 francs (24 000 fr.), seuls le deuxième enfant et les enfants suivants ouvrent droit à l'allocation. Si le revenu excède 30 000 francs, seuls le troisième enfant et les suivants donnent droit aux allocations.

c. Contribution des indépendants

Les indépendants ont à verser une contribution de 2,1 pour cent (jusqu'ici 2 pour cent) du revenu de leur activité lucrative soumis à contribution dans l'AVS, pour la période durant laquelle ils bénéficient des allocations.

3. Contributions des pouvoirs publics

Chaque année, le canton verse à la caisse cantonale de compensation pour allocations familiales une contribution de 200 000 francs. Il peut reporter la moitié de cette somme sur les districts.

4. Délégation de compétence au Grand Conseil

Si les moyens disponibles le permettent, sans que la contribution des pouvoirs publics soit augmentée, le Grand Conseil est compétent pour relever le montant des allocations pour enfants, de même que pour étendre le droit aux allocations pour les indépendants au deuxième, respectivement au premier enfant, et augmenter les limites de revenus.

5. Entrée en vigueur

Les nouvelles dispositions entreront en vigueur le 1^{er} juillet 1980.

Allocations familiales dans le canton de Genève

Par les lois du 14 septembre 1979 et du 6 décembre 1979, entrées en vigueur respectivement les 27 octobre 1979 et 19 janvier 1980, le canton de Genève a introduit un nouveau genre d'allocations familiales pour les salariés et agriculteurs indépendants, à savoir une *allocation d'accueil*. Cette prestation, dont le montant correspond à l'allocation de naissance (600 fr.), est versée pour le mois au cours duquel un enfant de moins de 10 ans, placé en vue d'*adoption*, est accueilli par sa future famille adoptive.

L'instauration de cette allocation a été notamment motivée par le fait que les dépenses encourues pour une adoption sont nettement supérieures à celles d'une naissance. Pour l'adoption d'enfants étrangers, les futurs parents doivent assumer en particulier les frais de voyage. Pour les adoptions d'enfants habitant en Suisse, les bébés ne peuvent être pris en charge que trois mois après leur naissance; les parents adoptifs assument les frais de pouponnière durant ces trois mois. Ils paient généralement aussi les frais d'accouchement par l'intermédiaire du bureau d'adoption.

Allocations familiales dans le canton de Lucerne

Le 25 janvier 1980, le Conseil d'Etat a modifié l'arrêté du 9 décembre 1974 relatif à la fixation des prestations et cotisations de la caisse cantonale de compensation pour allocations familiales. Le montant de l'allocation pour enfant a été relevé de 60 à 80 francs par mois et par enfant à partir du 1^{er} juillet 1980. L'allocation de naissance demeure fixée à 200 francs.

Répertoire d'adresses AVS/AI/APG

Page 19, caisse de compensation « Assurance »:

Nouvelle adresse et nouveau numéro de téléphone:

Zurich, Wengistrasse 7

Case postale 50, 8026 **Zurich**

Tél.: (01) 241 44 20.