



OFFICE FÉDÉRAL DES ASSURANCES SOCIALES

RCC

Revue à l'intention des caisses de compensation de l'AVS
et de leurs agences,
des commissions AI et des offices régionaux AI,
ainsi que des organes
des PC (prestations complémentaires à l'AVS/AI),
du régime des APG (allocations pour perte de gain aux
militaires et aux personnes qui servent dans la protection
civile) et des allocations familiales

ANNÉE 1974

Abbréviations

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
LAI	Loi sur l'assurance-invalidité
LAM	Loi sur l'assurance militaire
LAMA	Loi sur l'assurance-maladie et accidents
LAPG	Loi 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 sulle indennità ai militari per perdita di guadagno
LP	Loi sur la poursuite pour dettes et la faillite
LPC	Loi fédérale sur les PC
OAF	Ordonnance concernant l'AVS/AI facultative des ressortissants suisses résidant à l'étranger
OAI	Ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità

OAVS	Ordinanza sull'AVS
OFA	Ordinanza d'esecuzione della LFA
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OIC	Ordonnance concernant les infirmités congénitales
OIPG	Ordinanza sulle indennità di perdita di guadagno
OJ	Loi fédérale d'organisation judiciaire
OMA	Ordonnance concernant la remise de moyens auxiliaires par l'AI dans des cas spéciaux
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
OR	Ordonnance sur le remboursement aux étrangers des cotisations versées à l'AVS
ORE	Ordonnance sur la reconnaissance d'écoles spéciales dans l'AI
PA	Loi fédérale sur la procédure administrative
PC	Prestations complémentaires à l'AVS/AI
RAI	Règlement sur l'AI
RAPG	Règlement sur les APG
RAVS	Règlement sur l'AVS
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 de leur session d'hiver, les Chambres fédérales ont adopté le projet de *revision de la loi fédérale fixant le régime des allocations familiales aux travailleurs agricoles et aux petits paysans*. La RCC a déjà annoncé les décisions prises par ces deux conseils (pp. 491 et 581). Au cours des délibérations visant à éliminer les divergences, le Conseil des Etats a approuvé l'augmentation de l'allocation de ménage à 100 francs. En revanche, il s'est opposé, par 23 voix contre 6, à l'introduction d'une limite de revenu graduée. Par 17 voix contre 14, il a maintenu sa décision de fixer l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions au 1^{er} juillet 1974. Par la suite, le Conseil national s'est rallié à la décision de renoncer à la limite graduée, mais s'est prononcé de nouveau en faveur de l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions au 1^{er} avril 1974. Le Conseil des Etats l'a finalement suivi sur ce dernier point.

Au vote final intervenu le 14 décembre, le projet de loi a été approuvé sans opposition dans les deux Chambres par 148 et 34 voix.

*

La sous-commission « Aide à la vieillesse » de la commission spéciale pour les problèmes de la vieillesse a siégé le 18 décembre 1973 sous la présidence de M. Granacher, de l'Office fédéral des assurances sociales. Elle a discuté, en particulier, des dispositions d'exécution se rapportant à l'article 101 LAVS, qui prévoit des subventions pour la construction d'établissements destinés aux personnes âgées.

*

Le Conseil fédéral s'est constitué à nouveau, le 21 décembre 1973, par suite des élections de la dernière session d'hiver. Le Département de l'intérieur sera dirigé, à partir du 21 janvier, par le conseiller fédéral *Hans Hürlimann*. L'Office fédéral des assurances sociales dépendra ainsi de ce magistrat. Le conseiller fédéral *Willi Ritschard* sera le suppléant de M. Hürlimann à la tête du département.

Les modifications de la LAVS proposées par le Conseil fédéral pour le 1^{er} janvier 1975

Dans un message daté du 21 novembre 1973, le Conseil fédéral a proposé à l'Assemblée fédérale une série de modifications et de compléments à la loi concernant l'AVS (voir aussi RCC 1973, p. 586). Ces modifications doivent entrer en vigueur lors de la seconde phase de la huitième révision, le 1^{er} janvier 1975, et remplacer une partie des dispositions prévues en 1972. C'est pourquoi le Conseil fédéral a renoncé expressément à parler d'une neuvième révision, bien que les principaux éléments du nouveau projet aient une importance fondamentale.

Les dispositions proposées par le Conseil fédéral sont reproduites ci-après avec commentaires. Des explications plus détaillées se trouvent dans le message du 21 novembre 1973. Les numéros ajoutés entre parenthèses renvoient à des chapitres de cette publication, que l'on peut commander, comme d'habitude, à l'Office central fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne.

I. Modifications de la LAVS

Article 2, 3^e alinéa, LAVS

³ Le Conseil fédéral fixera les conditions auxquelles les ressortissants suisses résidant à l'étranger peuvent s'assurer facultativement lorsqu'ils n'ont pas eu la possibilité légale de le faire avant l'âge de 50 ans révolus.

Cette modification n'a pas d'effet matériel. La huitième révision a porté de 40 à 50 ans la limite d'âge pour l'adhésion des Suisses de l'étranger à l'assurance facultative (art. 2, 1^{er} al., LAVS). Dans la délégation de compétence au Conseil fédéral, prévue au 3^e alinéa, on a continué à parler d'une limite d'âge de 40 ans. Celle-ci doit maintenant être adaptée à celle du 1^{er} alinéa.

Article 9 bis LAVS (nouveau)

Adaptation du barème dégressif des cotisations

Le Conseil fédéral peut adapter aux modifications de l'indice de base, prévu à l'article 33 ter, les limites du barème dégressif des cotisations et du revenu provenant d'une activité indépendante exercée à titre accessoire qui sont fixées aux articles 6 et 8.

Les limites du barème dégressif des cotisations dues par les indépendants et les salariés dont l'employeur n'est pas tenu de payer des cotisations doivent devenir mobiles. L'adaptation à l'évolution économique est, selon le projet, confiée au Conseil fédéral, de manière que les revisions périodiques de la loi deviennent désormais superflues. La limite supérieure de revenu pour l'application du barème dégressif est actuellement de 20 000 francs et le restera dès 1975. Elle correspond à l'indice de base de 500 points dont il est question à l'article 33 ter. Si cet indice monte plus tard à 600 points par exemple, le Conseil fédéral étendrait le barème jusqu'à un revenu annuel de 24 000 francs. Il en va de même de la limite inférieure qui est actuellement fixée à 2000 francs et constitue, en même temps, le critère de délimitation pour l'assujettissement obligatoire de revenus provenant d'une activité salariée accessoire. (Message 35.)

Article 11 LAVS

¹ Les personnes obligatoirement assurées, pour lesquelles le paiement des cotisations conformément à l'article 8, 1^{er} alinéa, ou 10, 1^{er} alinéa, constituerait une charge trop lourde, pourront obtenir, sur demande motivée, une réduction équitable des cotisations pour une période déterminée ou indéterminée; ces cotisations ne seront toutefois pas inférieures aux cotisations minimales prévues par les articles 8, 2^e alinéa, et 10, 1^{er} alinéa.

² Les personnes qui sont obligatoirement assurées et que le paiement des cotisations minimales mettrait dans une situation intolérable pourront obtenir, sur demande motivée, la remise des cotisations; une autorité désignée par le canton de domicile sera entendue. Le canton de domicile versera pour ces assurés les cotisations minimales. Les cantons peuvent faire participer les communes de domicile au paiement de ces cotisations.

Lors de la huitième revision, on a oublié d'adapter au nouveau taux de 78 francs la cotisation minimale — fixée dans cet article à 40 francs — due par les indépendants et les non-actifs. La nouvelle teneur proposée n'indique plus de montant, mais parle seulement de cotisation minimale, si bien que le texte ne devra plus être corrigé lors des futures modifications de cotisations. (Message 543.)

Article 30, 4^e et 5^e alinéas, LAVS

⁴ La somme des revenus de l'activité lucrative est revalorisée d'après l'indice de base prévu à l'article 33 ter.

⁵ Le Conseil fédéral fait fixer chaque année les facteurs de revalorisation d'après l'indice de base. Il peut édicter des dispositions de détail sur l'adaptation des revenus de l'activité lucrative à l'indice de base, notamment pour les cas de durée de cotisations incomplète, ainsi que sur l'arrondissement des revenus déterminants au multiple de cent francs immédiatement supérieur ou inférieur.

4^e alinéa: Jusqu'à présent, le facteur de revalorisation était fixé par la loi (2,1 pour les rentes prenant naissance en 1973 et 1974). Dorénavant, il dépendra de l'indice de base. Il se calculera en divisant cet indice par la moyenne des indices de salaires des années pour lesquelles l'assuré a payé des cotisations.

Exemple:

Facteur de revalorisation pour 1975 =

$$\frac{\text{indice de base 500}}{\text{Ø indice des salaires 1948-1974} = 205,7} = 2,430$$

En revanche, s'il s'agit d'un assuré qui n'a payé des cotisations que pendant les années 1969-1974, ce facteur n'est que de 1,287; en effet, l'indice moyen des salaires de ses années de cotisations se trouve à un niveau sensiblement plus élevé que dans le premier exemple. Une revalorisation de plus du double ne serait pas justifiée ici. (Message 332.)

5^e alinéa: Le Conseil fédéral était déjà autorisé à prévoir des arrondissements vers le haut ou le bas et à édicter des règles dérogatoires concernant le facteur de revalorisation pour les assurés dont la durée de cotisations est incomplète. La nouvelle teneur lui confie en outre la réglementation de tous les détails.

Article 33 ter LAVS (nouveau)

Indice de base

¹ Le Conseil fédéral, sur proposition de la Commission fédérale de l'AVS/AI, fixe un indice de base servant au calcul des rentes et à leur adaptation à l'évolution des salaires et des prix. Un point de l'indice de base correspond à un franc.

² L'indice de base est fixé compte tenu des indices des salaires et des prix déterminés d'après les statistiques. L'indice des salaires correspond à l'indice de la statistique des revenus de l'AVS et l'indice des prix à l'indice national des prix à la consommation.

³ L'indice de base est de 500 points pour 1975.

L'indice de base est désormais la valeur centrale d'après laquelle se règle l'adaptation des rentes AVS/AI à l'évolution économique. Il détermine aussi bien la revalorisation des revenus moyens (art. 30, 4^e al., LAVS) que le contenu de la formule de rente (art. 34). Une modification de l'indice entraîne également l'adaptation d'autres constantes (barème dégressif des cotisations, limites de revenu pour le calcul des rentes extraordinaires et des PC, etc.).

Pour 1975, l'indice de base est fixé par la loi à 500 points. Le Conseil fédéral devra le fixer pour les années suivantes; cependant, pour des raisons techniques, on ne pourra procéder qu'à des hausses égales à 50 points ou à des multiples de 50 points.

Si l'indice est modifié, il en résultera non seulement un changement des éléments de calcul pour les nouvelles rentes, mais aussi, automatiquement, une adaptation des rentes en cours dans la même proportion. On élèvera, aussi dans les cas de rentes en cours, le salaire déterminant au niveau du nouvel indice de base, et l'on calculera alors la rente selon la même formule ou la même table de rentes que celle qui est applicable à une nouvelle rente correspondante. (Message 331, 333, 334.)

Article 33 quater LAVS (nouveau)

Adaptation des rentes à l'évolution des salaires et des prix

¹ Le Conseil fédéral est autorisé à adapter les rentes ordinaires au moins à l'évolution des prix et au plus à l'évolution générale des salaires. Il augmentera, autant que possible, les rentes en cours et les nouvelles rentes dans la même mesure, et fixera en conséquence l'indice de base prévu à l'article 33 ter. Il tiendra compte, à cet effet, de la situation financière de l'assurance, de la Confédération et des cantons, de même que de la situation économique générale.

² Le Conseil fédéral peut édicter des prescriptions complémentaires et prévoir une procédure simplifiée pour l'adaptation des rentes.

1^{er} alinéa: A partir de 1976, le Conseil fédéral ne pourra fixer l'indice de base à sa guise. Le projet de loi prévoit, comme limite inférieure, l'indice des prix, et comme limite supérieure l'indice des salaires AVS (voir art. 33 ter, 2^e al.). En outre, notre gouvernement devra tenir compte de la situation financière de l'assurance, de la Confédération et des cantons, ainsi que de la situation économique générale. La fixation de l'indice de base représentera chaque fois une décision très importante du Conseil fédéral. Les propositions seront élaborées par la Commission fédérale de l'AVS/AI (art. 33 ter, 1^{er} al.). (Message 32, 335.)

2^e alinéa: Cette disposition a été reprise des lois de révision promulguées jusqu'à présent. Elle permet de renoncer, notamment lors des augmentations de rentes, à la notification de décisions particulières pour chaque bénéficiaire de rente.

Article 34 LAVS

Calcul et montant des rentes complètes

1. La rente simple de vieillesse

¹ La rente mensuelle simple de vieillesse se compose:

- d'un montant fixe égal à quatre cinquièmes du montant de l'indice de base, ainsi que
- d'un montant variable égal au soixantième du revenu annuel moyen déterminant.

² Elle est égale au moins au montant de l'indice de base et au plus au double de ce montant.

³ La rente minimale est versée jusqu'à un revenu annuel moyen déterminant égal à douze fois le montant de l'indice de base et la rente maximale, à partir d'un revenu annuel moyen déterminant égal à 72 fois ledit montant.

Dans cet article, les éléments de la rente, fixés jusqu'à présent en francs, ont été remplacés par des valeurs relatives se rapportant à l'indice de base, si bien que l'on dispose à présent d'une formule de rente valable à titre définitif.

Lorsque l'indice de base est de 500 points, le montant fixe équivaut à quatre cinquièmes = 400 francs par mois. Le montant mensuel variable, qui est égal au soixantième du revenu annuel revalorisé (= 20 % du revenu mensuel), reste défini de la même manière.

Ainsi, la rente simple de vieillesse sera, avec un indice de base de 500 points:

- d'au moins 500 francs par mois jusqu'à concurrence d'un revenu annuel déterminant revalorisé de 6000 francs;*
- d'au maximum 1000 francs par mois dans les cas où le revenu annuel déterminant revalorisé atteint ou dépasse 36 000 francs. (Message 333.)*

Article 42, 1^{er} alinéa, LAVS

¹ Les ressortissants suisses domiciliés en Suisse, qui n'ont pas droit à une rente ordinaire ou dont la rente ordinaire est inférieure à la rente extraordinaire, ont droit à cette dernière, si les deux tiers de leur revenu annuel, auquel est ajoutée une part équitable de leur fortune, n'atteignent pas les limites ci-après:

Pour les bénéficiaires de

	Fr.
— rentes simples de vieillesse et rentes de veuves	7 800
— rentes de vieillesse pour couples	11 700
— rentes d'orphelins simples et doubles	3 900

Jusqu'à présent, les limites de revenu qui étaient déterminantes, dans certains cas, pour l'octroi de rentes extraordinaires correspondaient nominale-ment aux taux maximaux des limites de revenu pour l'octroi de PC. Cette concordance est maintenue. Le Conseil fédéral propose donc une hausse des taux prévus par la loi, qui sera égale à celle prévue par l'article 2, 1^{er} alinéa, LPC. (Message 34.)

Article 42 ter LAVS (nouveau)

Adaptation des limites de revenu

Le Conseil fédéral peut adapter à l'évolution des prix les limites de revenu prévues à l'article 42, 1^{er} alinéa, au moment où il fixe à nouveau les rentes ordinaires conformément à l'article 33 quater, 1^{er} alinéa.

Le montant mensuel de la rente extraordinaire non réduite correspond au montant minimum de la rente ordinaire complète et subit ainsi, comme lui, les modifications de l'indice de base. Dans de nombreux cas, cependant, les rentes extraordinaires sont encore liées à des limites de revenu, qui doivent, comme pour les PC (voir art. 3 bis LPC), être adaptées à l'évolution des prix. Une telle adaptation devra être ordonnée par le Conseil fédéral chaque fois que celui-ci décidera une modification des rentes ordinaires.

Article 43 ter LAVS

Surveillance de l'équilibre financier

Avant chaque adaptation des rentes ordinaires conformément à l'article 33 quater, 1^{er} alinéa, le Conseil fédéral fait examiner l'équilibre financier de l'assurance et soumet le résultat de cet examen à la Commission fédérale de l'AVS/AI. Il propose au besoin une modification de la loi.

L'article 43 ter contenait jusqu'à présent les prescriptions concernant l'adaptation des prestations à l'évolution des prix et des revenus. Ce point est désormais réglé par les articles 33 ter et 33 quater en corrélation avec le calcul des rentes. L'article 43 ter peut ainsi se limiter à la question de la surveillance de l'équilibre financier.

Article 47, 1^{er} et 3^e alinéas, LAVS

¹ Les rentes et allocations pour impotents indûment touchées doivent être restituées. La restitution peut ne pas être demandée si l'intéressé était de bonne foi.

³ Le Conseil fédéral édicte les prescriptions complémentaires et règle la procédure.

Jusqu'à présent, la remise de l'obligation de restituer des rentes indûment touchées n'était possible que lorsque l'intéressé remplissait deux conditions: celle de la bonne foi et celle de la situation difficile où l'aurait mis une telle restitution. Or, cette règle n'était pas satisfaisante, notamment, là où des paiements de rentes avaient été effectués par suite d'une erreur de l'administration. La nouvelle teneur donne au Conseil fédéral la possibilité de renoncer, dans de tels cas et dans d'autres cas où la remise est justifiée, à la condition de la situation difficile. Cependant, la remise n'est possible, comme par le passé, que si l'intéressé est de bonne foi. (Message 336.)

Article 101 LAVS (nouveau)

Subventions pour la construction

¹ L'assurance peut allouer des subventions pour la construction, l'agrandissement et la rénovation d'établissements et d'autres installations pour personnes âgées.

² Le Conseil fédéral détermine les établissements et les installations prévus au 1^{er} alinéa pour lesquels des subventions sont allouées, ainsi que les conditions d'octroi des subventions. Il fixe le montant des subventions.

³ Les subventions de l'assurance sont allouées dans la mesure où des subventions conformes au 1^{er} alinéa ne sont pas accordées en vertu d'autres lois fédérales.

Il s'agit là de la première prestation collective de l'AVS en faveur des personnes âgées. La solution proposée correspond à celle qui a été adoptée pour les subventions de l'AI aux frais de construction et d'agencement; elle a pour fondement le nouvel article 34 quater, 7^e alinéa, Cst.

Sont prévues des subventions à la construction s'élevant au tiers (ou à la moitié au plus) des dépenses considérées. Dans chaque cas, la nécessité du projet devra être soumise à un examen minutieux; de même, il s'agira de vérifier si le projet présenté est adéquat. Pour ne pas retarder la réalisation de projets mûrs, le Conseil fédéral prévoit une réglementation transitoire accordant des subventions aux constructions qui ont été commencées avant le 1^{er} janvier 1975. (Message 52.)

Article 103, 1^{er} alinéa, LAVS

¹ Les contributions des pouvoirs publics à l'AVS s'élèvent au cinquième au moins et, à partir de 1978, au quart au moins des dépenses annuelles moyennes. Le Conseil fédéral fixe d'avance, pour une période de trois ans, le montant des contributions dues pour chaque année. Les contributions peuvent être fixées à nouveau lors de chaque adaptation des rentes conformément à l'article 33 quater, 1^{er} alinéa, ou à l'article 43 ter.

Dans cet article, on s'est borné à modifier le renvoi aux dispositions qui règlent l'adaptation des rentes. Il n'y a pas de modification matérielle.

Article 104 LAVS

Contribution de la Confédération

La Confédération fournit sa contribution en premier lieu à l'aide des ressources qu'elle tire de l'imposition du tabac et des boissons distillées. Elle la prélève sur la réserve selon l'article 111.

La teneur ici proposée correspond au nouveau texte de l'article 34 quater, 2^e alinéa, lettre b, Cst., selon lequel la Confédération couvre les dépenses occasionnées par le paiement de contributions en puisant, en premier lieu, dans les ressources prévues par cette disposition. (Message 544.)

La réserve de la Confédération

Article 111 LAVS

Les recettes provenant de l'imposition du tabac et des boissons distillées sont créditées au fur et à mesure à la réserve de la Confédération pour l'AVS/AI. La réserve ne porte pas intérêt.

Jusqu'à présent, on parlait du « fonds spécial » de la Confédération. Ce n'est cependant pas un fonds au sens propre; il s'agit bien plutôt d'une réserve comptable. Etant donné que la désignation de cette réserve doit, quoi qu'il en soit, être modifiée, compte tenu de la nouvelle base constitutionnelle (inclusion de l'AI dans les recettes provenant du tabac et des boissons distillées), le Conseil fédéral propose qu'on apporte cette précision. Il était déjà prévu par la loi que la réserve ne portait pas intérêt. (Message 544.)

II. Modification de la LPC

Article 2, 1^{er} alinéa, LPC

¹ Les ressortissants suisses domiciliés en Suisse qui peuvent prétendre une rente de l'AVS, une rente ou une allocation pour impotent de l'AI, doivent bénéficier de prestations complémentaires si leur revenu annuel déterminant n'atteint pas un montant à fixer dans les limites ci-après:

- pour les personnes seules et pour les mineurs bénéficiaires de rentes d'invalidité, 6600 francs au moins et 7800 francs au plus;
- pour les couples, 9900 francs au moins et 11 700 francs au plus;
- pour les orphelins, 3300 francs au moins et 3900 francs au plus.

Il se révèle, d'ores et déjà, que les limites de revenu fixées en 1972 par l'Assemblée fédérale pour 1975 seront insuffisantes, étant donné qu'elles ne sont supérieures que de 9 % environ à celles de 1973 et qu'elles tiennent compte dans une trop faible mesure de la cote actuelle de renchérissement pour deux ans. Le Conseil fédéral propose donc que cette hausse soit portée à 18 %, ce qui donnerait les montants suivants, en francs:

Limites de revenu	Valables pour 1973 et 1974	Prévues d'abord pour 1975	Proposées mainte- nant pour 1975
Personnes seules .	5 400 - 6 600	6 600 - 7 200	6 600 - 7 800
Couples	8 100 - 9 900	9 900 - 10 800	9 900 - 11 700
Orphelins	2 700 - 3 300	3 300 - 3 600	3 300 - 3 900

(Message 51.)

Article 3 bis LPC (nouveau)

Adaptation à l'évolution des prix

Le Conseil fédéral peut adapter à l'évolution des prix les montants prévus aux articles 2, 1^{er} alinéa, 3, 1^{er} alinéa, lettre *b*, 3, 2^e alinéa, 3, 4^e alinéa, lettres *d* et *e*, et 4, 1^{er} alinéa, lettres *a* et *b*, au moment où il fixe à nouveau les rentes conformément à l'article 33 quater, 1^{er} alinéa, de la LAVS.

Selon le projet, l'adaptation des montants fixes, dans le domaine des PC, doit elle aussi relever de la compétence du Conseil fédéral. Celui-ci devra envisager une adaptation chaque fois qu'il décidera une modification des rentes ordinaires; cependant, cette adaptation ne suivra que l'évolution des prix lorsqu'il s'agira de PC. Elle s'étendra aux montants suivants:

- limites de revenu minimales et maximales*
- montants non imputables de la fortune (denier de nécessité)*
- revenus privilégiés tirés de l'activité lucrative ou obtenus sous forme de rentes*
- déduction des primes d'assurance*
- franchise en cas de déduction des frais de maladie et de moyens auxiliaires*
- déduction pour loyer.*

(Message 51.)

Article 4, 1^{er} alinéa, lettre *b*, LPC

b. Prévoir une déduction pour loyer jusqu'à concurrence d'un montant annuel de 1800 francs pour les personnes seules et de 3000 francs pour les couples et les personnes qui ont des enfants ayant ou donnant droit à une rente pour la part du loyer annuel qui dépasse 780 francs dans le premier cas ou 1200 francs dans le second.

En augmentant les taux pour la déduction du loyer, on tient compte du renchérissement continu enregistre dans ce secteur. (Message 51.)

Article 9, 1^{er} alinéa, LPC

¹ Les subventions que la Confédération alloue aux cantons pour leurs dépenses résultant du versement de prestations complémentaires sont prélevées sur la réserve prévue à l'article 111 de la LAVS.

Jusqu'à présent, la Confédération pouvait utiliser les ressources qu'elle tirait de l'imposition fiscale du tabac et des boissons distillées uniquement pour l'AVS et pour les prestations complémentaires à celle-ci. Quant à ses subventions à l'AI et aux prestations complémentaires de l'AI, elle devait les financer à l'aide de ses recettes générales. A l'avenir, toutes ces contributions pourront être tirées de la réserve mentionnée à l'article 111 LAVS; celle-ci sera cependant épuisée à court terme. (Message 544.)

Article 10, 1^{er} alinéa, lettre a, LPC

a. Un montant maximum de 11,5 millions de francs à la fondation suisse Pro Senectute.

Le Conseil fédéral propose d'élever de 1,5 million de francs la limite actuelle de la subvention, qui est de 10 millions de francs, pour que cette fondation puisse faire face à ses tâches toujours croissantes. (Message 531.)

Article 10, 2^e alinéa, LPC

² Les subventions en faveur des fondations suisses Pro Senectute et Pro Juventute sont allouées à l'aide des ressources de l'AVS, et celles dont bénéficie Pro Infirmis à l'aide des ressources de l'AI.

Jusqu'à maintenant, les subventions à Pro Senectute et Pro Juventute étaient prélevées sur le fonds spécial cité à l'article 111 LAVS, tandis que la subvention en faveur de Pro Infirmis était tirée des recettes générales de la Confédération. Ces subventions pourront désormais être financées à l'aide des ressources de l'AVS et de l'AI grâce au nouvel article 34 quater, 7^e alinéa, Cst. (Message 546.)

Article 11, 1^{er} alinéa, lettre b, LPC

b. Pour verser des prestations uniques ou périodiques à des ressortissants étrangers, à des réfugiés et à des apatrides nécessiteux qui sont domiciliés en Suisse et y résident depuis cinq ans au moins, à la condition qu'un événement assuré au sens des lois sur l'AVS ou sur l'AI se soit réalisé;

Lors de la huitième révision de l'AVS, les apatrides ont été assimilés aux réfugiés quant à leur droit aux prestations complémentaires; ils peuvent dès lors bénéficier de telles prestations après avoir habité pendant cinq ans seulement dans notre pays.

Il importe donc d'adapter le délai pour les prestations d'assistance versées par l'intermédiaire des institutions d'utilité publique. (Message 532.)

III. Modification de la loi sur l'alcool

Article 45, 1^{er} alinéa

¹ La part de la Confédération au bénéfice net est affectée à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité.

La teneur actuelle de cette disposition date de l'époque qui a précédé l'introduction de l'AVS. Aujourd'hui, elle est dépassée et de plus, elle n'est plus conforme à la constitution. Sa modification s'imposait donc. (Message 545.)

IV. Supplément de prestation complémentaire en 1974

¹ Les cantons qui versent un supplément de prestation complémentaire reçoivent, pour leurs dépenses supplémentaires, mais au maximum pour un supplément de 300 francs pour les personnes seules et de 450 francs pour les couples, les personnes qui ont des enfants ayant ou donnant droit à une rente et les orphelins qui font ménage commun, des subventions conformément à l'article 9 de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI. Le Conseil fédéral fixe le mois pendant lequel le supplément est versé.

² Dans les cantons qui ne sont pas en mesure d'adapter à temps leur législation sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI, le gouvernement cantonal peut décider le versement d'un supplément de prestation complémentaire au sens du 1^{er} alinéa et en fixer le montant.

1^{er} alinéa: Contrairement à la réglementation adoptée en 1972, le Conseil fédéral ne propose pas de verser une rente mensuelle double en 1974 à tous les bénéficiaires de rentes, mais ne voudrait accorder ce supplément qu'aux bénéficiaires de prestations complémentaires. Les montants de 300 francs pour les personnes seules et de 450 francs pour les couples et les familles sont des maximums. Les cantons sont libres de verser des suppléments dans les limites indiquées ci-dessus. Le Conseil fédéral fixera le terme du versement.

2^e alinéa: Cette autorisation fédérale est nécessaire, car sinon, plusieurs cantons ne pourraient prendre à temps leurs mesures pour l'octroi et le versement de ce supplément. (Message 4.)

V. Dispositions transitoires

1. Assurance-vieillesse et survivants

a. Nouveau calcul des rentes en cours au 1^{er} janvier 1975

¹ Les rentes ordinaires en cours sont converties en rentes complètes et partielles selon le nouveau droit. A cet effet, le revenu annuel moyen déterminant jusqu'ici est adapté à l'indice de base de 500 points.

² Le montant des nouvelles rentes ne peut en aucun cas être inférieur à celui des anciennes rentes. Sont réservées les réductions pour cause de sur-assurance.

Voir remarques concernant les articles 33 ter, 33 quater et 34 LAVS.

b. Prescriptions complémentaires sur le nouveau calcul des rentes

Le Conseil fédéral peut édicter des prescriptions complémentaires et prévoir une procédure simplifiée pour le nouveau calcul des rentes en cours.

Voir remarque concernant l'article 33 quater, 2^e alinéa.

c. Abrogation de dispositions légales

Les dispositions des sections VI/1 et VIII/1c de la loi fédérale du 30 juin 1972 modifiant celle qui concerne l'AVS, ainsi que les lois qui sont en rapport avec elle (huitième révision de l'AVS), sont abrogées.

Toutes les anciennes rentes seront recalculées au 1^{er} janvier 1975 d'après les règles en vigueur pour les nouvelles rentes. Ainsi, l'augmentation de 20 pour cent des rentes en cours, décidée par la loi de 1972 sur la huitième révision de l'AVS, devient caduque; on la remplace par un nouveau calcul fondé sur l'indice de base de 500 points, ce qui entraîne une hausse (selon l'échelon figurant au tableau) d'environ 25 pour cent (cf. commentaires de l'art. 34 LAVS).

2. Prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité

La section II de la loi fédérale du 9 octobre 1970 modifiant la loi sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI et la section VI/2 de la loi fédérale du 30 juin 1972 modifiant celle qui concerne l'AVS, ainsi que les lois qui sont en rapport avec elle (huitième révision de l'AVS), sont abrogées.

L'abrogation concerne les dispositions transitoires de la loi modifiant la LPC, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1971, ainsi que les limites de revenu dont il est question à l'article 2, 1^{er} alinéa.

VI. Dispositions finales

¹ Le Conseil fédéral est chargé de l'exécution.

² La présente modification est soumise au référendum facultatif.

³ Les sections I à III et V entrent en vigueur le 1^{er} janvier 1975. Le Conseil fédéral fixera la date de l'entrée en vigueur de la section IV.

Le Conseil fédéral déclare qu'il ordonnera, avant l'expiration du délai d'opposition, le versement (prévu par la section IV) d'un supplément de PC, et ceci dès qu'il apparaîtra que l'on ne doit plus guère s'attendre à un référendum. (Message 43.) En 1972, la prestation supplémentaire (c'était la double rente) a pu être versée en septembre.

Mise à jour et reprise sur supports magnétiques du registre central des assurés en vue de son automatisé

La Centrale de compensation est chargée de tenir un registre central des assurés destiné en premier lieu à rassembler les comptes individuels lorsque survient l'événement assuré.

Ce registre, dont l'existence commença en fait en 1948, fut à l'origine tenu à l'aide de cartes perforées. Au début, une carte fut établie pour chaque CIC (compte individuel de cotisations): une carte A, jaune, lors de la première demande, avec entre autres l'état personnel de l'assuré (nom, prénoms, date de naissance, etc.) et une carte B, grise, lors d'un changement de caisse, de sorte que dans la majeure partie des cas, il y avait plusieurs cartes par assuré, voire parfois plus d'une dizaine. A fin 1954, le registre comportant déjà environ 6,5 millions de cartes, il fut décidé, pour en limiter l'expansion, de modifier la procédure et d'introduire une nouvelle « carte d'assuré » sur laquelle on pourrait inscrire, non seulement une, mais cinq caisses ayant ouvert un CIC.

Par la suite, on alla encore plus loin en transférant sur les nouvelles « cartes d'assuré » toutes les informations contenues sur les cartes A et B des assurés ayant des CIC auprès de plus d'une caisse, les références et commentaires inscrits à la main étant fidèlement retranscrits manuellement sur les nouvelles cartes. Cette action dura jusqu'en 1960 et dut alors être abandonnée, du fait que le personnel occupé à ce travail devait être engagé dans l'AI qui venait d'entrer en vigueur. On put ainsi, en cinq ans, mettre à jour les cartes des années de naissance 1927 à 1939, tout en réduisant de manière appréciable le volume du registre.

Aux cartes mentionnées ci-dessus s'en ajoutaient d'autres de couleur bleue, verte ou jaune selon qu'il s'agissait d'assurés pour lesquels on avait procédé à un rassemblement des CIC, de personnes à qui un numéro AVS avait été attribué par des autorités militaires ou de personnes libérées de l'obligation de cotiser.

La mise à jour de l'ancien registre sur cartes perforées

Le volume des cas à traiter, la difficulté de trouver du personnel et l'apparition de nouvelles techniques de traitement de l'information incitèrent la Centrale de compensation à étudier, au début de l'année 1960 déjà, la possibilité d'automatiser la tenue du registre central. Le transfert du registre d'alors sur des supports magnétiques était une opération délicate; une mise à jour préalable des cartes perforées était indispensable. Il s'agissait de rendre lisible

pour les machines, sous peine de les perdre, les informations importantes définies par les couleurs des cartes, et celles que donnaient les inscriptions faites à la main ou avec un tampon.

Cette mise à jour, qu'il était prévu de commencer à fin 1965, ne débuta effectivement qu'au début de 1967, en raison de la difficulté de mise au point des procédures de travail. Il fallait mener de front l'épuration et le traitement des affaires courantes qui ne souffrait aucun retard.

A cette époque, le registre comportait environ 7,5 millions de cartes. Il s'agissait pratiquement de prendre manuellement une à une chaque carte, de la contrôler visuellement, d'y apporter le cas échéant des corrections en tenant compte aussi bien des inscriptions manuscrites antérieures que des informations perforées, éventuellement même après avoir recherché des données manquantes par écrit ou par téléphone auprès d'une ou de plusieurs caisses de compensation, d'offices d'état civil ou de contrôle des habitants.

De plus, dans bien des cas, il fut nécessaire de rechercher, sur la base de numéros AVS de référence, d'autres cartes se rapportant au même assuré, mais tenues sous un autre nom — en cas de mariage, divorce, erreur de communication — ou sous une autre date de naissance, de manière à vérifier ou à établir, en y portant des codes supplémentaires, la liaison entre les cartes d'une même personne. Par ailleurs, tous les numéros AVS ainsi que leur numéro d'ordre durent également être contrôlés et souvent modifiés, avec communication aux caisses, afin qu'aucun numéro ne soit attribué à plusieurs assurés.

Pour que les résultats de la mise à jour du registre deviennent utilisables pour le traitement mécanique, il fallut encore reperforer sur de nouvelles cartes les corrections apportées ainsi que les inscriptions manuscrites anciennes.

La mise à jour des cartes perforées se fit par années (1950, 1949, 1948...).

Au départ, on avait estimé possible de mettre à jour 2 millions de cartes durant l'année 1967 si 4 ou 5 collaborateurs s'y consacraient à plein temps, ceci sans compter les travaux annexes traités par la mécanographie. Le bilan de janvier 1968 fut moins positif: 1 534 000 cartes seulement avaient été traitées en 12 mois. On dut mettre les bouchées doubles et engager trois personnes supplémentaires. A la fin de l'année 1968, on constata avec surprise que malgré cet effort, les buts fixés n'avaient pu être atteints et qu'en poursuivant au même rythme, ils ne le seraient probablement pas avant la fin de 1972; on n'avait reperforé que 40 pour cent des cartes du registre, soit 3 millions.

Plus de 100 000 heures de travail furent nécessaires, dont environ 5000 avec l'ordinateur UNIVAC UCT et ses satellites.

De nouvelles mesures furent prises pour accélérer le travail, de manière que l'opération de mise à jour se terminât en avril 1972.

La reprise des données sur supports magnétiques

Avec la mise à jour du registre central, seule une partie du problème avait trouvé sa solution. Un nouveau pas important devait être franchi en mettant à temps sur pied:

- la procédure d'enregistrement sur les supports magnétiques des données tenues jusqu'ici sur les cartes perforées, et comme celle-ci durerait probablement des mois, sinon des années, il fallut que la Centrale tînt en parallèle deux registres différents, celui des cartes non encore reprises et celui des cas déjà transférés dans les mémoires de l'ordinateur;
- la procédure permettant de traiter ces derniers sans que les caisses et les autres partenaires du registre central soient obligés d'utiliser deux méthodes de travail différentes selon que leurs communications et mutations concernaient l'un ou l'autre des registres.

Simultanément se posa la question de l'achat d'un nouvel ordinateur; avant d'en fixer la configuration, on hésita sur la solution définitive à choisir. Les supports magnétiques du nouveau registre seraient-ils des bandes magnétiques à accès séquentiels, sûres, pratiquement sans limitation de capacité mais lentes, ou au contraire, une mémoire de masse, le « data cell drive » (mémoire à feuillets magnétiques), à accès directs, beaucoup plus rapide mais encore presque inconnue en Suisse, de capacité relativement limitée et plus coûteuse? Cette dernière eut la préférence (la première solution, avec uniquement des bandes magnétiques, n'aurait probablement jamais fonctionné, ou avec des délais de traitement qui auraient entravé la bonne marche des travaux d'une façon inadmissible).

Toutefois, la condition de ce choix était qu'il fallait, pour limiter les frais, enregistrer pratiquement près de 600 millions de signes (caractères, chiffres, etc.) dans une mémoire faite en principe pour n'en contenir que 400 millions. Il y eut donc, en plus des problèmes de l'organisation du nouveau registre et de sa reprise, un nouveau problème à résoudre, purement technique. Et les délais disponibles n'étaient pas longs. On y arriva en transformant toutes les données, en les comprimant en quelque sorte, selon autant d'algorithmes qu'il y avait d'éléments différents. Les lettres furent codifiées et les nombres traités sur des bases binaires ou autres selon les cas.

Problèmes spéciaux

D'autres difficultés encore durent être surmontées; quelques-unes seront évoquées ici, qui intéresseront surtout les spécialistes.

Comme on le sait, un assuré peut posséder plusieurs numéros AVS à la suite d'un changement de nom de famille (mariage, divorce) ou à la suite d'erreurs portant par exemple sur le nom ou la date de naissance. Il fallut donc établir des liaisons, ou autrement dit le chaînage entre les différents numéros AVS souvent attribués à une même personne. Le registre ne remplit sa fonction que si l'on peut retrouver un assuré en tout temps et par une seule opération, quel que soit le numéro sous lequel la « demande » ou la mutation est présentée. Il était également indispensable que la chaîne pût être complétée par l'adjonction de nouveaux numéros, lors des nouvelles modifications de l'identité de l'assuré. La méthode à trouver pour traiter ces liaisons devait permettre de résoudre automatiquement même les cas extrêmes, par

exemple pour des assurés possédant plus d'une douzaine de numéros AVS différents (en réalité, on découvrit des personnes ayant jusqu'à 15 numéros).

L'attribution automatique des numéros AVS, y compris le numéro d'ordre avec distinction des personnes ayant les mêmes éléments personnels, à l'exception par exemple d'une lettre dans un prénom (ROBERT-TISSOT, Jules Henri et ROBERT-TISSOT, Jules Henry, nés à la même date), fut un autre casse-tête. Là aussi, le fait d'avoir, comme même numéro AVS possible, un numéro à 8, 9 ou 10 chiffres ancien ou un numéro à 11 chiffres nouveau, sous l'un ou l'autre desquels une demande pouvait être présentée et une réponse également exigée, de même que certaines des exceptions longtemps acceptées dans la création de la clé du nom, particulièrement avec les diphtongues, donnèrent quelques cheveux gris aux analystes responsables.

Et que dire de toutes les autres particularités, telles que par exemple les innombrables contrôles indispensables sous peine de blocage du système, pour éviter des mutations contradictoires et pour assurer une sécurité aussi grande que possible à l'ensemble !

Pour réaliser les programmes nécessaires aux deux procédures de reprise et de traitement du registre, dans les délais impartis et avec un effectif de spécialistes fort peu nombreux pour une telle tâche, et pour accomplir tous les autres travaux allant de la réorganisation générale à l'établissement de multiples formules entièrement nouvelles, en passant par la formation du personnel de perforation et de contrôle, et l'installation du nouvel ordinateur IBM avec tous les problèmes annexes, la Centrale dut mettre sur pied un plan de travail précis, pour la durée totale de l'opération, soit près de cinq ans, mais suffisamment souple pour être révisé et adapté à l'évolution de la situation. On s'aida pour cela de la méthode PERT (Program Evaluation and Review Technic).

La procédure de reprise fut conçue dès le début en vue d'enregistrer les classes d'âge une à une en commençant par 1952. Il était d'une part impossible de traiter tout le registre en une fois, la seule lecture de toutes ses cartes, sans aucun contrôle de plausibilité, nécessitant plus de 300 heures d'ordinateur; d'autre part, les jeunes années comportant moins d'erreurs, l'expérience acquise en les traitant pouvait être utile ultérieurement lorsque viendraient les cartes anciennes, établies au début de l'AVS et dont la qualité était moindre. En outre, on avait prévu que la mise à jour du registre ne serait pas encore terminée et que les deux actions devraient se dérouler en parallèle durant près de 10 mois. Ce phénomène conduisit au « blocage » des années en cours d'enregistrement; il interdit toute transaction sur ces dernières du fait que les indications à traiter sont réparties sur plusieurs registres en travail.

La procédure de reprise commença le 1^{er} novembre 1970 pour se terminer à la mi-juin 1972. L'enregistrement d'une classe d'âge nécessitait le traitement des données par plus de 40 programmes différents, certains de ces derniers étant utilisés plusieurs fois, jusqu'à ce que les listes de contrôle n'indiquent plus une erreur. Onregistra en moyenne un peu plus de deux années

d'assurance par mois; au début, il ne fallait pas moins de trois mois pour traiter complètement une année, alors qu'à la fin, 3 à 4 semaines suffisaient. Pour effectuer l'ensemble de l'opération de reprise, on n'utilisa pas moins de 4000 heures d'ordinateur, soit 10 en moyenne par jour ouvrable.

L'un des gros problèmes fut celui du choix et de la formation des collaborateurs des bureaux de contrôle. Ils furent prélevés sur l'équipe affectée au fichier central depuis plusieurs années, sans par ailleurs qu'on puisse les y remplacer, ce qui explique les retards que subirent les mutations durant cette période.

Pour la programmation des mutations pendant la période transitoire, on tenta, tant pour utiliser les spécialistes disponibles que pour gagner du temps, de prévoir déjà l'organisation définitive, c'est-à-dire celle qui entrerait en vigueur après l'introduction du nouveau numéro AVS au 1^{er} juillet 1972, de manière à pouvoir reprendre pour celle-ci, et avec le minimum de modifications, le maximum de programmes.

Il faut cependant noter que plusieurs des problèmes à résoudre, par exemple pour les rassemblements de comptes, durent trouver des solutions très particulières, faisant appel davantage à l'ingéniosité et à l'esprit d'à-propos des collaborateurs qu'à des techniques évoluées de la science des ordinateurs.

*

Il fut également nécessaire, entre janvier 1971 et septembre 1972, de demander un effort considérable au personnel, concrétisé par une discipline de travail très rigoureuse et un grand nombre d'heures supplémentaires, tant parmi les cadres, analystes et programmeurs que parmi le personnel auxiliaire.

En guise de conclusion, on doit reconnaître que la Centrale de compensation a gagné son pari. Les caisses de compensation l'ont épaulée en faisant preuve de patience et d'un esprit de compréhension auquel il convient de rendre hommage.

La recherche au service des personnes âgées

Réflexions à propos du Rapport sur la recherche présenté par le Conseil suisse de la science

La recherche en Suisse

Deux événements sont à signaler dans le domaine de la recherche au cours de cette année 1973. Lors de la votation fédérale du 4 mars 1973, le peuple suisse a accepté le nouvel article constitutionnel 27 sexies sur l'encouragement de la recherche scientifique. Cette disposition a la teneur suivante:

« ¹ La Confédération encourage la recherche scientifique. Ses prestations peuvent être subordonnées à la condition que la coordination soit assurée.

² Elle peut créer des établissements de recherche ou en reprendre, soit entièrement, soit en partie. »

A la fin de novembre de la même année, le Conseil suisse de la science a publié un volumineux « Rapport sur la recherche » ¹, dans lequel il se prononce pour la première fois sur l'ensemble des activités de recherche soutenues par l'Etat dans notre pays. Il y a tenu compte, en particulier, des lacunes pouvant subsister dans le domaine de la recherche. Ce document doit permettre de juger plus aisément s'il y a lieu d'adopter ou de rejeter une politique générale de la recherche, coordonnée pour toute la Suisse; il contient, en outre, une série de recommandations concernant les divers secteurs de la recherche.

Contributions de la recherche à la mise au point d'une politique de la vieillesse

Etant donné que la Confédération va, ces prochaines années, soutenir de nouvelles mesures prises en faveur des personnes âgées, on doit se demander quelle contribution la recherche peut apporter à la solution de divers problèmes. Dans l'exposé qui va suivre, on tentera de démontrer, tout d'abord, que l'appoint de la recherche est souhaitable et nécessaire pour ladite solution.

Depuis quelques années, on a créé des services de repas dans plusieurs villes de notre pays. Cela permet aux personnes âgées ou invalides qui ne peuvent se cuire elles-mêmes des aliments, mais qui habitent dans leur propre appartement, de prendre des repas chauds, les mets ainsi livrés devant tout au plus être réchauffés. De cette manière, les intéressés peuvent conserver plus longtemps leur indépendance et remettre à plus tard leur admission dans un home. En même temps, ils sont assurés de trouver une alimentation variée et suffisante.

La préparation et la distribution de ces repas se font d'après divers procédés. Dans certains endroits, on confectionne des repas chauds qui sont consommés immédiatement; ailleurs, on applique le système « Nacka », qui oblige le consommateur à réchauffer les aliments livrés. Tous les procédés présentent leurs avantages et leurs inconvénients. Un choix définitif ou généralisé ne semble guère possible pour le moment; c'est ainsi, par exemple, que dans un canton, les autorités ont interdit l'un des procédés entrant en ligne de compte, en déclarant qu'il comportait certains dangers. Quelle est donc la meilleure méthode? Comment faut-il organiser le service des repas? A quelles règles de l'hygiène doivent être soumis les aliments distribués? Faut-il subventionner un de ces procédés, et lequel? Les services compétents ne peuvent donner une

¹ Conseil suisse de la science: Rapport sur la recherche (2 vol.), Berne 1973. En vente au secrétariat du Conseil suisse de la science, Case postale, 3000 Berne 21.

réponse satisfaisante à toutes ces questions. Il incomberait à un institut de recherche de déterminer, par des méthodes scientifiques sûres, quel procédé doit être adopté.

Nous avons tenté de montrer, au moyen de cet exemple, que la recherche pourrait apporter une importante contribution à la solution d'un problème de la vieillesse. Il serait facile de donner encore une série d'autres exemples.

Des contributions utiles à la politique de la vieillesse peuvent être fournies, notamment, dans les secteurs suivants de la recherche, désignés par le rapport comme particulièrement importants:

Problèmes de santé

La médecine préventive gagne de plus en plus en importance. Les recherches faites dans ce domaine n'ont, jusqu'à présent, pas été suffisamment encouragées. Dans le rapport, il est recommandé de créer de meilleures possibilités de perfectionnement pour les chercheurs, professeurs et autres responsables exerçant une activité dans ce secteur de la médecine.

Etant donné l'importance de l'état de santé pour l'individu âgé, importance qui est attestée par de nombreuses études empiriques, le développement de la médecine préventive apportera, qualitativement et quantitativement, une précieuse contribution qui permettra de réduire la morbidité des personnes âgées. Il serait souhaitable que l'on encourage davantage, dans la médecine préventive, la prophylaxie visant à empêcher le plus possible les maladies du 3^e âge.

Sécurité et prévention des accidents

Jusqu'à présent, on a prêté peu d'attention aux problèmes de sécurité et de prévention des accidents, du point de vue scientifique. Ce secteur-ci devrait être exploré par des équipes réunissant des spécialistes des sciences techniques, des sciences sociales et de la psychologie. Il semble particulièrement important de prévenir les accidents de la circulation, et ceci avant tout dans le cas des personnes âgées. Ainsi, en 1972, on a compté en Suisse 495 piétons victimes d'accidents mortels; or, près de la moitié de ces personnes, soit 242, étaient âgées de 65 ans et plus. Il faudrait donc entreprendre des études systématiques pour analyser ces accidents et déterminer ensuite quelles mesures seraient à prendre pour réduire le nombre des victimes.

L'automatisation joue un rôle croissant dans les transports publics. On songe ici à la fermeture automatique des portes dans les tramways et autobus, à la vente automatique des billets et autres innovations. Or, celles-ci posent des problèmes difficiles à bien des personnes handicapées, donc aussi à de nombreux vieillards.

Le Conseil de la science recommande d'instituer immédiatement un groupe d'études, composé de divers spécialistes, pour examiner ces problèmes. Une telle commission aurait à déterminer — compte tenu des multiples exigences de la vie publique — quelle contribution la science doit, dans notre pays,

apporter au problème de la sécurité et de la prévention des accidents; elle devrait ensuite, sur cette base, développer des méthodes d'encouragement de ces mesures. On peut espérer que ces questions si importantes pour les infirmes et les personnes âgées inspireront l'intérêt qu'elles méritent.

Aspect social du problème de la vieillesse

L'homme âgé ou infirme dépend, à plusieurs égards, de l'aide que la société lui accorde. Des institutions sociales bien organisées jouent donc un grand rôle dans sa vie. La recherche peut-elle contribuer à créer de telles institutions, à les rendre aussi efficaces que possible? Comment y parviendra-t-elle?

Pour mettre sur pied des institutions sociales, pour organiser le travail social, il importe de bien connaître les sciences sociales. Comparée à d'autres pays industrialisés, la Suisse ne dispose que de faibles connaissances des phénomènes sociaux et psychologiques propres à notre société.

Selon le Conseil de la science, on pourrait créer un institut de recherche en matière de travail social, auquel il incomberait principalement d'établir tout d'abord un inventaire des œuvres sociales, c'est-à-dire de déterminer quels sont les buts, fonctions et conceptions des institutions sociales très disparates. De même, il faudrait examiner les possibilités d'une coordination entre les politiques sociales des cantons.

Le Conseil de la science a formulé ainsi une proposition qui pourrait influencer d'une manière très positive la mise sur pied d'une politique de la vieillesse. L'accroissement du nombre des personnes âgées de 85 ans et plus, qui se manifestera ces prochaines années, imposera à notre société des tâches encore plus lourdes, notamment dans le domaine des soins; or, les moyens disponibles (ressources financières, nombre de lits, personnel soignant, etc.) sont restreints. Aussi est-il essentiel que ces moyens soient coordonnés et utilisés le plus rationnellement possible. Ainsi, par exemple, lorsque deux organisations assument le même service dans un même quartier, il en résulte un gaspillage bien regrettable. Une vue d'ensemble de toutes les activités et organisations sociales permettra d'éviter de tels chevauchements.

Une autre tâche de cet institut du travail social consisterait à développer des méthodes d'évaluation permettant de contrôler l'efficacité des mesures prises dans ce domaine. On pourrait ainsi, entre autres, porter un jugement sur l'activité des services de consultation. L'institut aurait en outre pour tâches durables, parallèlement à la recherche proprement dite, d'assumer l'information et la coordination dans son secteur particulier (recherches en matière de travail social). Cette activité serait certainement utile à l'administration.

Assurances sociales

Les assurances sociales ont une importance croissante dans notre économie publique. Leur but est d'assurer une part du revenu national aux catégories d'individus qui ne sont pas directement placés dans le cycle économique, par

exemple aux invalides et aux personnes âgées. Les sciences économiques peuvent fournir ici une précieuse contribution en élaborant de nouveaux systèmes de répartition ou en améliorant les anciens. En outre, on remarque que la réglementation collective d'un secteur de la société par des lois nécessite, à côté des instruments purement juridiques, une connaissance aussi exacte que possible des rapports de causalité dans le secteur en question. Jusqu'à présent — et ceci vaut en particulier pour le domaine social — la politique ne pouvait que rarement, vu le retard de nos sciences sociales, se fonder sur des bases scientifiques pour justifier ses mesures. Dans plusieurs cas, la législation devait être pragmatique, ou bien les fondements scientifiques devaient être créés dans un délai trop court.

Ces constatations étant faites, le Conseil de la science recommande que l'on encourage la recherche aussi dans le domaine du marché du logement et des systèmes d'assurances sociales (étude empirique des besoins); il faudrait également étudier les conséquences sociales d'une inflation qui se prolonge.

Conclusion

Tous ceux qui prennent part à l'élaboration d'une politique de la vieillesse ou qui font eux-mêmes du travail social avec des gens âgés auront pu constater, avec intérêt, que le Conseil de la science a abordé aussi les problèmes sociaux dans son rapport. Il reste à souhaiter que ses recommandations soient suivies et que, par la suite, ces travailleurs sociaux puissent profiter des résultats de la recherche dans l'exercice de leur activité.

Genres et montants des allocations familiales

Etat au 1^{er} janvier 1974

Au cours de l'année écoulée, le taux légal des allocations familiales a été augmenté dans la mesure suivante:

Allocations pour enfants

Appenzell Rh.-Ext.	de 35 à 45 francs
Fribourg	de 50 à 58 francs
Genève	de 50/60 à 60/75 francs
Grisons	de 35 à 50 francs
Neuchâtel	de 50 à 60 francs
Obwald, Soleure	de 40 à 50 francs

Comme l'aperçu ci-dessous le montre, un taux minimal de 35 francs n'existe encore que dans les cantons de Glaris et de Zoug. Dans la plupart des cantons, les montants minimaux varient entre 40 et 50 francs.

35 francs: GL, ZG (2)

40 francs: AI, BE, NW, TG, UR, ZH (6)

45 francs: AR, LU, SG, SZ (4)

50 francs: AG, BL, BS, GR, OW, SH, SO, TI, VD (9)

58 francs: FR

60 francs: NE, VS (2)

60/75 francs: GE (gradué selon l'âge des enfants).

L'allocation de formation professionnelle se compose, dans le canton de Fribourg, de l'allocation pour enfant proprement dite et d'un supplément pour les étudiants et apprentis. Ce supplément a été relevé de 35 à 37 francs, si bien que l'allocation de formation professionnelle s'élève maintenant à 95 francs. Dans les autres cantons, le taux de l'allocation de formation professionnelle n'a pas subi de modification. Ce n'est que dans le canton de Fribourg que *l'allocation de naissance* a été portée de 150 à 200 francs.

Le *taux de la contribution des employeurs* affiliés à la caisse cantonale de compensation a été modifié dans le canton de Schaffhouse: il a été relevé de 1,8 à 2 pour cent des salaires.

Le montant de l'allocation pour enfant servie *aux salariés étrangers* a été relevé de 40 à 50 francs dans le canton de Genève.

Aucun changement essentiel n'est à signaler en ce qui concerne les dispositions sur *la limite d'âge et les allocations pour enfants aux artisans et commerçants*.

1. Allocations familiales fédérales

Montants en francs

Ayants droit	Allocations pour enfants	Allocations de ménage
Salariés agricoles:		
en région de plaine	30	60
en région de montagne	35	60
Petits paysans:		
en région de plaine	30	—
en région de montagne	35	—

2. Allocations familiales cantonales

a. Allocations pour enfants aux artisans et commerçants

Montants en francs

Cantons	Allocations pour enfants par mois	Limite de revenu	
		Montant de base	Supplément par enfant
Appenzell Rh.-Int. . .	40	12 000 ¹	—
Lucerne	45	12 000	1000
Schwyz	45	26 000	1000
Uri	40	22 000	1200
Zoug	35	11 000	800

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.

b. Allocations familiales aux salariés

Cantons	Allocations pour enfants ¹ par mois et par enfant en francs	Allocations de formation professionnelle en francs ²	Allocations de naissance en francs	Cotisations des employeurs affiliés aux caisses cantonales, en pour-cent des salaires
Appenzell Rh.-Ext.	45	—	—	1,5
Appenzell Rh.-Int.	40	—	—	0,8-1,8
Argovie	50	—	—	1,5
Bâle-Campagne	50	—	—	1,7
Bâle-Ville	50	—	—	1,0
Berne	40	—	—	1,3
Fribourg	58	95	200	3,0
Genève	60/75 ³	120	500	1,7
Glaris	35	—	—	— ⁴
Grisons	50	—	—	1,7
Lucerne	45	—	—	2,0
Neuchâtel	60	80	—	2,0
Nidwald	40	—	—	1,8
Obwald	50	—	—	1,8
Saint-Gall	45	—	—	1,8
Schaffhouse	50	—	—	2,0
Schwyz	45	—	—	2,0
Soleure	50	—	—	1,4
Tessin	50	—	—	2,0
Thurgovie	40	—	—	1,5
Uri	40	—	—	1,8
Valais	60	90	—	— ⁴
Vaud	50 ⁵	90	200	2,0
Zoug	35	—	—	1,5
Zurich	40	—	—	1,25

¹ La limite d'âge générale est de 16 ans dans tous les cantons à l'exception de ceux de Genève (15 ans), Neuchâtel et Tessin (18 ans). La limite d'âge spéciale pour les enfants n'exerçant pas d'activité lucrative est fixée, en règle générale, à 20 ans; les exceptions suivantes sont à signaler:

- 22 ans dans les cantons de Bâle-Ville et Bâle-Campagne,
- 25 ans pour les étudiants et les apprentis dans les cantons d'Argovie, Appenzell Rh.-Int., Nidwald, Schaffhouse, Schwyz, Soleure, Thurgovie et Uri,
- 18 ans pour les enfants incapables de gagner leur vie dans les cantons d'Appenzell Rh.-Int., Nidwald, Schaffhouse, Thurgovie et Zoug; pour les enfants au bénéfice d'une rente de l'AI dans les cantons des Grisons, Schwyz, Uri et Vaud.

² L'allocation de formation professionnelle est versée

- à Fribourg et en 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.

³ 60 francs pour les enfants au-dessous de 10 ans;
75 francs pour les enfants de plus de 10 ans.

⁴ Il n'y a pas de caisse cantonale de compensation pour allocations familiales.

⁵ L'allocation pour enfant s'élève à 90 francs par mois pour les enfants incapables de gagner leur vie.

c. Allocations pour enfants aux salariés étrangers

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.	45	légitimes et adoptifs	16	16
Appenzell Rh.-Int.	40	tous	16	18/25 ²
Argovie	50	légitimes et adoptifs	16	16
Bâle-Campagne	50	légitimes	16	16
Bâle-Ville	50	tous	16	22
Berne	40	légitimes et adoptifs	15	15
Fribourg	58	tous	15	15
Genève	50	légitimes et adoptifs	15	15
Glaris	35	tous	16	20
Grisons	50	légitimes et adoptifs	15	15
Lucerne	45	tous	16	20
Neuchâtel	30	tous	15	15
Nidwald	40	légitimes et adoptifs	16	16
Obwald	50	tous	16	20
Saint-Gall	45	légitimes et adoptifs	15	15
Schaffhouse	50	tous	16	18/25 ²
Schwyz	45	tous	16	20/25 ²
Soleure	50	légitimes et adoptifs	16	16
Tessin	50	tous	18	20
Thurgovie	40	tous	16	18/25 ²
Uri	40	tous	16	20/25 ²
Valais	60	tous	16	20
Vaud	50	légitimes et adoptifs	15	15
Zoug	35	tous	16	18/20 ²
Zurich	40	tous	16	16

¹ Les salariés étrangers dont les enfants résident en Suisse ont, en règle générale, droit aux allocations pour les enfants légitimes, naturels, adoptifs, recueillis et du conjoint.

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

Problèmes d'application

AVS-AI. Indication du deuxième numéro d'assuré dans le cas des rentes versées à des femmes divorcées¹

(complément à la circulaire III concernant les rentes, appendice 3, annexe 1, N° marginal 3)

Lorsqu'une rente simple de vieillesse ou d'invalidité, versée à une femme divorcée, est fixée d'après les règles de calcul applicables aux rentes pour couples (art. 31, 3^e et 4^e al., LAVS; art. 36, 2^e al., LAI), il faut indiquer dans la décision, comme deuxième numéro d'assuré, celui de l'ex-mari décédé, comme cela doit se faire, en appliquant par analogie le N° 951 des directives concernant les rentes, dans les cas de rentes de veuves revenant à des femmes divorcées.

On ajoutera donc à la circulaire III concernant les rentes, à l'appendice 3, annexe 1, sous le N° marginal 3:

« — pour les rentes simples de vieillesse et d'invalidité des femmes divorcées, lorsqu'elles sont calculées d'après les règles applicables aux rentes pour couples, le numéro d'assuré de l'ex-mari décédé; »

BIBLIOGRAPHIE

Félix Bendel: Die AHV/IV-Rekurskommission für Personen im Ausland. Revue suisse des assurances sociales, 1973, fascicule 4, pages 241-255.

Le travail social face à la législation sociale. Journées d'études suisses des assistants sociaux 1973. Exposés et résultats des travaux effectués par les groupes, publiés par l'Association suisse des assistants sociaux. 80 pages.

¹ Extrait du Bulletin de l'AVS N° 60.

INTERVENTIONS PARLEMENTAIRES

AVS

Postulat Schütz
du 26 novembre 1973

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

« Le Conseil fédéral a malheureusement décidé de n'accorder ni compensation du renchérissement pour 1973 et 1974, ni 13^e rente mensuelle aux bénéficiaires de l'AVS et de l'AI qui ne touchent pas de PC.

Cela signifie que les personnes âgées dont le revenu dépasse la limite au-delà de laquelle les PC ne sont pas versées ne recevront aucune compensation du renchérissement pour 1973 et 1974. Or, le taux du renchérissement relatif à ces deux années excédera 20 pour cent.

Compte tenu de ce fait, le Conseil fédéral est instamment invité à revenir sur sa décision, à accorder une 13^e rente mensuelle à tous les bénéficiaires de l'AVS et de l'AI — sans exception — et à ordonner le versement de cette rente au plus tôt. »

Il y a 8 cosignataires.

Petite question
Muret
du 13 décembre 1973

M. Muret, conseiller national, a présenté la petite question suivante:

« Selon la loi sur l'AVS (art. 43 ter), tous les trois ans ou à chaque hausse de 8 pour cent de l'indice des prix, le Conseil fédéral doit faire examiner « l'état des rentes en relation avec les prix » et, au besoin, « proposer une modification de la loi en vue de maintenir le pouvoir d'achat des rentes ».

Que l'on prenne pour période de référence l'état de l'indice des prix à fin décembre 1972 (132,5) ou à fin janvier 1973 (134), la hausse à la fin du mois de novembre, en atteignant le chiffre de 146,1, dépasse indiscutablement 8 pour cent.

La disposition de la loi sur l'AVS étant impérative, le Conseil fédéral n'estime-t-il pas qu'il est tenu d'y donner suite immédiatement et de prévoir d'urgence une adaptation générale des rentes AVS/AI — qui devrait s'accompagner de toute évidence d'une élévation du même ordre des plafonds des prestations complémentaires ? »

« Depuis le 1^{er} octobre 1972, l'AI, qui déploie une activité bienfaisante, remet en prêt ou fournit gratuitement des magnétophones aux assurés aveugles et paralysés, ces appareils permettant d'écouter le texte de livres enregistrés sur bande électromagnétique (voir l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur, du 4 août 1972, concernant la remise de moyens auxiliaires par l'AI dans des cas spéciaux). Depuis peu, cette possibilité s'offre également aux rentiers AVS atteints d'une déficience de la vue, lorsqu'ils remplissent certaines conditions.

Ainsi, presque toutes les personnes souffrant de graves troubles visuels sont en mesure de se procurer un magnétophone sans bourse délier. Cet appareil est reconnu comme moyen auxiliaire dans certains cas spéciaux. C'est pourquoi il paraît justifié de considérer également le « livre sonore » comme un moyen auxiliaire et de le financer en conséquence, en ayant recours aux ressources de l'AI.

La Bibliothèque sonore suisse pour aveugles dessert à l'heure actuelle quelque 1600 auditeurs de langue allemande, domiciliés dans toute la Suisse; elle répond à un besoin de plus en plus répandu. La bibliothèque d'ouvrages composés en écriture Braille, à Zurich, dont l'activité s'exerce dans le même domaine, ne compte plus qu'une centaine d'abonnés et d'usagers pour ce genre de publications. Il ressort de ce qui précède que le livre enregistré sur bande électromagnétique s'est imposé et que, pour ce qui se rapporte au choix de littérature et d'informations, toute personne atteinte d'une déficience visuelle grave devrait être mise sur le même pied que les voyants, ou presque. Des personnes jouissant d'une bonne vue trouvent tout naturel de pouvoir utiliser, pratiquement sans frais, une bibliothèque publique qui leur propose un assortiment de livres très diversifié. Il conviendrait d'offrir une chance égale aux personnes souffrant de troubles visuels graves, ce qui ne pourra se réaliser que si l'on consacre à la production de livres sonores des moyens financiers importants.

Comme le magnétophone ne peut être utilisé en guise de « lecteur de son » que s'il est accompagné d'enregistrements de livres sur bande magnétique, il s'agirait de faire en sorte que la liste des moyens auxiliaires payés par l'AI comprenne aussi la littérature sonore et que celle-ci puisse être remise en prêt aux personnes atteintes de déficience grave de la vue ou de paralysie.

Est-il possible de financer, au moyen de ressources fournies par l'AI, les frais de production qu'entraîne, pour la Bibliothèque sonore suisse, la fabrication de livres enregistrés sur bande électromagnétique ? »

Coordination des assurances sociales

Motion Meier Josi
du 3 octobre 1973

Le dernier jour de sa session d'hiver, soit le 14 décembre 1973, le Conseil national a traité la motion Meier (RCC 1973, p. 558). Le Conseil fédéral s'est déclaré prêt à accepter cette intervention, quoique avec certaines réserves en ce qui concerne la date de sa réalisation. Le Conseil national a alors transmis la motion. L'avis du Conseil fédéral a été exprimé comme suit:

« Comme le Conseil fédéral l'a indiqué dans ses réponses au postulat Hofstetter du 28 juin 1966 et à la petite question du même parlementaire du 3 juin 1970 (RCC 1970, p. 441), il est parfaitement conscient de la nécessité de coordonner les différentes assurances sociales, fondées sur des lois qui datent d'époques très différentes, et d'unifier, dans toute la mesure du possible, les notions auxquelles on se réfère dans ces diverses lois. Ce travail de coordination est entrepris depuis des années dans les commissions d'experts qui s'occupent de revisions importantes des diverses branches des assurances sociales.

Ainsi, le rapport de la commission d'experts chargée d'examiner un nouveau régime d'assurance-maladie, du 11 février 1972, traite des relations de l'assurance-maladie avec les autres branches des assurances sociales, et propose une série de mesures à prendre pour obtenir une meilleure coordination. Dans son rapport du 14 septembre 1973, la commission d'experts chargée d'examiner la revision de l'assurance-accidents suggère, elle aussi, diverses règles de coordination; en particulier, elle envisage des rentes de l'assurance-accidents obligatoire qui ne soient que complémentaires à celles de l'AVS et de l'AI, et prévoit, en ce qui concerne le contentieux, des dispositions très proches de celles qui existent en matière d'AVS, d'AI et d'assurance-maladie. D'autre part, au cours des travaux de revision de l'AI qui viennent de commencer, la question de la coordination des prestations dans le domaine de la réadaptation pourra être revu. Enfin, la sous-commission de la Commission fédérale AVS/AI qui élabore un avant-projet de loi sur la prévoyance professionnelle a chargé un groupe de travail spécial de s'occuper des questions de coordination. Dès lors, au fur et à mesure de l'élaboration des diverses lois de revision fondées sur les travaux des experts et sur les avis des milieux intéressés, l'harmonisation s'établira.

Lorsque ces travaux seront achevés, il sera possible d'envisager la nomination d'une commission d'experts chargée d'examiner la question d'une loi groupant des dispositions de forme applicables à toutes les assurances sociales. Actuellement, vu tous les travaux en cours, aussi bien les experts

en matière d'assurances sociales que l'administration sont surchargés, et il est impossible de leur confier une nouvelle tâche, dont l'exécution demandera beaucoup de temps, comme le prouvent les études faites jusqu'ici en matière de coordination. Par conséquent, il ne pourra être donné suite à la demande de la motionnaire dans un avenir rapproché. »

Charte sociale européenne

Petite question
Wylér
du 3 octobre 1973

Voici la réponse du Conseil fédéral à la question Wylér (cf. RCC 1973, p. 597); elle a été donnée le 21 novembre 1973:

« Les services fédéraux compétents procèdent actuellement à une étude approfondie du Code européen de sécurité sociale. On peut souligner à cet égard que la Suisse remplit aujourd'hui les conditions d'une ratification partielle de ce Code, et cela depuis l'entrée en vigueur, au 1^{er} janvier 1973, de la huitième révision de la loi fédérale sur l'AVS.

Le Code oblige chaque partie contractante d'appliquer en tout cas un certain nombre de ses dispositions. Or la Suisse, qui est en mesure d'appliquer maintenant les dispositions concernant l'AVS, l'AI et l'assurance-accidents, dépasse ainsi le minimum requis de branches d'assurance obligatoires. C'est pourquoi un message sera préparé prochainement à l'intention des Chambres fédérales tendant à la ratification de ce texte. Ce message traitera d'ailleurs simultanément de la ratification de la Convention N° 102 de l'Organisation internationale du travail sur la norme minimum de la sécurité sociale. Cette Convention, que la Suisse n'a pas non plus ratifiée, est intimement liée au Code européen de sécurité sociale.

D'autre part, le Conseil fédéral saisira l'occasion de ce message pour renseigner les Chambres fédérales sur l'état des études entreprises en ce qui concerne la Charte sociale. Comme on le sait en effet, le Conseil fédéral avait accepté en 1971 un postulat Muheim, ainsi qu'un postulat de la Commission des affaires étrangères du Conseil des Etats, lui demandant de présenter un rapport aux Chambres fédérales sur les conditions requises pour que la Suisse puisse signer la Charte sociale du Conseil de l'Europe, que ces conditions soient déjà remplies ou qu'il faille les réaliser.

Les travaux en vue de donner suite à ces postulats, qui intéressent plusieurs départements, ne sont pas encore achevés. Ils sont particulièrement complexes du fait que de nombreux articles de la Charte ont fait, depuis l'entrée en vigueur de cette Convention, l'objet d'interprétations divergentes de la part des organes chargés de contrôler son application. Il n'est à ce stade pas encore possible de déterminer si la Suisse serait en mesure de signer la Charte et dans quelles conditions. »

INFORMATIONS

Commissions parlementaires

Les commissions parlementaires qui examineront la revision de l'AVS pour le 1^{er} janvier 1975 ont été constituées. Elles se composent des conseillers suivants:

Conseil national:

Schläppy (président), Blatti, Breny, Brosi, Brunner, Bürgi, Butty, Corbat, Diethelm, Egli, Freiburghaus, Generali, Groli-mund, Gugerli, Kloter, Lang, Meizoz, Mugny, Müller-Berne, Schuler, Schütz, Thalmann, Zwygart. (23)

Conseil des Etats:

Reimann (président), Arnold, Hefti, Heimann, Jauslin, Lam-pert, Nänny, Pradervand, Stucki, Theus, Ulrich, Vincenz, Weber. (13)

Conseil d'administration du fonds de compensation de l'AVS

M. Ulrich Meyer-Boller, ancien conseiller national, Zollikon, a quitté le conseil d'administration à la fin de l'année 1973 pour raisons d'âge. Le Conseil fédéral a accepté sa démission avec remerciements pour les services rendus; il a nommé son successeur en la personne de M^e Renaud Barde, Genève.

Allocations de naissance dans le canton de Lucerne

Le 10 décembre 1973, le Conseil d'Etat a décidé de relever, dès le 1^{er} janvier 1974, de 130 à 200 francs l'allocation de naissance versée par la Caisse cantonale de compensation pour allocations familiales. Cette prestation n'est accordée qu'aux salariés dont les employeurs sont affiliés à la caisse cantonale.

Allocations familiales dans le canton de Soleure

Lors de la votation populaire des 1^{er} et 2 décembre 1973, une revision de la loi cantonale sur les allocations pour enfants a été acceptée par 38 029 oui contre 10 010 non; par cette modification, le taux minimal de l'allocation pour enfant est relevé de 40 à 50 francs par mois et par enfant à partir du 1^{er} janvier 1974 (voir RCC 1973, p. 525).

Nouveaux textes
législatifs et nouvelles
publications
de l'OFAS

La rédaction de la RCC a pris l'habitude de publier chaque année une liste des textes législatifs, des conventions internationales et des principales instructions de l'OFAS dans le domaine de l'AVS, de l'AI et des APG. La dernière liste de ce genre se trouve dans le numéro d'août-septembre de 1973, à la page 436. Le renouvellement constant et l'adaptation fréquente des lois, ordonnances et instructions ont montré qu'il serait souhaitable de signaler plus rapidement, c'est-à-dire à des intervalles plus brefs, leur promulgation ou publication. Aussi la RCC annoncera-t-elle désormais ces innovations, *au fur et à mesure, sur la 3^e page de la couverture* de ses numéros, en indiquant également le prix, le numéro de commande, etc. La liste complète paraîtra, comme jusqu'ici, chaque année, pour être ensuite tirée à part.

Nouvelles
personnelles

TFA Le TFA sera présidé en 1974/1975 par M. *Theodor Bratschi*, juge fédéral.

Centrale de
compensation

La Centrale a annoncé les mutations suivantes pour le début de l'année:

- *Fritz Schwab*, secrétaire du conseil d'administration des fonds de compensation, a pris sa retraite. Il est remplacé par *Kurt Feller*, qui dirigeait le service de l'organisation et du personnel. M. Schwab était entré au service de la Centrale au début de 1942. Depuis l'entrée en vigueur de la LAVS, il fut secrétaire du conseil d'administration. Pendant les onze dernières années, il a joué un rôle important dans les placements de capitaux en sa qualité de chef du secrétariat. Sa fonction, il l'a exercée avec une grande compétence.
- *Werner Rüfenacht*, suppléant du chef de la section « Compensabilité », a également pris sa retraite. Sa fonction sera assumée par *Josef Hofstetter*.

JURISPRUDENCE

Assurance-vieillesse et survivants

COTISATIONS

Arrêt du TFA, du 6 mars 1973, en la cause M. R.

Article 4 LAVS. Le produit tiré de la vente d'un bien-fonds est le gain d'une activité lucrative et non pas le rendement d'un capital, si l'acquéreur entendait d'emblée effectuer un jour une opération immobilière sur le fonds. Peu importe dès lors qu'il y ait longuement résidé avant la vente et ait procédé à des aménagements en vue d'y agrémenter son séjour temporaire. (Considérents 1 à 3.)

Articolo 4 della LAVS. Il guadagno ricavato dalla vendita di una proprietà fondiaria rappresenta un reddito proveniente da un'attività lucrativa e non un reddito da puro capitale, quando l'acquirente intendeva sin da principio sovredificare nel fondo e venderlo. Quindi, è irrilevante che vi abbia abitato lungamente prima della vendita e abbia fatto delle migliorie, per rendere più piacevole il suo soggiorno temporaneo in tal luogo. (Considerandi 1, 2 e 3.)

Saisi d'un recours formé par l'acquéreur d'un bien-fonds sis dans le canton de X, le TFA a dû examiner si le bénéfice tiré par l'intéressé de la revente du domaine, plusieurs années après son acquisition, était le produit d'un travail ou le rendement d'un capital. Dans le cadre de son pouvoir limité de réexamen des faits, la juridiction fédérale a, sur ce point, considéré ce qui suit:

1. Saisi d'un recours de droit administratif, le TFA revoit librement l'application du droit fédéral, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (art. 104, lettre a, OJ), sans être lié par les motifs que les parties invoquent (art. 114, 1^{er} al., OJ). En revanche, lorsque la décision attaquée a été rendue par un tribunal cantonal ou une commission de recours — et qu'elle ne concerne pas l'octroi ou le refus de prestations d'assurance (art. 132 OJ) — il est lié par les faits constatés, sauf s'ils sont manifestement inexacts ou incomplets ou s'ils ont été établis au mépris de règles essentielles de la procédure (art. 105, 2^e al., OJ).

En l'espèce, l'enquête menée par le juge cantonal a établi que M. R. avait acheté la propriété en cause en mars 1955 — par l'intermédiaire de la société immobilière,

dont il détenait la totalité ou la quasi-totalité des actions — en vue d'y construire des immeubles. L'intéressé reconnaît le fait dans son recours de droit administratif, et l'on se demande comment il a pu affirmer en première instance avoir acquis cette propriété « avec l'intention bien arrêtée d'en faire sa résidence définitive ». Qualifier aujourd'hui cette affirmation (sur laquelle reposait toute son argumentation) de simple « inexactitude », c'est user d'un terme fort anodin, voire d'un euphémisme. Ni le recourant ni son représentant ne pouvaient en effet pécher par ignorance: En 1955, des transactions avec l'Etat étaient activement menées au nom de la société immobilière, par la voix et la plume de l'administrateur de cette société. Plus d'un an après, encore, un plan du service d'urbanisme était visé « pour accord selon convention du 15 juin 1956 » à la fois par la société immobilière sous la signature de M. R. et par une autre société immobilière, sous la signature de son administrateur.

Si le recourant admet aujourd'hui avoir eu l'intention première d'effectuer une opération immobilière, dont le caractère professionnel était évident dans les circonstances données, il soutient en instance fédérale qu'il a renoncé à cette intention « très peu de temps après l'achat ». Les éléments qu'il invoque sont des allégations nouvelles, qui doivent être examinées dans le cadre de l'article 105, 2^e alinéa, O.J. Une violation des règles essentielles de la procédure pouvant être écartée d'emblée, il faut donc examiner si ces éléments démontrent que les faits — dont au premier chef le « fait interne » de l'intention — constatés dans le jugement de première instance sont manifestement inexacts ou incomplets.

2. L'intéressé a habité depuis 1956, avec sa famille, dans la propriété acquise l'année précédente et y a procédé à des travaux d'aménagement pour quelque 200 000 francs, dont une large part durant les années 1966 et 1967. Ces faits ne sont pas contestés et étaient connus du juge cantonal, qui a néanmoins qualifié le séjour de temporaire. Il est en effet évident qu'une résidence même longue — dont le recourant lui-même reconnaît qu'elle avait à l'origine un caractère provisoire — n'implique pas en soi une volonté d'établissement définitif. Et les travaux d'aménagement, bien qu'importants, n'ont rien d'exceptionnel pour rendre plus agréable un séjour même de durée limitée — en 1967, il était question de cinq à six ans encore — de la part d'une personne qui se trouve dans la situation pécuniaire et familiale de l'intéressé.

Pour preuve de son intention de faire de la propriété nouvellement acquise sa résidence familiale définitive, le recourant invoque en dernière instance l'abandon de son projet de construire une telle résidence sur un autre terrain, dont il était propriétaire depuis quelques années déjà. Le dossier ne révèle pas ce qu'il est advenu de cet autre terrain, que l'intéressé n'a apparemment ni revendu, ni bâti à d'autres fins. Ce point de fait peut toutefois rester indécis. De son propre aveu, M. R. a emménagé dans la nouvelle propriété en vue d'un séjour temporaire. Il était normal qu'il demeurât dans cette propriété, où sa famille se plaisait et que lui-même déclarait « favorable à tous les points de vue », tant que les circonstances lui interdisaient de réaliser l'opération immobilière prévue; or, il lui fallait pour cela obtenir un déclassement de zone et l'autorisation de bâtir, qui semblent n'avoir été formellement accordées qu'en 1968. Et il était tout aussi normal, vu la prolongation de l'état d'incertitude, qu'il ne poursuivît pas d'autres plans. L'élément ainsi invoqué n'établit donc pas à l'évidence l'intention bien arrêtée de faire de la propriété en cause sa résidence familiale définitive.

Le recourant déclare certes que, à une date qu'il ne précise pas mais qui serait de peu postérieure à l'achat, l'Etat aurait renoncé — et le lui aurait fait savoir —

à son projet de liaison routière au travers de la propriété, y rendant dès lors possible une résidence définitive. Les faits apparaissent toutefois différents. Le projet primitif a sans doute été remis très sérieusement en question, tandis que l'étude d'autres solutions possibles était activement poussée. Et l'Etat paraît n'avoir décidé qu'en 1967 d'exécuter son projet primitif. Mais cela ne signifie pas que, dans l'entre-temps, ce projet ait jamais été définitivement écarté, ni que les autres solutions étudiées aient exclu du plan d'aménagement la propriété. Tant le rapport d'une commission d'étude pour le développement de la région qu'une étude générale sur la circulation, faite en 1959, laissent présumer le contraire. Le plus vraisemblable est que l'intéressé, empêché de réaliser l'opération immobilière prévue aussi longtemps que l'Etat n'avait pas fixé ses plans et que les autorisations en découlant n'étaient pas accordées, a attendu les décisions qui devaient être prises — mais qui tardaient à venir — et, dans l'intervalle, a fait de la propriété l'usage répondant au mieux à ses besoins et aux désirs des siens.

Les éléments nouvellement allégués ne sont donc pas propres à faire apparaître manifestement inexacts ou incomplets les faits constatés dans le jugement cantonal, lorsqu'il qualifie de temporaire le séjour du recourant et de sa famille dans la propriété en cause.

3. A partir de ces faits, le TFA ne peut que confirmer les conclusions que le juge cantonal en a tirées en droit.

L'intéressé s'est accommodé du point de vue de l'autorité fiscale, qui a considéré le gain immobilier en cause comme un revenu imposable au sens de l'article 21 AIN; qu'un arrangement soit intervenu sur le plan fiscal ne joue aucun rôle. L'attitude identique adoptée par le fisc à l'occasion d'une opération immobilière antérieure, pratiquée en 1954, avait d'ailleurs été confirmée successivement par la Commission cantonale de recours puis par le Tribunal fédéral. Il est vrai que la nature de chaque opération doit être examinée pour elle-même et qu'à des circonstances différentes pourra répondre une solution différente aussi; des opérations passées peuvent néanmoins avoir valeur d'indice. Il est vrai également que, si la taxation fiscale lie la caisse de compensation en principe du moins (art. 23 RAVS; v. ATF 98 V 18 = RCC 1972, p. 551), il n'en va pas de même du juge. Celui-ci ne s'en écartera cependant que si la taxation contient des erreurs manifestes ou lorsqu'il s'agit d'apprécier des faits sans importance du point de vue fiscal, mais décisifs en matière de droit des assurances sociales (voir par exemple ATFA 1969, pp. 135 et 143 = RCC 1970, pp. 60 et 216). Or, une telle situation n'est pas donnée en l'espèce.

Le recourant insiste sur le fait que la société immobilière n'a jamais appartenu au patrimoine de l'entreprise — entreprise de la branche du bâtiment — qui n'a par ailleurs participé en rien au financement de l'achat. Ce fait n'est toutefois pas décisif. D'une part, l'activité que l'associé d'une société en nom collectif ou en commandite (telle est la forme actuelle de l'entreprise) déploie en son nom personnel est souvent en relation économique très étroite avec son activité en tant que sociétaire, même si les deux sphères sont juridiquement distinctes. D'autre part et surtout, il est évident que l'intéressé a effectué d'autres transactions immobilières — le juge cantonal déclare, sans être formellement démenti, que le fait est de notoriété publique — soit personnellement soit pour le compte de tiers. Les particularités de la vente de la société immobilière, aussi indéniables soient-elles, ne suffisent pas à faire apparaître cette vente comme une opération étrangère au champ d'activité du recourant.

Cette appréciation juridique des faits est corroborée par les tractations menées avec les pouvoirs publics en 1967 et 1968. Le recourant requérait un droit de construire et s'élevait avec force contre une dévalorisation de ce droit, née du projet d'un autre groupe financier. Si la cession du terrain s'est finalement faite au profit d'un seul acheteur, contre versement d'un capital et non d'un droit de bâtir, le vendeur ne s'est pas comporté seulement comme le gérant de son patrimoine privé, mais bien plutôt comme un homme d'affaires soucieux de tirer le meilleur profit économique des fonds dont il se séparait. Il n'est d'ailleurs pas exclu — le fait n'étant pas établi ne sera toutefois pas retenu — que le recourant ait gardé certains terrains en vue de les bâtir, car sa lettre du 8 février 1968 au Département des travaux publics mentionne une parcelle qu'il aurait acquise de la société immobilière et qui paraît donc ne pas avoir été englobée dans la vente.

4. La décision attaquée concerne non pas des prestations d'assurance, mais des cotisations. La procédure fédérale est donc onéreuse, et les frais en seront mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 156, 1^{er} al., OJ).

PROCÉDURE

Arrêt du TFA, du 7 mai 1973, en la cause H. B. (traduction de l'allemand).

Articles 145 OJ et 69 PA. La rectification de fautes de calcul correspond à un principe de procédure de droit fédéral, qui est supérieur au droit cantonal et fait partie intégrante de la procédure applicable en matière d'assurances sociales.

Articolo 145 dell'OG e articolo 69 della PA. La rettificazione di errori di calcolo corrisponde ad un principio procedurale di diritto federale, superiore al diritto cantonale e insito nei principi processuali del diritto delle assicurazioni sociali.

Considéransts:

1. La caisse de compensation, dans son préavis du 30 octobre 1970, ainsi que l'autorité de première instance, qui doit vérifier les chiffres communiqués par la caisse, ont commis toutes les deux une faute de calcul; en soustrayant du revenu annuel moyen (64 113 francs) les intérêts du capital propre investis (5150 francs), elles ont obtenu un montant de 48 963 francs alors qu'il fallait écrire 58 963. Ceci n'est pas contesté. La question est de savoir si cette erreur peut être corrigée.

2. a. L'article 85, 2^e alinéa, LAVS dispose, d'une part, que les cantons règlent la procédure de recours, et précise d'autre part quelles sont les exigences auxquelles doivent satisfaire les dispositions cantonales de procédure. La rectification d'une faute de calcul n'est pas prévue dans l'énumération de l'article 85, 2^e alinéa, LAVS.

b. Or, le droit des assurances sociales comporte de nombreux risques de fautes de calcul; l'application équitable du droit matériel exige par conséquent que de telles erreurs puissent être corrigées avec un minimum de formalités. Cette nécessité permet de considérer la rectification de fautes de calcul, telle qu'elle est prévue par les articles 145 OJ et 69 PA, comme conforme à un principe de droit fédéral, qui est supérieur au droit cantonal, qui fait partie intégrante du droit de procédure applicable

aux assurances sociales et que les autorités juridictionnelles cantonales doivent observer. L'idée de base est la même dans les deux dispositions: L'autorité de recours doit être en mesure de corriger en tout temps, sans formalités, une sentence contenant une faute de calcul.

c. Une sentence est également entachée d'une erreur de calcul lorsque le résultat d'un calcul erroné, figurant dans les pièces du dossier, a été repris tel quel dans l'acte d'un jugement de recours.

3. En l'espèce, et compte tenu de ces considérants, le jugement cantonal et la décision de caisse doivent être annulés. La cause est renvoyée à l'autorité cantonale de recours pour rectification du jugement entaché de la faute de calcul.

Assurance-invalidité

RÉADAPTATION

Arrêt du TFA, du 12 avril 1973, en la cause T. B. (traduction de l'allemand).

OIC du 20 octobre 1971 (art. 3, 2^e al., 1^{re} phrase, OIC; art. 92 RAI). Lorsqu'une prestation a été accordée selon l'ancien droit pour une infirmité congénitale, alors qu'elle ne pourrait plus l'être en vertu de la nouvelle OIC, valable dès le 1^{er} janvier 1972, la décision y relative ne doit pas être revue d'office. On n'appliquera le nouveau droit que s'il y a matière à une nouvelle appréciation du cas, et ce avec effet à la date de la nouvelle décision.

Cependant, on reprendra l'examen de tous les cas dans lesquels le traitement d'une infirmité congénitale a été, à l'époque, accordé au-delà de 1974, et il sera statué à leur égard selon le nouveau droit; si une telle situation se présente, on limitera uniformément au 31 décembre 1974 l'obligation d'allouer une prestation selon l'ancien droit plus favorable. (Confirmation de la réglementation transitoire de l'OFAS.)

OIC del 20 ottobre 1971 (articolo 3, capoverso 2, prima frase dell'OIC; articolo 92 dell'OAI). Sulle decisioni, con le quali era stata accordata una prestazione per infermità congenita secondo l'ordinanza valevole precedentemente, e che non può più essere accordata secondo la nuova OIC in vigore dal 1° gennaio 1972, non si deve ritornare sempre d'ufficio. Il nuovo diritto deve essere applicato dalla data della nuova decisione, soltanto quando vengono giudicati di nuovo i casi correnti.

Tutti i casi, invece, per i quali la cura dell'infermità congenita era stata accordata a suo tempo anche oltre il 1974, sono da riprendere e decidere secondo il nuovo diritto e l'obbligo di erogare le prestazioni secondo le precedenti disposizioni più favorevoli sarà limitato al 31 dicembre 1974. (Conferma della regolamentazione transitoria dell'UFAS).

L'assuré, né le 23 novembre 1962, souffre d'une hypotonie congénitale de la jambe gauche et de syndactylie du pied gauche. Des prestations AI furent donc demandées en sa faveur, pour la première fois, le 12 janvier 1963. Les infirmités congénitales, qui

figuraient dans la liste alors valable (N° 19, laxité articulaire congénitale; N° 43, défauts et malformations congénitales des extrémités), provoquèrent un retard dans la croissance de l'extrémité inférieure gauche, d'où résulta une légère scoliose de la colonne lombaire avec convexité à gauche. L'AI accorda à l'assuré, par décisions du 7 mai et du 27 septembre 1963, des mesures médicales pour le traitement de ces infirmités; elle prit en charge également la correction des chaussures prescrites par le médecin (décision du 25 juillet 1964). Par une nouvelle décision du 19 avril 1966, les mesures, qui avaient été accordées jusqu'à fin 1965, furent prolongées jusqu'au 30 novembre 1974.

Le 31 juillet 1972, la caisse de compensation décida, en se fondant sur un prononcé de la commission AI, d'annuler avec effet immédiat la décision du 19 avril 1966. Voici ses motifs:

« Selon la nouvelle OIC, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1972, le traitement des malformations congénitales du squelette du pied n'est pris en charge que si ces dernières nécessitent une opération, un appareillage ou un traitement par appareil plâtré.

Ces conditions ne sont pas remplies dans le cas de l'assuré. La facture du 30 mars 1972 peut encore être payée par l'AI dans les limites de la décision rendue le 19 avril 1966.

Si un traitement opératoire s'imposait, une nouvelle demande pourrait être présentée. »

Le père de l'assuré a recouru en demandant l'annulation de cette décision et le maintien des prestations désormais refusées.

Par jugement du 4 octobre 1972, le tribunal cantonal des assurances rejeta ce recours. Il alléguait que le recourant n'avait plus droit, selon l'OIC valable dès le 1^{er} janvier 1972, à des mesures médicales pour le traitement de ses infirmités congénitales, parce que les conditions spéciales, telles qu'elles étaient énoncées maintenant sous les N°s 174 et 177 de la liste, n'étaient pas remplies. La remise de supports plantaires dépendait, selon l'article 21, 1^{er} alinéa, LAI, de l'exécution de mesures médicales; c'est pourquoi une telle prestation doit également être refusée désormais. De même, les corrections des chaussures ne peuvent être prises en charge à titre de chaussures orthopédiques, parce que les conditions spéciales ne sont pas remplies, là également. On peut se demander tout au plus si l'administration était habilitée à retirer au recourant les prestations valablement accordées jusqu'en 1974. Il faut répondre cependant par l'affirmative, parce que la décision de 1966 n'est plus conforme à la loi, selon le nouveau droit, et ne contient aucune garantie matériellement valable concernant l'octroi de prestations jusqu'en 1974. Le recourant ne peut, en outre, se référer aux directives administratives qui aboutissent à une conclusion différente, car elles ne représentent pas des règles juridiques ayant force obligatoire générale.

Le représentant légal de l'assuré a interjeté recours de droit administratif contre ce jugement en renouvelant sa demande de maintien des prestations retirées. Il a proposé une éventuelle expertise orthopédique.

Le TFA a admis ce recours dans le sens des considérants suivants:

1. La décision du 19 avril 1966, qui a été annulée par celle du 31 juillet 1972 attaquée dans la présente procédure, accordait au recourant deux genres de prestations, soit des mesures médicales pour le traitement d'une infirmité congénitale et — en raison de celle-ci — des corrections de chaussures, prescrites par le médecin, à titre de moyens auxiliaires. Etant donné que l'administration motive le retrait de ces pres-

tations, accordées valablement jusqu'au 30 novembre 1974, en alléguant que la situation juridique objective a changé depuis l'époque de la décision qui les a octroyées, il faut examiner d'abord si cette modification autorisait ou obligeait l'administration à rendre la décision attaquée.

2. En ce qui concerne le droit aux mesures médicales pour le traitement d'infirmités congénitales, il convient de noter ce qui suit:

a. Le Conseil fédéral désigne, dans l'OIC, les infirmités congénitales au traitement médical desquelles les assurés mineurs ont droit selon l'article 13 LAI. Selon le 2^e alinéa de cette disposition, il peut exclure la prise en charge du traitement d'infirmités peu importantes. Dans l'OIC du 10 août 1965, en vigueur jusqu'à fin 1971, on désignait particulièrement les infirmités qui pouvaient être exclues à cause de leur insignifiance. Celles des Nos 174 et 182 de la liste, dont souffrait l'assuré, étaient désignées comme telles. Cependant, sous le régime de cette ancienne ordonnance, les infirmités de l'assuré n'ont apparemment pas été considérées comme insignifiantes, puisque les mesures nécessaires furent prises en charge. Selon la nouvelle OIC entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1972, le droit aux prestations est lié à des conditions spéciales dans le cas des infirmités qui peuvent se manifester sous une forme grave ou bénigne; il y a là une différence par rapport à l'ancienne ordonnance. C'est ainsi que selon la nouvelle teneur du N° 174 de la liste, l'assuré a droit aux prestations, en cas de malformations congénitales du squelette du pied, lorsque ces infirmités nécessitent une opération, un appareillage ou un traitement par appareil plâtré. Il en va de même à propos du N° 177 (autres défauts congénitaux et malformations congénitales des extrémités), nouvellement inséré dans la liste. En revanche, l'ancien N° 182 (laxité articulaire congénitale) a été exclu de la liste.

L'ordonnance actuelle, datée du 20 octobre 1971, ne contient pas de dispositions transitoires. On doit donc se demander quel est le sort des décisions qui ont passé en force sous le régime de l'ancienne ordonnance si l'assuré n'a plus droit à la prestation selon les nouvelles dispositions. En tout cas, dans une telle situation juridique, ces décisions ne sauraient d'emblée être annulées. Les principes de la légalité et de l'équité exigent, bien plutôt, que ces décisions soient adaptées expressément au nouveau droit. Ceci est possible en tout temps, puisqu'elles n'ont qu'une validité juridique formelle. Toutefois, il faut noter que l'adaptation de chaque décision ne serait pas, administrativement, réalisable avec toute la sûreté voulue et dans des délais utiles, étant donné le grand nombre de décisions qui concernent des mesures médicales servant au traitement d'infirmités congénitales. Une telle entreprise ne serait donc conforme ni au principe de l'égalité juridique, ni à celui de la sécurité du droit. Or, une solution du problème doit tenir compte au mieux de ces principes; aussi ne peut-elle être cherchée que dans une réglementation générale, qui remplace les dispositions transitoires manquant dans l'ordonnance.

C'est dans cette intention que l'OFAS, en tant qu'autorité de surveillance habilitée à donner des instructions et en se fondant sur l'article 3, 2^e alinéa, 1^{re} phrase, OIC, en corrélation avec l'article 92 RAI, a publié des prescriptions à ce sujet, pour les organes d'exécution, dans la nouvelle circulaire — valable également dès le 1^{er} janvier 1972 — concernant les mesures médicales de réadaptation. Selon le N° 302 de cette circulaire, les décisions accordant une prestation qui ont déjà été notifiées ne doivent pas être revues d'office. Lors de nouvelles décisions concernant des affaires en cours (prolongations, autres demandes de prestations), on appliquera toutefois le nouveau droit dès la date de la décision — au plus tôt cependant dès le 1^{er} janvier 1972. Si, en vertu du nouveau droit, l'assuré ne peut plus prétendre de prestations,

une décision doit lui être notifiée dans ce sens. Ces règles ne s'étant, apparemment, pas révélées entièrement satisfaisantes dans la pratique administrative, l'OFAS a complété ses instructions dans un de ses Bulletins AI (N° marginal 1194 du Bulletin du 30 novembre 1972, reproduit dans RCC 1973, p. 22). Il a précisé que le principe, selon lequel les décisions déjà notifiées ne devaient pas être revues d'office, devait souffrir une exception, et ceci par souci d'équité: C'est lorsque le traitement d'une infirmité congénitale a été accordé pour une période se prolongeant au-delà de l'année 1974 (parfois même pour une durée indéterminée). Dans ces cas-là, il faut limiter au 31 décembre 1974 au plus tard la prestation versée en vertu de l'ancien droit. Il faut donc noter les noms des assurés que cela concerne et leur communiquer immédiatement, par une décision sujette à recours, la date à laquelle la prestation prendra fin.

Certes, le juge de dernière instance n'est pas lié par les instructions générales de l'autorité administrative de surveillance, émises à l'intention des organes qui rendent les décisions; cependant, il n'a aucune raison d'ignorer ces instructions en jugeant un cas particulier, autant qu'elles sont conformes à la loi ou (à défaut de prescriptions légales) en harmonie avec les principes généraux du droit fédéral. C'est le cas des instructions de l'OFAS concernant l'application transitoire de la nouvelle ordonnance sur les infirmités congénitales.

b. La commission AI et la caisse de compensation qui ont rendu le prononcé et la décision sont liées, elles, par les instructions de l'autorité de surveillance (art. 64 LAI en corrélation avec l'art. 72 LAVS; art. 92 RAI). Rendre des décisions conformes à ces instructions, dans les cas particuliers, fait partie de leurs attributions. Dans l'espèce, l'administration ne s'en est pas tenue aux règles transitoires applicables. En effet, la décision du 19 avril 1966 n'a pas étendu les prestations au-delà de l'année 1974, mais les a limitées au 30 novembre 1974. Malgré cela, l'administration a pris une décision d'office, sans qu'une nouvelle demande de prestations ait été présentée ou que la prolongation des mesures en cours ait été requise. Ce faisant, elle a commis une inégalité de droit. Par conséquent, la décision de retrait ne tient pas compte des exigences posées par l'autorité de surveillance, et par là de l'équité. Elle viole ainsi le droit fédéral et doit être annulée. L'assuré a donc droit, comme jusqu'ici, en vertu des règles transitoires juridiquement correctes, aux mesures médicales accordées par décision du 19 avril 1966, et ce droit durera jusqu'au 30 novembre 1974.

3. Il y a lieu de faire une différence à propos du droit — également reconnu valablement — du recourant à la correction des chaussures prescrite par le médecin; ladite correction avait été accordée par la même décision que les mesures médicales, et leur octroi retiré ensuite par la décision attaquée.

a. Les *supports plantaires* ne sont pas un moyen auxiliaire auquel un assuré puisse avoir un droit indépendamment d'autres mesures de réadaptation. De tels objets ne sont remis par l'AI, selon l'article 21, 1^{er} alinéa, 2^e phrase, LAI, que s'ils représentent le complément important de mesures médicales de réadaptation. Par conséquent, dans la mesure où les corrections de chaussures, accordées à l'assuré et prescrites par le médecin, ne consistent qu'en des supports plantaires au sens de la loi — ce que l'on peut admettre d'après les circonstances existant lorsque fut rendue la décision du 19 avril 1966, mais que l'on ne peut déterminer avec certitude d'après le dossier — le droit à leur prise en charge dépend du droit aux mesures médicales pour le traitement des infirmités congénitales et partage son sort juridique. Cela signifie que

l'assuré a droit en principe aussi à cette prestation selon la décision, annulée et de nouveau rétablie, du 19 avril 1966, et ceci jusqu'au 30 novembre 1974. L'administration devra procéder, sur ce point, aux enquêtes nécessaires et rendre, au besoin, une décision en conséquence.

b. En revanche, les *chaussures orthopédiques* sont des moyens auxiliaires auxquels l'assuré a droit aux conditions prévues par l'article 21, 1^{er} alinéa, LAI, en corrélation avec l'article 14, 1^{er} alinéa, lettre b, RAI (éventuellement, depuis le 1^{er} janvier 1968, aussi en vertu de l'art. 21, 2^e al., LAI, en corrélation avec l'art. 14, 2^e al., lettre c, RAI) indépendamment de l'exécution d'autres mesures de réadaptation. La pratique administrative, en ce qui concerne la définition et la remise de telles chaussures, a été suivie, depuis le 1^{er} janvier 1969, conformément à la circulaire sur la remise de moyens auxiliaires valable dès cette date (N^{os} marginaux 90 à 98, avec un complément selon RCC 1969, p. 453), sans changement jusqu'à fin 1972. Le Bulletin AI du 14 février 1973 (N^o marginal 1205) a annulé et remplacé les N^{os} 90 à 98 de la circulaire avec effet au 1^{er} janvier 1973. La nouvelle pratique ne repose pas sur une modification de la loi ou du règlement, mais, tout en se fondant sur la même situation juridique, elle est plus précise que l'ancienne, apparemment de manière à empêcher certains abus. Le TFA n'a jamais eu lieu d'intervenir dans la pratique administrative suivie jusqu'à présent. Les nouvelles instructions prévoient entre autres que les conditions de la remise doivent être, d'office, revues à la date la plus proche, autant que des chaussures orthopédiques ont été accordées pour une période allant au-delà du 31 décembre 1974 (chiffre 11, 2^e al.).

Si, dans le cas présent, les investigations effectuées selon lettre a devaient révéler que les corrections de chaussures obtenues par l'assuré aux frais de l'AI, selon décision du 19 avril 1966, et dont il avait encore besoin au temps où fut rendue la décision attaquée, doivent être assimilées — selon la pratique valable jusqu'à fin 1972 — à des chaussures orthopédiques et non à des supports plantaires, il faudrait traiter la décision du 19 avril 1966 selon les nouvelles dispositions transitoires, telles qu'elles ont été énoncées ci-dessus, donc ne pas l'annuler d'office, mais la maintenir en vigueur jusqu'au 30 novembre 1974; ceci par souci d'équité au sens des arguments exposés sous le considérant 2. Au cas où les conditions d'une prise en charge des corrections de chaussures, en tant que supports plantaires (lettre a), ne seraient pas remplies, ni celles d'un octroi à titre de chaussures orthopédiques (lettre b), selon la pratique suivie jusqu'ici, l'administration examinera, comme une nouvelle demande, d'après les circonstances actuelles, les revendications du recourant dans le recours de droit administratif concernant la prise en charge des corrections, et rendra une décision sur la base des nouvelles instructions.

RENTES

Arrêt du TFA, du 24 janvier 1973, en la cause E. R. (traduction de l'allemand).

Articles 5, 1^{er} alinéa, et 28 LAI. Pour évaluer l'invalidité d'une assurée dont l'activité lucrative était prépondérante avant son invalidité, seule la méthode comparative des revenus est applicable; il est ainsi exclu de prendre en considération le handicap subi dans son activité ménagère.

Articoli 5, capoverso 1, e 28, della LAI. Per la valutazione dell'invalidità di una assicurata, che svolgeva in modo preponderante un'attività lucrativa prima di diventare invalida, può essere applicato soltanto il metodo del rapporto dei redditi, per cui è escluso che si possa tener conto dell'impedimento nell'esercizio delle sue mansioni consuete di casalinga.

L'assurée, de nationalité italienne, habite en Suisse depuis 1938 sans interruption. Pendant des dizaines d'années, elle a travaillé dans une filature; accessoirement, elle s'occupait de son ménage, pour elle et son mari.

Le 3 juin 1969, elle tomba assise, d'où il résulta une fracture par compression Th 8. Elle souffrit en outre d'une ostéoporose bénigne et de spondylose. Depuis le 15 juillet 1970, elle touche une rente de la CNA motivée par une invalidité de 15 pour cent.

En septembre 1970, l'assurée a demandé une rente AI. Elle avait dû renoncer entièrement à son activité lucrative, la filature n'ayant pu lui procurer un travail à sa convenance, qu'elle aurait pu effectuer sans rien soulever et sans se baisser. La filature a attesté, en date du 24 juin 1971, que l'assurée avait travaillé seulement cinq heures par jour du 4 août au 4 octobre 1969, après son accident; à partir du 6 octobre 1969, ayant subi un nouvel accident, elle avait cessé de travailler. En février 1970, elle avait repris cependant son activité pour quelques jours, mais depuis le 25 de ce mois, elle n'était plus venue à l'atelier. Dans le rapport présenté par l'Office régional AI le 14 avril 1971, il est dit que l'assurée a refusé les travaux faciles que son employeur lui offrait et qu'elle aurait pu effectuer sans efforts physiques. Par décision du 23 juillet 1971, la caisse de compensation rejeta la demande de rente en se fondant sur l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI, parce que l'état de l'assurée n'était pas stabilisé et qu'elle ne présentait pas une incapacité de travail de 50 pour cent en moyenne ayant duré 360 jours.

L'assurée déclara, par la voie d'un recours que forma pour elle son fils S.R., qu'elle présentait une incapacité de plus de la moitié pour tous les travaux de fabrication et de ménage.

L'autorité cantonale a rejeté ce recours par jugement du 23 mai 1972; voici, dans l'essentiel, ses arguments: Si l'on compare le gain obtenu après la survenance de l'invalidité au gain que l'assurée réalisait précédemment, on trouve en tout cas, jusqu'au 4 octobre 1969, un degré d'invalidité de 37 pour cent seulement. La décision de rente de la CNA, fondée sur une invalidité de 15 pour cent, n'a pas été attaquée parce qu'elle semblait correspondre à la réalité. L'assurée n'a même pas essayé d'entreprendre le travail de laboratoire qui lui était offert, bien qu'elle en eût été capable selon l'avis du médecin. Enfin, les conditions de l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI ne sont pas non plus remplies.

Le fils de l'assurée a interjeté recours de droit administratif en demandant, pour sa mère, l'octroi d'une rente AI. Contrairement à ce que croit l'autorité de première instance, l'assurée a essayé plusieurs fois de reprendre un travail, mais elle a dû renoncer chaque fois à cause des douleurs qui en résultaient. La recourante présente une incapacité de gain permanente au sens de la première variante de l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI. Il est incompréhensible que l'autorité de première instance ne tienne nullement compte de l'âge avancé de la recourante et de la grande faiblesse due au surmenage. D'ailleurs, le médecin de la filature, le Dr A., aurait également déclaré qu'elle était inapte à réintégrer le circuit du travail.

La caisse de compensation estime que le recours de droit administratif doit être rejeté, parce qu'il n'apporte aucun élément nouveau qui puisse justifier l'annulation

du jugement cantonal. L'OFAS, lui, pense qu'il serait nécessaire de demander un complément d'expertise médicale, grâce auquel on pourrait déterminer si la réadaptation proposée est exigible ou non. En outre, il faudrait envisager aussi d'autres possibilités de réadaptation. L'enquête devrait s'étendre à l'activité lucrative exercée avant le premier accident, puisque l'office régional a déclaré — contrairement au rapport de l'employeur — que la recourante travaillait alors déjà à mi-temps. Si réellement celle-ci n'a travaillé en fabrique qu'à mi-temps, le reste du temps étant alors consacré aux travaux du ménage, il faudrait — en dérogation à la jurisprudence valable — tenir compte aussi, dans l'évaluation de l'invalidité selon la méthode de la comparaison des revenus (art. 28, 2^e al., LAI), du handicap subi dans l'accomplissement des travaux ménagers. L'OFAS propose donc que le dossier soit renvoyé à la commission AI pour complément d'enquête.

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 présente une invalidité de deux tiers au moins, ou à une demi-rente si cette invalidité est de la moitié au moins (dans les cas pénibles, d'un tiers au moins).

Les bases légales de l'évaluation de l'invalidité sont différentes selon que cette évaluation concerne des personnes ayant exercé ou n'ayant pas exercé une activité lucrative avant la survenance de l'invalidité (on les appellera ci-après « actifs » et « non-actifs »). Tandis que le degré d'invalidité d'un actif est déterminé selon la méthode de la comparaison des revenus, prévue par l'article 28, 2^e alinéa, LAI, donc selon des critères liés au gain obtenu, on tient compte, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un non-actif, en particulier celle d'une ménagère, de la mesure dans laquelle cette personne est empêchée d'accomplir son travail habituel (art. 27, 1^{er} al., RAI, en corrélation avec l'article 28, 3^e al., LAI). Selon l'article 27, 2^e alinéa, RAI, on entend, par « travaux habituels de la ménagère », son activité usuelle dans le ménage et, le cas échéant, dans l'entreprise de son mari, ainsi que l'éducation des enfants.

Selon la jurisprudence actuellement valable, il n'est pas possible, à cause de cette différence fondamentale entre les deux méthodes d'évaluation (comparaison des revenus, comparaison des activités), de considérer un assuré partiellement comme actif et partiellement comme non-actif. Lorsqu'un assuré a exercé une activité lucrative avant de devenir invalide, tout en effectuant ses travaux habituels au sens de l'article 27 RAI, le point décisif est de savoir, pour choisir la méthode d'évaluation, quel champ d'activité — considéré globalement — aurait la plus grande importance si l'assuré n'était pas devenu invalide (cf. RCC 1970, p. 399, et 1969, pp. 179 et 483, ainsi que les arrêts cités là). Selon la pratique, on considère avant tout comme une personne active, par exemple, une ménagère mariée qui, avant d'être invalide, exerçait une activité lucrative à plein temps ou qui gagnait la plus grande partie de ce qu'elle aurait pu toucher en exerçant à plein temps une activité lucrative du même genre (ATFA 1964, p. 262,, et RCC 1969, p. 483). En revanche, il faudra considérer comme non-active une ménagère mariée qui n'avait, avant d'être invalide, qu'une occupation lucrative accessoire de peu d'importance parallèlement à ses travaux ménagers, ce qui amènera à appliquer la méthode prévue par l'article 27 RAI.

D'après la jurisprudence la plus récente, l'activité lucrative accessoire d'une assurée occupée essentiellement aux tâches ménagères et à l'éducation des enfants doit, lors de l'évaluation de l'invalidité, être prise en considération selon la méthode spécifique de l'article 27 RAI, à condition que cette activité lucrative fasse partie des

travaux normalement effectués par cette ménagère. Tel est le cas lorsqu'il y a lieu d'admettre que le revenu que l'assurée en tirerait probablement si elle n'était pas invalide représente une part substantielle du revenu global de la famille (RCC 1973, p. 411).

A présent, l'OFAS est d'avis que dans le cas d'une ménagère qui consacrait, avant d'être invalide, la plus grande partie de son activité à une occupation lucrative, et dont le droit à la rente doit être jugé d'après l'article 28 LAI, l'empêchement d'accomplir les travaux ménagers doit également être pris en considération d'une manière appropriée dans l'évaluation de l'invalidité. La Cour de céans ne saurait partager cette manière de voir. Alors que, dans l'arrêt qui vient d'être mentionné, il s'agissait seulement de définir plus exactement les activités de la ménagère au sens de l'article 27, 1^{er} alinéa, RAI, l'innovation proposée par l'OFAS représente une entorse à la pratique selon laquelle un assuré ne peut être traité simultanément comme un actif et comme un non-actif. La prise en considération de travaux accessoires non lucratifs n'est pas compatible avec la réglementation — conforme à la loi — de l'article 27 RAI, lorsque l'on procède à l'évaluation de l'invalidité selon l'article 28 LAI; c'est le cas, du moins, tant que le Conseil fédéral n'aura pas, en se fondant sur l'article 28, 3^e alinéa, LAI, édicté des prescriptions s'écartant de celle-ci. Par conséquent, il faut s'en tenir à la pratique actuelle.

2. D'après les indications fournies par la filature, la recourante était entièrement apte au travail jusqu'à son accident du 3 juin 1969; elle travaillait, chaque semaine, quatre jours à raison de 9 heures par jour, plus un jour pendant 5 heures. Son degré d'invalidité doit dès lors être déterminé d'après la méthode de la comparaison des revenus prévue à l'article 28, 2^e alinéa, LAI.

L'assurée motive sa demande de rente en alléguant qu'elle ne peut, pour raisons de santé, effectuer le travail offert par la filature. Les organes cantonaux de l'AI, eux, sont d'avis qu'elle s'est opposée à une mesure de réadaptation pourtant exigible.

Le 5 mai 1970, la filature avait annoncé à la CNA qu'elle ne pouvait attribuer à la recourante un travail qui la dispense de se pencher et de soulever des fardeaux. Le rapport présenté par le service externe de la CNA le 16 juin 1970 indique qu'il fut tout de même possible de trouver plus tard, dans l'entreprise, un emploi facile, que l'assurée n'a cependant jamais occupé. Le médecin de la CNA a déclaré à ce propos, le 1^{er} juillet 1970: « Il faut reconnaître que la position du corps, dans ce genre de travail, est assez défavorable pour la colonne vertébrale dorsale. La patiente doit travailler penchée en avant; il est plausible que cette attitude provoque des douleurs dans la colonne déjà lésée. » Le médecin ajoutait qu'il était incompréhensible, en revanche, que l'assurée se prétende incapable de toute activité lucrative. Le rapport de l'office régional, du 14 avril 1971, parle également d'un travail facile qui a été offert à l'assurée, mais refusé. Le dossier n'indique pas s'il s'agit là de la même occupation que celle dont parle la CNA. Dans tous les cas, il semble que l'activité mentionnée par la CNA n'ait pas convenu à l'affection dorsale de la recourante; quant à savoir si le travail dont parle l'office régional était exigible, c'est un point que le médecin n'a pas élucidé. A ce propos, il faut noter que le Dr B. a répondu négativement — contrairement au médecin de la CNA — lorsque la commission AI lui a demandé si l'on pouvait exiger de l'assurée un travail à la demi-journée dans un emploi qui lui convienne.

Dans ces conditions, on ne peut dire, sans un supplément d'enquête, que la recourante se soit opposée à un essai de réadaptation exigible. La question de savoir

quelle activité serait à sa portée doit être jugée sur la base d'une expertise médicale. Il incombera éventuellement à la commission AI de soumettre à l'assurée une nouvelle proposition concrète en vue de sa réadaptation. L'OFAS fait remarquer, avec raison, que l'on pourrait aussi envisager des travaux ailleurs qu'à la filature.

Lorsque les possibilités de réadaptation auront été étudiées, la caisse de compensation rendra une nouvelle décision concernant le droit à une rente.

Arrêt du TFA, du 12 décembre 1972, en la cause E. H. (traduction de l'allemand).

Articles 29, 1^{er} alinéa, et 41 LAI; articles 29 et 88 bis, 1^{er} alinéa, RAI. Dans les cas de revisions ayant pour objet une diminution ou une suppression de la rente selon la variante 2 de l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI, l'article 29 RAI est applicable par analogie. En conséquence, la période d'attente est interrompue lorsque l'assuré est totalement incapable de travailler durant au moins 30 jours consécutifs.

Articoli 29, capoverso 1, e 41 della LAI; articoli 29 e 88 bis, capoverso 1, dell'OAI. Se la rendita è diminuita o soppressa per revisione, secondo la variante 2 dell'articolo 29, capoverso 1, della LAI, l'articolo 29 dell'OAI è applicabile per analogia. Il periodo di attesa è, quindi, interrotto, se l'assicurato è completamente incapace al lavoro durante almeno 30 giorni consecutivi.

L'assuré, né en 1931, célibataire, souffre d'un syndrome neurasthénique et d'un mésentère commun avec non-rotation de l'intestin. En automne 1967, il demanda des prestations à l'AI. Par décision du 30 novembre 1967, la caisse de compensation refusa d'accorder des mesures médicales. Dans une autre décision, datée du 12 décembre suivant, elle accorda en revanche une demi-rente simple avec effet au 1^{er} septembre 1967. Le 18 décembre 1969, la caisse, se fondant sur le résultat d'une revision, selon lequel le degré d'invalidité était de 70 pour cent, décida de remplacer la demi-rente par une rente entière, s'élevant à 342 francs par mois, payable à partir du 1^{er} octobre 1969. Par la suite, pour la période allant du 7 septembre 1970 au 30 juin 1971, l'AI prit en charge les frais d'un reclassement dans un centre de réadaptation. En lieu et place de la rente, dont le versement prenait fin le 1^{er} octobre 1970, l'AI versa une indemnité journalière dès le 7 septembre 1970. L'assuré trouva un emploi d'aide de bureau à partir du 1^{er} mai 1971, ce qui amena la caisse à constater — par voie de décision rendue le 29 juillet suivant — qu'il ne présentait plus une invalidité ouvrant droit à une rente. Cependant, par suite d'une rechute, l'assuré avait dû quitter son travail déjà au début de juillet. Un nouvel examen du taux de son invalidité révéla qu'il présentait une incapacité de gain de 70 pour cent, ce qui décida la caisse, le 7 mars 1972, à lui accorder une rente entière depuis le 1^{er} juillet 1971. Le montant de cette prestation fut fixé cependant à 319 francs et non plus, comme en décembre 1969, à 342 francs.

L'assuré recourut contre cette décision et demanda que la rente lui soit versée à l'ancien montant de 342 francs. Il alléguait, à l'appui de cette revendication, qu'il ne pouvait croire que les dispositions légales visent à « punir » par une réduction de

rente un invalide, lorsque celui-ci, s'étant cru réadapté, retombe malade après une période de reprise du travail qui a duré deux mois. Une telle mesure serait contraire à l'esprit de la loi.

L'autorité cantonale rejeta ce recours, mais reconnut que le résultat ainsi obtenu était choquant.

L'assuré a interjeté recours de droit administratif en renouvelant sa demande d'octroi d'une rente mensuelle de 342 francs.

La caisse de compensation conclut au rejet de ce recours. L'OFAS, lui, propose que la décision de caisse soit modifiée de telle manière que la rente fixée d'après les anciennes bases de calcul soit de nouveau accordée à partir du 1^{er} juillet 1971. Eventuellement, au cas où la proposition principale ne serait pas acceptée, l'OFAS demande que l'affaire soit renvoyée à la caisse, afin que celle-ci calcule la rente en tenant compte d'un supplément de 25 pour cent du revenu annuel moyen, qui serait fondé sur l'article 36, 3^e alinéa, LAI.

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

1. Selon l'article 88 bis, 1^{er} alinéa, RAI, on applique par analogie l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI — qui règle la naissance du droit à la rente — pour fixer la date à partir de laquelle la modification déterminante du degré d'invalidité est intervenue. La rente entière ne peut donc être remplacée par une demi-rente ou supprimée, par voie de revision, que lorsque l'assuré

- ou bien présente une incapacité permanente de gain de moins de deux tiers, ou de moins de la moitié (variante 1)
- ou bien a subi, sans interruption notable, une incapacité de travail de moins de deux tiers ou de moins de la moitié, en moyenne, pendant 360 jours, et présente encore une incapacité de gain de moins de deux tiers ou de moins de la moitié (variante 2).

Le dossier indiquant que l'infirmité du recourant est une maladie de longue durée, labile et sujette à des rechutes, le cas doit être jugé d'après la 2^e variante. La caisse de compensation et l'autorité judiciaire de première instance estiment que le droit à une rente primitivement reconnu s'est éteint, en vertu des articles 29 LAI et 29 RAI, parce que l'assuré a travaillé pendant les mois de mai et de juin 1971 dans un bureau et qu'il a ainsi derrière lui une période ininterrompue de plus de 30 jours d'aptitude au travail. La rechute qui l'a obligé à quitter son emploi doit être considérée, ainsi elles, à cause de l'essai de travail qui l'a précédée, comme un nouvel événement assuré. Par conséquent, la rente à accorder depuis le 1^{er} juillet 1971 doit être calculée en observant les normes légales valables à cette date. Si tel est le cas, la nouvelle rente fixée par la caisse aura été calculée correctement.

2. Il faut se demander toutefois s'il est juste d'admettre — comme l'a fait l'autorité de première instance — que la rechute subie par le recourant au début de juillet 1971 représente un nouvel événement assuré. Dans son préavis, l'OFAS estime, ainsi qu'il l'avait fait précédemment sous le N° 208 de ses directives concernant l'invalidité et l'impotence, que l'interruption de l'incapacité de travail pendant 30 jours, dont il est question à l'article 29 RAI, n'est à prendre en considération que pour le début de la période d'attente lorsque naît le droit à la rente, mais qu'elle ne joue aucun rôle décisif dans le calcul de la période de 360 jours en cas de réduction ou de suppression de la rente. Selon l'OFAS, l'application par analogie de l'article 29 RAI doit bien

plutôt faire admettre, inversement, l'existence d'une interruption importante de la capacité de travail lorsque l'assuré a présenté, pendant au moins 30 jours consécutifs, une incapacité totale de travail.

Jusqu'à maintenant, le TFA ne s'est pas prononcé expressément sur cette question litigieuse. L'avis de l'OFAS apparaît pertinent dans la mesure où il s'agit, dans les cas de réduction ou de suppression de rentes, d'appliquer selon une symétrie aussi forte que possible l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI (2^e variante) qui règle l'octroi de la rente. Si, dans les cas d'octroi d'une rente, 30 jours de capacité de travail interrompent la période d'attente de 360 jours, il faut, dans les cas de réduction ou de suppression, considérer bien plutôt les 30 jours comme étant réalisés s'ils ont constitué une période d'incapacité de travail totale. Si l'on considérait ces 30 jours comme une période de capacité de travail, cela mettrait en question la possibilité d'appliquer l'article 29 LAI, soit l'article 88 bis, 1^{er} alinéa, RAI; en effet, à la fin de chaque tranche de 30 jours de pleine capacité de travail dans la période de 360 jours, il faudrait admettre que l'événement assuré a pris fin. Cela reviendrait à enlever toute validité à la période d'attente fixée à 360 jours. Une pleine capacité de travail pendant au moins 30 jours au cours de la période d'attente de 360 jours, dans les cas de réduction ou suppression de rentes, n'a donc pas d'autre portée que celle qui pourrait avoir une entière incapacité de travail d'au moins 30 jours au cours de la période de 360 jours précédant l'octroi ou l'augmentation de la rente. Dans les deux cas, c'est seulement la moyenne de l'incapacité de travail qui est influencée, tandis que la période de 360 jours n'est pas mise en cause comme telle. La conception de l'OFAS se révèle donc juste. Elle permet d'appliquer l'article 29 LAI et l'article 88 bis, 1^{er} alinéa, RAI d'une manière raisonnable aux cas de réduction et de suppression de rentes.

3. Dans l'espèce, la caisse de compensation — et avec elle l'autorité de première instance — ont donné une interprétation inexacte notamment de l'article 29, 1^{er} alinéa, RAI. C'est pourquoi la caisse a fixé, par erreur, une nouvelle rente au lieu de maintenir celle qui avait été accordée précédemment pour un montant de 342 francs. Les deux mois environ de pleine activité, au cours de la période de 360 jours, ne sauraient rien y changer. Un nouvel événement assuré n'est pas survenu pour autant.

Il faut se demander maintenant à partir de quand l'ancienne rente de 342 francs par mois doit être de nouveau versée. L'OFAS estime que vu la décision de suspension du 29 juillet 1971, passée en force sans avoir été attaquée, l'assuré n'a pas droit à la rente pour la période qui précède. Ceci est exact. La proposition principale de l'OFAS doit donc être acceptée. Il est dès lors superflu de se prononcer sur le bien-fondé de sa proposition subsidiaire, présentée en instance de recours. ...

4. Le TFA partage l'avis de l'OFAS selon lequel les organes de l'AI devraient reprendre leurs tentatives en vue de réadapter le recourant, qui est encore jeune.

Arrêt du TFA, du 10 octobre 1972, en la cause S. G. (traduction de l'allemand).

Article 41, 1^{er} alinéa, LAI; article 27 RAI. Une modification du degré d'invalidité, au sens de la loi, chez une ménagère mère de famille peut aussi résulter d'un changement dans les devoirs qui incombent à cette personne. En principe, l'invalidité de l'époux aggrave celle de l'épouse non active, parce qu'elle empêche le mari d'aider sa femme et de compenser ainsi son handicap.

Articolo 41, capoverso 1, della LAI; articolo 27 dell'OAI. Una modificazione giuridicamente rilevante del grado d'invalidità, trattandosi di una casalinga madre di famiglia può, anche, risultare da un cambiamento delle sue mansioni consuete.

Di regola, l'invalidità del marito influisce sull'invalidità della moglie senza attività lucrativa, dato che la stessa non può ricevere a suo sgravio alcun aiuto compensativo dal marito.

L'assurée, née le 1^{er} février 1938, est pratiquement aveugle depuis des années par suite d'une dégénérescence tapétorétinienne. Elle est mariée à un aveugle et mère de deux enfants nés en 1964 et 1965.

En février 1962, elle s'était annoncée pour la première fois à l'AI en demandant des mesures médicales, une orientation professionnelle et éventuellement un reclassement. Depuis son mariage, conclu le 1^{er} septembre 1962, elle se consacre uniquement à son ménage, si bien que sa demande de mesures professionnelles est devenue sans objet; quant à des mesures médicales, elles étaient apparemment impossibles ou peu indiquées. En revanche, l'assurée a obtenu, par décision du 10 janvier 1963, une demi-rente AI avec effet au 1^{er} septembre 1962. Compte tenu de l'accroissement des tâches de l'assurée causé par la naissance du premier enfant, la commission AI jugea bon d'évaluer le taux d'invalidité à 70 pour cent (précédemment: 50 pour cent) et de faire verser, à partir du 1^{er} février 1964, une rente entière avec rente complémentaire pour l'enfant (décision du 18 juin 1965). Une seconde rente complémentaire fut accordée, le degré d'invalidité étant le même, lors de la naissance du deuxième enfant. Conformément à une nouvelle décision rendue le 19 septembre 1969, l'assurée obtint en outre une allocation pour une impotence de faible degré, à partir du 1^{er} mai 1968.

Lors de la revision qui eut lieu à la fin de février 1971, la commission AI, ayant demandé un nouveau rapport médical et procédé à une enquête sur place, estima que le taux d'invalidité était désormais de 60 pour cent. En conséquence, la caisse de compensation communiqua à l'assurée, par décision du 28 avril 1971, la nouvelle évaluation de son invalidité, et remplaça la rente entière par une demi-rente avec effet au 1^{er} mai 1971. L'allocation pour impotent n'était pas modifiée; une nouvelle revision était prévue pour la fin d'avril 1976.

L'assurée recourut sans succès contre cette décision. Le jugement de l'autorité cantonale, qui confirme la réduction de la rente, est daté du 15 décembre 1971, mais n'a été notifié que le 15 mars 1972.

L'assurée a interjeté recours de droit administratif en demandant que la rente entière continue de lui être versée. Dans ses motifs, elle s'en prend notamment à l'argument invoqué dans l'arrêt cantonal, où il est admis — sans aucune motivation à l'appui — que l'éducation d'enfants en âge scolaire accapare moins la mère que les soins donnés dans la première enfance. En outre, il est injuste de ne pas tenir compte de la cécité de l'époux; celui-ci, en effet, n'est pas en mesure d'aider son épouse autant qu'un homme valide, et de plus, il lui occasionne encore un travail supplémentaire. Aussi le jugement cantonal n'est-il pas équitable.

La caisse de compensation maintient le point de vue qu'elle a exposé dans son préavis à l'autorité de première instance. L'OFAS propose que l'on continue de verser à l'assurée une rente entière et que le dossier soit renvoyé à la commission AI pour examen de la question de l'impotence. Les motifs invoqués à l'appui de ces propositions se dégagent des considérants suivants.

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

1. Dans la procédure de recours ayant pour objet l'octroi ou le refus de prestations d'assurance, le pouvoir d'examen du TFA n'est pas limité à la violation du droit fédéral, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation, mais il s'étend aussi à l'opportunité de la décision attaquée. Le tribunal n'est alors pas lié par la constatation de l'état de fait effectuée par l'autorité de première instance; il peut s'écarter des conclusions des parties, à l'avantage ou au détriment de celles-ci (art. 132 OJ).

2. *a.* Est invalide, au sens de la loi, celui qui souffre d'une incapacité de gain présumée permanente ou de longue durée à cause d'une atteinte à sa santé physique ou mentale résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4, 1^{er} al., LAI). N'a droit à une rente entière, cependant, que l'assuré qui présente une invalidité de deux tiers au moins; en cas d'invalidité de la moitié au moins, il a droit à une demi-rente. Dans les cas pénibles, la demi-rente peut être accordée lorsque l'invalidité n'est que d'un tiers au moins (art. 28, 1^{er} al., LAI).

Pour évaluer l'invalidité d'assurés majeurs sans activité lucrative, dont on ne saurait exiger qu'ils entreprennent une telle activité — par exemple les ménagères — on assimile à l'incapacité de gain au sens de l'art. 4, 1^{er} alinéa, LAI l'impossibilité d'accomplir les travaux habituels (art. 5, 1^{er} al., LAI; art. 27, 1^{er} al., RAI). Les travaux habituels de la ménagère sont l'activité usuelle de celle-ci dans le ménage et, le cas échéant, dans l'entreprise du mari, ainsi que l'éducation des enfants (art. 28, 3^e al., LAI; art. 27, 2^e al., RAI).

b. Les rentes en cours doivent être augmentées, réduites ou supprimées pour l'avenir lorsque le degré d'invalidité du bénéficiaire se modifie de manière à influencer le droit à ces prestations. Pour déterminer la date à laquelle une telle modification devient suffisamment importante, on appliquera par analogie, selon l'article 88 bis, 1^{er} alinéa, RAI les règles de l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI concernant le début du droit à la rente. Cela signifie, selon la première variante de cette disposition ici applicable, que la rente entière en cours peut être réduite à une demi-rente si la recourante présente une incapacité de gain permanente de moins de deux tiers, mais d'au moins la moitié — s'il y a cas pénible, d'au moins un tiers — ou si elle subit un empêchement de même importance dans l'accomplissement de ses travaux habituels.

3. Une modification décisive du degré d'invalidité peut résulter, d'une manière générale, d'un changement dans l'état de santé et dans le handicap causé par celui-ci; elle peut provenir aussi d'un changement survenu dans les travaux habituels de l'intéressé.

Dans l'espèce, le handicap physique (l'assurée est pratiquement aveugle) ne s'est pas modifié depuis le premier octroi d'une rente il y a 10 ans; ceci n'est pas contesté. Il reste donc à examiner s'il s'est produit, dans les travaux habituels de l'assurée, des modifications importantes. En 1964, la demi-rente a été remplacée par une rente entière, parce que l'on admettait que l'assurée nécessitait une aide accrue pour les soins de l'enfant né le 8 février de cette année-là; le taux d'invalidité était donc évalué à 70 pour cent. Cette hausse de la rente fut donc accordée par suite d'une modification dans le champ d'activité de l'assurée. La décision de révision attaquée se fonde manifestement sur le rapport présenté à la commission AI, où il est dit: « Le cadet ayant actuellement 5 ans, il faudrait, à notre avis, abaisser le taux d'invalidité à 60 pour cent (ce taux ayant été augmenté à 70 pour cent, en 1964, seulement à cause de l'enfant). » Ainsi, ce fut aussi une modification dans le champ d'activité de la recourante qui détermina la réduction de la rente. On doit se demander cependant si ce changement a été apprécié, juridiquement, d'une manière pertinente.

La commission AI, la caisse et l'autorité de première instance admettent que les soins nécessités par un enfant de 5 ans occasionnent sensiblement moins de travail à une mère aveugle que ceux d'un enfant plus petit. Dans les circonstances ici données, cet allègement de la besogne incombant à la mère et ménagère devrait réduire l'invalidité de 10 pour cent. Cet avis n'est pas partagé par la cour de céans. La croissance d'un enfant n'entraîne, du moins en bonne partie, qu'un changement du genre des tâches assumées par la mère; or, ce changement n'a pas d'influence sur l'invalidité. Certes, l'enfant âgé de 5 ans est plus indépendant, mais il est aussi plus habile à se mouvoir et par conséquent il court plus de risques; de même, il fait courir plus de risques à son entourage. Les soins proprement dits sont remplacés par une surveillance accrue. L'éducation d'un enfant en pleine croissance est évidemment plus difficile encore pour une mère aveugle, ainsi par exemple lorsqu'il s'agit de surveiller les devoirs d'école. Toutefois, en l'espèce, abstraction faite de cette comparaison, il faut attribuer une valeur décisive à l'argument de l'OFAS selon lequel l'éducation de deux enfants âgés de 5 et 6 ans (au moment de la révision) occupe certainement la mère aveugle tout autant que naguère celle d'un petit enfant unique. Le fait que les enfants grandissent n'entraîne, dans les circonstances concrètes du cas présent, aucune réduction de l'invalidité et ne permet pas d'admettre l'existence d'une modification déterminante du degré d'invalidité; cela d'autant moins que celui-ci avait été, naguère, lors de la naissance du premier enfant, élevé à 70 pour cent, mais n'avait pas été modifié à la naissance du deuxième.

L'autorité de première instance allègue que la comparaison des activités nécessaire à l'évaluation de l'invalidité doit, comme par le passé, prendre en considération le travail occasionné par l'entretien d'un appartement de trois pièces, parce que le déménagement dans une villa de 5 pièces n'était pas nécessité par l'invalidité. Cet argument doit aussi être rejeté. Tout en réservant la possibilité de prétentions abusives envers l'AI par une extension, objectivement non justifiée, du champ d'activité, on ne saurait ignorer simplement les changements qui s'y produisent par suite de circonstances personnelles. Dans ces conditions, on ne peut — surtout en tenant compte des enfants — certainement pas parler d'un abus de droit lorsqu'un couple avec deux enfants quitte un appartement de trois pièces pour un appartement de cinq pièces ou même pour une villa avec jardin; par conséquent, l'agrandissement du champ d'activité lié à un tel changement doit lui aussi, sous réserve des abus signalés ci-dessus, être pris en considération. Cette solution est dictée également par l'équité à l'égard d'une assurée qui devient invalide seulement après un tel changement.

Enfin, il faut encore noter que l'invalidité du mari, elle aussi, influence celle de l'épouse, parce qu'elle empêche le mari de venir en aide à celle-ci. Cet inconvénient n'est pas pris en considération pour l'évaluation de l'invalidité de l'époux, étant donné que dans son cas, on ne tient compte que de la perte de gain provoquée par l'invalidité. Ainsi que l'OFAS le fait remarquer pertinemment dans son préavis, cette question ne se pose pas, en l'espèce, du point de vue de la modification déterminante, parce que l'invalidité de l'époux était inchangée déjà au moment où la comparaison fut faite.

Ainsi, puisque l'invalidité de la recourante ne s'est pas modifiée d'une manière décisive pour le droit à la rente, il faut continuer à lui verser la rente entière simple de l'AI. Le recours de droit administratif doit dès lors être admis, ce qui entraîne l'annulation du jugement cantonal et de la décision de révision dans la mesure où ceux-ci concernent la rente.

Prestations complémentaires

Arrêt du TFA, du 22 mai 1973, en la cause A. R. (traduction de l'allemand).

Article 3, 4^e alinéa, lettre e, LPC; article 2 OMPC. Si un bénéficiaire de PC demande à l'organe d'exécution, dans les douze mois à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de la facture, le paiement de ses frais de maladie, on tiendra compte aussi, en appliquant par analogie l'article 48, 2^e alinéa, 2^e phrase, LAI, des frais facturés plus de douze mois avant cette demande.

Une facture au sens de l'article 2 OMPC est considérée comme présentée lorsqu'elle a été remise à la personne ou au service administratif autorisé à la recevoir.

Articolo 3, capoverso 4, lettera e della LPC e articolo 2 dell'OMPC. Se un beneficiario di PC fa valere presso l'organo esecutivo le spese di malattia entro dodici mesi da quando ha avuto conoscenza della fatturazione, allora, applicando per analogia l'articolo 48, capoverso 2, frase 2 della LAI, vengono tenute presenti anche le spese messe in conto più di dodici mesi prima della richiesta.

Si ritiene che la fattura sia stata fatta valere, in conformità dell'articolo 2 dell'OMPC, quando essa è stata rimessa alla persona o all'ufficio amministrativo autorizzati a riceverla.

L'assurée, née en 1919, se trouve depuis 1966, pour cause d'invalidité, dans une maison de retraite pour personnes âgées. Elle est sous tutelle. Depuis 1966, elle touche une PC en plus de sa rente d'invalidité. La dernière décision de revision, datée du 7 juin 1971, a fixé le montant de la PC à partir du 1^{er} janvier de cette année. Le 10 avril 1972, la caisse de compensation a informé le tuteur que les frais de maladie occasionnés en 1971, soit 401 francs après déduction de la participation de 200 francs prévue par la loi, seraient remboursés. En revanche, la caisse déclara, par décision du 26 avril 1972, qu'un remboursement de la note du médecin datée du 17 janvier 1971, visée le 15 février par le syndic, et dont le montant était de 560 fr. 85, était exclu, le paiement de ces frais n'ayant pas été demandé à la caisse dans le délai prescrit de douze mois à compter de la date de la facture. Ainsi, l'intéressée devait se contenter de la contribution de 201 francs (pour la facture du 30 décembre 1971 s'élevant à 401 francs). La note du médecin de 560 fr. 85 avait été payée le 17 mars 1971 par la caisse communale aux frais de l'assurée.

Dans son recours, le tuteur, E. K., a fait remarquer que cette dernière facture médicale n'avait été portée à sa connaissance que le 28 avril 1972 par le caissier communal. Ainsi, le délai de douze mois n'a commencé à courir que ce jour-là.

Le tribunal cantonal des assurances a rejeté le recours par jugement du 25 août 1972 en alléguant, dans l'essentiel, que le délai de 12 mois était péremptoire. En

outre, il était peu vraisemblable que le secrétaire de l'assistance publique, simultanément tuteur de la recourante, n'ait pas eu connaissance d'une facture visée le 15 février 1971 par le président de l'autorité tutélaire et payée le 17 mars 1971.

Le tuteur a interjeté recours de droit administratif. Il demande que « le droit de l'assurée au remboursement des frais de maladie pour 1971 soit reconnu à titre de prise en compte pour 1971, ou éventuellement pour 1972 ». Il allègue, de nouveau, que ni lui, ni l'assurée n'ont eu connaissance de cette note du médecin; il n'en a été informé que par la communication du 10 avril 1972, la décision du 26 avril et la facture du home présentée le 28 avril 1972. Contrairement à ce que croit l'autorité de première instance, il n'est pas secrétaire de l'assistance publique. En sa qualité de tuteur, il est seul compétent pour demander le remboursement de frais de maladie, ce qui suppose toutefois que ceux-ci soient portés à sa connaissance suffisamment tôt.

La caisse de compensation et l'OFAS ont conclu au rejet de ce recours.

Le TFA a rejeté le recours pour les motifs suivants:

1. Selon l'article 2 OMPC, les frais de médecin, de dentiste, de pharmacie, d'hospitalisation et de soins à domicile, ainsi que les dépenses pour des moyens auxiliaires, ne peuvent être déduits au sens de l'article 3, 4^e alinéa, lettre e, LPC, lors du calcul du revenu déterminant (art. 2, 1^{er} al., LPC), que si leur paiement est demandé à l'organe d'exécution dans les douze mois à compter de la date de la facture. Cela représente, pour la personne qui demande des prestations, un avantage, puisqu'elle peut déduire non seulement les frais de maladie dont le paiement est demandé à l'organe d'exécution immédiatement après réception de la facture, mais aussi ceux pour lesquels une facture a été présentée dans les douze mois qui ont précédé cette demande. Il s'agit là d'une sorte d'octroi après coup des prestations, tel que l'AI le connaît également. L'article 48, 2^e alinéa, 1^{re} phrase, LAI dispose en effet que l'assurance doit accorder à l'assuré les prestations pour les douze mois qui ont précédé le dépôt de la demande. Cependant, contrairement à l'ordonnance du Département, l'article 48, 2^e alinéa, 2^e phrase, LAI va plus loin encore, puisqu'il prévoit que des prestations d'assurance sont accordées aussi pour une durée plus longue que les douze mois précédents lorsque l'assuré ne pouvait connaître les faits ouvrant droit à prestations et qu'il a présenté sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance.

Or, il existe une analogie évidente entre les deux institutions juridiques créées par l'article 2 de l'ordonnance du département, d'une part, et par l'article 48, 2^e alinéa, 1^{re} phrase, LAI d'autre part, et entre les buts visés par ces dispositions. Ceci justifie l'application par analogie, au domaine des PC, de la 2^e phrase de cette disposition de la LAI: lorsque le bénéficiaire d'une PC ne pouvait savoir qu'une facture autorisant une déduction avait été présentée, mais qu'il a signalé les frais de maladie en question à l'organe d'exécution dans les douze mois à compter du moment où il en a eu connaissance, les frais facturés plus de douze mois avant cette demande sont également déduits.

Une facture est considérée comme présentée au sens de l'article 2 OMPC lorsqu'elle a été remise à la personne ou au service administratif autorisé à la recevoir.

2. La note du médecin de 560 fr. 85 a été visée par le syndic le 15 février 1971 et par conséquent remise à la caisse communale au plus tard ce jour-là. On peut en outre croire le tuteur lorsqu'il prétend en avoir eu connaissance seulement le 28 avril 1972. Néanmoins, la Cour de céans ne saurait partager son opinion selon laquelle le délai de douze mois n'aurait commencé, pour lui, à courir qu'à cette date.

Ainsi qu'il appert du recours de droit administratif, le caissier communal tient la comptabilité pour l'asile de vieillards où se trouve l'assurée. Il y a, pour chaque pensionnaire, un compte où sont débitées, entre autres, les notes des médecins et où sont créditées les PC. Des factures de ce genre, qui concernent des pensionnaires dudit asile, sont ainsi transmises directement à la caisse communale, qui les paie, ce qui a d'ailleurs été le cas ici. Le tuteur connaissait cette procédure et semble l'avoir approuvée. Cependant, celle-ci présente le désavantage de n'informer le tuteur, le cas échéant, que tardivement au sujet des transactions financières qui concernent son pupille et que la caisse communale a effectuées. Ceci vaut notamment aussi pour les notes de médecins. C'est en principe le devoir du tuteur de s'informer, aussi souvent qu'il le faut, des affaires traitées pour le pupille par ladite caisse. S'il omet de le faire, il ne peut alléguer ensuite que la caisse ne l'a pas informé à temps au sujet d'une facture ou du paiement de celle-ci.

La facture de 560 fr. 85 a donc été remise à la caisse communale — comme déjà relevé — au plus tard le 15 février 1971. S'il avait accompli son devoir de tuteur, E. K. aurait pu sans peine s'enquérir à son sujet et en prendre connaissance, au cours des mois suivants. Son omission a eu pour résultat que la déduction de ces frais médicaux a été demandée à la caisse de compensation seulement le 24 mars 1972. Or, à cette date, le délai de douze mois prévu pour faire valoir ces frais était déjà expiré, si bien que la caisse de compensation a refusé leur remboursement à bon droit.

Les assurances sociales en chiffres

Le Bureau fédéral de statistique publie chaque année un « Annuaire statistique de la Suisse », dont une partie est consacrée aux assurances. Les chiffres concernant les assurances sociales proprement dites (sans les caisses de pensions et les caisses de compensation cantonales pour allocations familiales) sont fournis par l'OFAS, qui les réunit en collaboration avec la CNA (pour l'assurance-accidents obligatoire), l'assurance militaire et l'Office fédéral de l'industrie, des arts et métiers et du travail (pour l'assurance-chômage). Les tableaux ci-après ne sont qu'un extrait concentré de ces statistiques; ils sont accompagnés de brefs commentaires à l'intention des lecteurs de la RCC. En outre, la répartition des dépenses consacrées à chaque secteur est illustrée par un graphique.

Tableau 1

Dans ce tableau figurent, pour la première fois, les bénéficiaires de rentes AVS et les montants versés pendant le premier quart de siècle de cette assurance (il est vrai que pour les trois dernières années, on ne connaît encore que le total des sommes versées). La hausse continue des rentes se voit dans la dernière colonne. De brusques sauts, particulièrement importants, ont été faits de 1963 à 1964 (sixième révision) et de 1968 à 1969 (septième révision). Quant à l'augmentation qui sera probablement la plus considérable pour longtemps (celle de 1973), elle n'a pu être exprimée dans ce tableau, car les chiffres exacts qui en ont résulté ne sont pas encore déterminés; cependant, les estimations pour cette année-là parlent d'une somme de rentes supérieure à 6 milliards.

La moitié gauche du tableau illustre un aspect intéressant de notre évolution démographique: l'accroissement extraordinaire du nombre des personnes âgées. Depuis 1948, l'effectif des bénéficiaires de rentes de vieillesse a plus que quadruplé. On peut faire la même constatation en comparant la première et la deuxième colonne: en 1948, le rapport entre bénéficiaires de rentes de vieillesse (un couple étant compté comme un bénéficiaire) et bénéficiaires de rentes de survivants était d'environ 3 à 1; en 1969, il a passé à 6:1. Le nombre absolu des survivants touchant la rente AVS a tendance à décroître depuis 1956.

Tableau 2

Selon l'article 108 LAVS, l'actif du fonds de compensation doit être placé de manière à présenter toute sécurité et à rapporter un intérêt convenable; la participation, sous quelque forme que ce soit, à des entreprises à but lucratif est interdite. Compte tenu de ces prescriptions, les placements ont toujours été effectués principalement auprès des pouvoirs publics, des centrales de lettres de gage et de banques cantonales. Une petite part a en outre été placée auprès de corporations et institutions de droit public, c'est-à-dire avant tout d'associations de personnes morales (communes et régions) poursuivant un but déter-

Les bénéficiaires de rentes et les sommes de rentes versées (AVS) ¹

Tableau 1

Années	Bénéficiaires, en milliers ²			Versements en millions de francs		
	Rentes de vieillesse ³	Rentes de survivants	Total	Rentes de vieillesse	Rentes de survivants	Total
1948	182	65	247	103	19	122
1950	228	78	306	139	25	164
1952	310	99	409	205	36	241
1954	352	109	461	297	53	350
1956	436	129	565	410	71	481
1958	529	128	657	564	89	653
1960	552	130	682	623	95	718
1962	585	130	715	860	124	984
1963	592	128	720	902	126	1028
1964	663	121	784	1432	164	1596
1965	691	122	813	1500	167	1667
1966	709	122	831	1557	169	1726
1967	720	122	842	1788	188	1976
1968	746	123	869	1858	191	2049
1969	758	123	881	2608	258	2866
1970	—	—	—	—	—	2962
1971	—	—	—	—	—	3366
1972	—	—	—	—	—	3764

¹ Y compris les bénéficiaires et les paiements à l'étranger.
² Personnes qui ont, dans le courant de l'année, touché une rente une fois ou l'autre.
³ Chaque couple est compté comme un seul bénéficiaire. A partir de 1964, les bénéficiaires de rentes complémentaires sont inclus dans ces chiffres. De telles rentes (destinées aux épouses et aux enfants) ont été instituées lors de la 6^e révision de l'AVS.

miné. Des sommes importantes sont placées dans des entreprises semi-publiques, c'est-à-dire principalement dans des usines électriques et entreprises de transports. Le fonds de compensation joue un rôle considérable aussi bien dans les budgets des pouvoirs publics que — indirectement — dans l'économie privée.

L'évolution des divers genres de placements s'est effectuée d'une manière assez régulière. Ainsi, dès les débuts, on a vu prédominer les placements dans les lettres de gage; c'est dans les années cinquante, seulement, que des montants encore plus élevés ont été placés auprès de la Confédération, à défaut d'autres possibilités. Plus tard, lorsque la demande de prêts tirés du fonds commença à croître, la Confédération se retira de plus en plus comme emprunteuse. Il est intéressant aussi de constater de quelle manière le total des avoirs du fonds a évolué. Il a augmenté, pendant les douze premières années, absolument et relativement (c'est-à-dire par rapport au « chiffre d'affaires » qu'avait alors

Les placements du fonds de compensation AVS¹

Valeur nominale en millions de francs

Tableau 2

Années	Confédération	Cantons	Communes	Centrales de lettres de gage	Banques cantonales	Corporations et institutions de droit public	Entreprises semi-publiques	Banques, groupes bancaires	Rescriptions, dépôts de fonds	Total
1948	50	39	30	170	65	—	—	—	—	354
1950	379	255	148	323	131	8	33	—	—	1277
1952	739	325	272	481	284	8	89	—	—	2198
1954	943	414	348	580	350	9	261	—	125	3030
1956	963	570	451	896	635	12	431	—	37	3995
1958	662	738	606	1250	789	11	613	—	—	4669
1960	622	895	755	1437	978	13	836	—	—	5536
1961	529	957	784	1527	1086	21	941	—	—	5845
1962	461	1007	820	1692	1183	24	1023	—	—	6210
1963	433	1076	896	1812	1283	26	1123	—	—	6649
1964	194	1088	932	2070	1318	26	1150	—	—	6778
1965	194	1107	993	2130	1363	42	1174	—	60	7063
1966	206	1120	1026	2178	1403	54	1195	—	102	7284
1967	206	1130	1062	2177	1442	67	1213	—	175	7472
1968	206	1122	1092	2242	1463	73	1210	—	207	7615
1969	206	1145	1130	2291	1512	83	1230	—	63	7660
1970	206	1157	1202	2293	1548	106	1244	—	241	7997
1971	178	1176	1240	2273	1556	158	1266	161	463	8471
1972	172	1188	1262	2291	1563	175	1226	190	699	8766

¹ Etat des placements à la fin de l'année.
Depuis 1960, les parts de l'AI et des APG sont comprises dans ces chiffres.

l'assurance), sensiblement plus que dans la période postérieure. Autrement dit, les excédents de l'AVS ont diminué dans la mesure où les prestations de cette assurance ont été améliorées sans hausse des cotisations.

Tableau 3

Le régime des APG est, avec l'assurance-accidents obligatoire, la seule institution sociale qui soit financée uniquement par les assurés et les employeurs (pendant les sept premières années de son existence, ses dépenses ont pu être couvertes entièrement au moyen du fonds des anciens régimes des allocations pour perte de salaire et de gain et des allocations aux étudiants). Peut-être est-ce, là aussi, une des raisons pour lesquelles le régime des APG a augmenté

*Les allocations pour perte de gain aux militaires et aux personnes servant
dans la protection civile*

Montants en millions de francs

Tableau 3

Années	Recettes			Dépenses			Réserve ou fonds de compensation	
	Cotisations	Intérêts	Total	Allocations	Frais d'administration	Total	Accroissement	Etat à la fin de l'année
1953	—	12,6	12,6	41,7	0,8	42,5	— 29,2	389,9
1954	—	—	—	48,5	1,2	49,7	— 49,7	340,2
1956	—	—	—	49,3	1,4	50,7	— 50,7	241,5
1958	—	—	—	52,6	1,2	53,8	— 53,8	142,0
1960	74,9	2,8	77,7	63,6	0,3	63,9	13,8	102,0
1961	88,7	3,3	92,0	71,5	0,3	71,8	20,2	122,2
1962	99,9	3,9	103,8	84,9	0,1	85,0	18,8	141,0
1963	111,5	4,9	116,4	88,3	0,2	88,5	27,9	168,9
1964	122,8	5,2	128,0	126,2	0,2	126,4	1,6	170,5
1965	134,8	5,4	140,2	137,2	0,3	137,5	2,7	173,2
1966	143,8	5,8	149,6	137,6	0,3	137,9	11,7	184,9
1967	156,7	6,4	163,1	138,1	0,3	138,4	24,7	209,6
1968	166,2	7,3	173,5	147,5	0,4	147,9	25,6	235,2
1969	179,9	7,8	187,7	214,0	0,5	214,5	— 26,8	208,4
1970	199,8	7,0	206,8	221,1	0,4	221,5	— 14,7	193,7
1971	228,9	7,1	236,0	230,2	0,4	230,6	5,4	199,1
1972	256,6	7,9	264,5	226,3	0,4	226,7	37,8	236,9

ses prestations d'une manière continue et appropriée et non par brusques sauts. En comparant la première colonne (cotisations) et la quatrième (allocations), on a même l'impression que celles-ci devaient être adaptées aux recettes qui avaient été fortement augmentées au cours des années précédentes. Ceci est le cas, principalement, pour la deuxième révision des APG (1964) et pour la troisième (1969). En 1972, les allocations versées ont été de nouveau dépassées par les cotisations; depuis lors, une hausse des allocations, avec effet au 1^{er} janvier 1974 est entrée en vigueur.

Indirectement, on peut donc conclure, en consultant ce tableau, que le régime des APG n'était pas l'objet principal des discussions et des revendications sociales, mais que l'initiative de ses améliorations a été prise en général par le pouvoir exécutif. Et pourtant, le régime des APG a eu et a encore une grande importance sociale, puisqu'il a permis à des employeurs toujours plus nombreux de verser à leur personnel un « salaire militaire ».

Les allocations familiales dans l'agriculture

Tableau 4

Années	Travailleurs agricoles				Petits paysans ¹			Total des allocations familiales en millions de francs
	Bénéficiaires ¹	Nombre des allocations de ménage ¹	Nombre des allocations pour enfants ¹	Versements en millions de francs	Bénéficiaires ¹	Nombre des allocations pour enfants ¹	Versements en millions de francs	
1953	12 904	12 576	23 369	5,5	17 373	52 828	5,7	11,2
1954	13 261	12 892	23 631	5,6	17 605	53 655	5,8	11,4
1956	12 764	12 452	21 702	5,4	16 798	51 198	5,7	11,1
1958	12 405	12 152	21 764	7,2	16 938	52 661	9,2	16,4
1960	12 243	12 018	21 671	7,3	17 257	53 319	9,6	16,9
1961	12 075	11 809	20 659	6,9	16 276	50 751	9,4	16,3
1962	11 272	11 108	19 833	7,1	15 744	48 947	11,8	18,9
1963	11 274	10 229	19 853	9,2	31 965	100 305	22,9	32,1
1964	11 921	10 411	21 274	9,1	31 048	98 558	21,2	30,3
1965	10 092	8 708	17 713	8,4	29 170	93 392	20,4	28,8
1966	9 656	7 973	18 464	9,9	30 667	97 670	31,3	41,2
1967	10 193	7 738	20 031	11,6	33 104	105 321	35,5	47,1
1968	9 450	7 448	18 018	8,7	29 071	93 777	33,6	42,3
1969	9 152	7 309	16 900	9,3	28 631	91 641	31,7	41,0
1970	8 487	6 408	16 391	9,4	33 784	107 850	40,7	50,1
1971	8 552	6 364	16 451	9,7	35 625	109 246	46,2	55,9
1972	7 930	5 928	15 433	9,0	33 863	104 305	41,5	50,5

¹ Jusqu'en 1967, le 31 mars; dès 1968, le 31 décembre.

Tableau 4

En vertu de la LFA, les travailleurs agricoles touchent des allocations de ménage et pour enfants; les petits paysans, eux, n'ont droit qu'aux allocations pour enfants.

L'allocation de ménage était à l'origine (le 1^{er} juillet 1944) de 14 francs par mois. Elle a subi les augmentations suivantes: à 30 francs dès 1946, à 40 francs dès 1958, à 60 francs dès le 1^{er} juillet 1962.

L'allocation pour enfant était à l'origine de 7 francs par mois pour les travailleurs agricoles et pour les petits paysans en zone de montagne. Elle a été augmentée à 7 fr. 50 dès le 1^{er} avril 1946, à 8 fr. 50 dès 1948, à 9 francs dès 1952, à 15 francs dès 1958.

On a institué, dès le 1^{er} juillet 1962, des allocations pour enfants en faveur des petits paysans en zone de plaine; en même temps, le taux de l'allocation

pour enfant payable aux travailleurs agricoles et aux petits paysans en zone de montagne a été fixé à 20 francs, tandis que le taux de 15 francs pour les bénéficiaires en zone de plaine était maintenu tel quel. Cela explique l'accroissement du nombre des petits paysans bénéficiaires (49 000 en 1962, 100 000 en 1963). Bien que la limite de revenu ait été élevée quatre fois depuis 1953, le nombre des bénéficiaires n'a, autrement, augmenté que de peu. L'accroissement de ce nombre par suite de l'élévation de la limite de revenu a été compensé en bonne partie par la réduction du nombre des petites exploitations agricoles.

Le nombre des *travailleurs agricoles* ayant droit aux allocations a reculé de 13 000 (en 1953) à environ 8000 en 1972, ce qui correspond à une réduction de 40 pour cent. Ces chiffres illustrent d'une manière frappante la diminution du personnel agricole. Les agriculteurs ont dû remplacer ces aides en mécanisant leur exploitation et en recourant à d'autres moyens techniques.

Tableau 5 et graphique

Il est superflu de rappeler ici que l'AVS prend une place spécialement importante dans notre système de sécurité sociale. Les autres institutions sociales et leurs valeurs comparées sont toutefois moins connues — à part l'assurance-maladie — bien que certaines d'entre elles soient plus anciennes que l'AVS. Et pourtant, à l'heure qu'il est, la sécurité sociale serait inconcevable si elle ne comprenait pas l'ensemble de ces diverses assurances. L'importance de chacune de celles-ci est en corrélation étroite avec les données économiques de notre pays et avec la structure de notre société. Les grosses dépenses consacrées à l'AVS — dues en partie à l'accroissement relativement plus fort du nombre des personnes âgées — ne peuvent être supportées que par une économie saine. En cas de récession ou du moins de diminution des places de travail, provoquée par des changements de structure ou d'autres causes, l'assurance-chômage pourrait prendre une valeur toute différente; on cherche actuellement à l'adapter aux exigences nouvelles (financement de reclassements, etc.). Même remarque à propos du régime des APG et l'assurance militaire en cas de guerre. De même, le régime des allocations familiales dans l'agriculture est l'objet de discussions en vue de la création éventuelle d'une charte sociale agricole. Enfin, dans la revision controversée de l'assurance-maladie, il est question principalement d'un nouveau mode de financement.

Le tableau 5 et le graphique qui suit donnent un aperçu momentané sur la base des chiffres de 1972. Le tableau montre dans quelle mesure les pouvoirs publics, ainsi que les assurés et employeurs, ont contribué au financement. Le graphique indique clairement quelles sont les parts du « gâteau »; les divers secteurs correspondent aux montants qui figurent dans la première colonne du tableau. Les dépenses totales (environ 10 milliards) représentent 8,5 pour cent du produit social brut. Notons que les institutions sociales ici énumérées sont uniquement celles qui sont régies par le droit fédéral; on n'a pas tenu compte

*Autofinancement et contributions des pouvoirs publics dans la sécurité sociale
suisse en 1972*

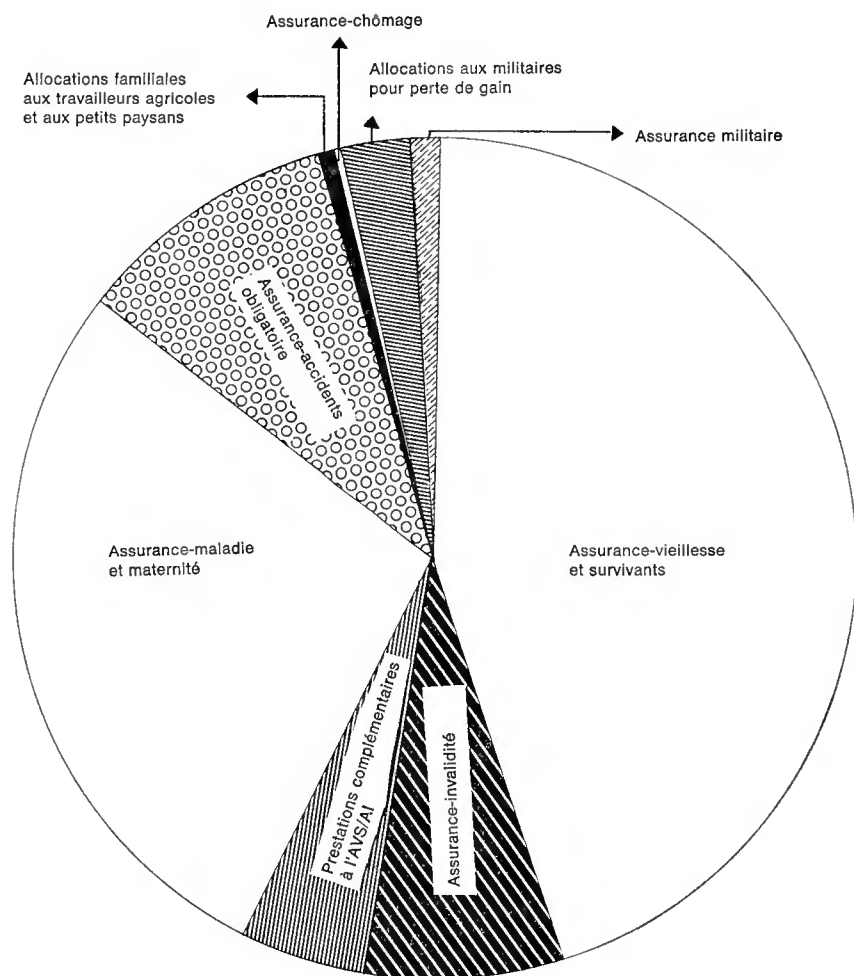
Tableau 5

Branches de la sécurité sociale	Recettes totales en millions de francs	Répartition d'après les sources de financement						
		En millions de francs				En pour-cent		
		Assurés et employeurs	Pouvoirs publics		Autres sources (fonds, intérêts, etc.)	Assurés et em- ployeurs	Pou- voirs publics	Autres sources
			en tout	Confédé- ration				
Assurance-vieillesse et survivants . .	4424,3	3307,9	776,0	582,0	340,4	74,8	17,5	7,7
Assurance-invalidité	765,5	386,4	379,1	284,3	0,0	50,5	49,5	0,0
Prestations complé- mentaires . . .	453,5	—	449,4	219,2	4,1	—	99,1	0,9
Assurance-maladie et maternité . .	2744,7	1970,6	631,9	478,3	142,2	71,8	23,0	5,2
Assurance-accidents obligatoire								
— accidents pro- fessionnels . .	573,5 ¹	464,1	—	—	109,4	80,9	—	19,1
— accidents non professionnels .	420,5 ¹	346,7	—	—	73,8	82,4	—	17,6
Allocations familia- les aux travailleurs agricoles et aux petits paysans . .	51,9	2,8	49,1 ²	32,7	—	5,4	94,6	—
Assurance-chômage .	34,3	10,2	0,0	0,0	24,1	29,7	0,0	70,3
Régime des alloca- tions pour perte de gain	264,5	256,6	—	—	7,9	97,0	—	3,0
Assurance militaire .	118,2	—	118,2	118,2	—	—	100,0	—
Total	9850,9	6745,3	2403,7	1714,7	701,9	68,5	24,4	7,1

¹ Sans les recettes provenant de recours contre des tiers.

² Y compris 1,5 million de francs à la charge de la réserve.

des prestations sociales des cantons, communes et sociétés privées. Un important changement se produira ici lorsque la prévoyance professionnelle deviendra obligatoire; le « gâteau » de la sécurité sociale fédérale comprendra alors deux morceaux de grandeur à peu près égale: l'AVS et les caisses de pensions.



Innovations dans le supplément aux Directives concernant les rentes¹

Un supplément général aux directives du 1^{er} janvier 1971 concernant les rentes s'est révélé nécessaire pour diverses raisons. Partant des instructions diverses publiées depuis lors sous forme de petits suppléments et de circulaires, et qu'il s'agissait d'englober dans les directives, on a voulu, avant tout, insérer d'une manière systématique, dans les divers chapitres, les prescriptions détaillées concernant les modifications apportées par la huitième révision de l'AVS. C'est ainsi que ce supplément est surtout un recueil d'instructions déjà valables, que les caisses de compensation appliquent déjà et qui leur sont par conséquent familières.

Toutefois, le supplément contient également — comment pourrait-il en être autrement dans un domaine sans cesse en évolution ? — quelques importantes innovations, que le présent article se propose de signaler. Ces innovations sont d'ordre technique ou touchent plus particulièrement la procédure; elles concernent donc un grand nombre de destinataires. Il en est aussi qui instituent, dans le cadre des dispositions légales existantes, des améliorations en faveur de certaines catégories de rentiers.

Formule unique pour les décisions

Parmi les innovations techniques, il y a lieu de relever la création d'une formule unique pour les décisions. Pour lancer une telle formule, il s'agissait avant tout de déterminer quelles données doivent nécessairement y figurer et comment il convient de présenter celles-ci d'une manière moderne, mais bien compréhensible pour le bénéficiaire. La nouvelle procédure, qui n'entrera pas en vigueur avant le milieu de cette année, simplifiera sensiblement la tâche des caisses de compensation et permettra la mise en œuvre de moyens techniques modernes. En temps utile, des commentaires seront consacrés aux instructions déjà contenues dans le supplément (N^{os} 927 à 1037).

Nécessité d'une décision après la révision d'une rente AI

En ce qui concerne la nécessité d'établir une décision, on ne fera désormais plus de différence — conformément à la nouvelle jurisprudence du TFA — selon que la rente AI ou l'allocation pour impotent de l'AVS ou de l'AI sera révisée d'office ou à la demande de l'assuré (cf. arrêt du TFA en la cause J. A., du 10 juillet 1973, à publier prochainement; N^{os} 1039-1040 du supplément). Ainsi, on notifiera à l'assuré, par décision, le résultat d'une révision effectuée

¹ Ce supplément sera édité en mars. Il peut être commandé sous le N^o 318.104.3 à l'Office central fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne.

d'office même si rien ne change dans son droit à la rente; c'est ainsi seulement qu'est garantie la possibilité, pour l'assuré, d'attaquer la décision administrative s'il y a lieu. Il se peut, en effet, que l'assuré ne soit pas d'accord avec le maintien d'un statu quo (par exemple si la commission AI entend maintenir la demi-rente, alors que l'assuré estime que les circonstances ont évolué suffisamment pour justifier l'octroi d'une rente entière). En revanche, on n'informerait pas l'assuré de la date retenue pour une éventuelle révision future, car il s'agit là d'une mesure de précaution interne. On a pu constater en effet, dans la pratique, qu'en informant l'assuré, on n'arrivait qu'à créer une situation confuse et des malentendus, notamment quant à son devoir d'annoncer des changements que pourrait subir sa situation dans l'intervalle. En revanche, l'assuré doit bien entendu recevoir un avis au moment où la révision exige une enquête qui le concerne lui-même. Dans ce cas, il doit savoir quel est le but des mesures ordonnées par la commission AI.

Une mesure de précaution: les avis de décès des offices d'état civil

On a pu, fort heureusement, mettre au point, en collaboration avec les offices d'état civil, une nouvelle réglementation concernant les mesures de précaution auxquelles recourt une caisse de compensation pour s'assurer qu'un bénéficiaire de prestations est encore en vie. On dispose, en principe, à partir du 1^{er} janvier 1974, des avis de décès que les offices d'état civil envoient à la Centrale de compensation; celle-ci transmet aux caisses intéressées les avis concernant des bénéficiaires de rentes et d'allocations pour impotents de l'AVS/AI, après avoir procédé au tri et aux annotations qui lui incombent en propre.

A noter que ces avis englobent tous les cas de décès annoncés à la Centrale à partir du 1^{er} janvier 1974. Cependant, pour des raisons d'ordre technique, les caisses ne recevront les premières communications que dans quelques mois.

Le certificat de vie utilisé jusqu'ici ne doit être établi, désormais, que dans des cas spéciaux, par exemple lorsque des prestations sont versées à l'étranger; en effet, les décès survenus à l'étranger ne sont jamais signalés à nos offices d'état civil s'il s'agit d'étrangers, et ne le sont pas toujours lorsqu'il s'agit de ressortissants suisses. Les caisses obtiennent ainsi, pour ce qui se produit en Suisse même, un nouveau moyen de contrôle efficace (Nos 1321 à 1332.14 du supplément). Ce système allège le travail des PTT. D'autre part, il permet en règle générale d'épargner aux rentiers une formalité — celle qui consiste à attester sa propre vie — ressentie comme une tracasserie bureaucratique.

Amélioration dans le cas de la rente d'orphelin versée à l'enfant naturel

Parmi les innovations apportées par la huitième révision de l'AVS, il convient de mentionner particulièrement celles qui comportent, en matière de rentes de survivants, un certain abandon du principe — strictement observé jusqu'ici en vertu du droit civil — qui voulait qu'on liât l'octroi de la rente à la perte d'un soutien. Jusqu'à présent, un enfant naturel dont le père a été astreint par jugement ou transaction extrajudiciaire au paiement de contributions d'entretien n'obtenait pas de rente d'orphelin, lors du décès de ce père, s'il avait reçu de

ce dernier une prestation unique en capital au lieu de contributions périodiques. Or, on dut constater que dans les cas de ce genre, l'orphelin subissait tout de même, effectivement, une perte de soutien, et que la rente, par conséquent, lui était refusée à tort précisément en vertu de ce principe. C'est pourquoi il est prévu désormais, sous le N° 172 du supplément, que le paiement d'un capital unique n'exclut pas la naissance d'un droit à la rente. D'autre part, on a tenu compte de l'évolution de la loi, qui depuis le 1^{er} janvier 1973 renonce à la réduction des rentes pour enfants au montant des contributions d'entretien, dans le cas des enfants naturels; on a tenu compte aussi de celle de la jurisprudence (cf. RCC 1955, p. 421), qui se fonde davantage sur l'octroi proprement dit de la prestation d'entretien que sur le montant de celle-ci ou sur sa durée. Ce qui nous a conduits à préciser, sous le N° 170 du supplément, que le droit à la rente d'orphelin subsiste — dès lors que le père naturel était en principe tenu de verser des contributions d'entretien — même si ces dernières n'ont plus été payées, et sans prendre égard au motif de ce défaut de paiement.

Rente de veuve revenant à la femme divorcée et droit aux prestations d'entretien

Un cas parallèle à celui de l'enfant naturel est celui de la femme divorcée. Là aussi, une interprétation un peu plus large de la notion de perte de soutien s'impose. Jusqu'à présent, la femme divorcée dont le mariage avait certes duré au moins dix ans, mais envers laquelle l'ex-mari n'avait plus d'obligation d'entretien lors de son décès, ne pouvait obtenir une rente de veuve. Ici, comme dans le cas des enfants naturels, il s'est produit une évolution du droit; désormais, le seul point déterminant sera de savoir si le droit aux prestations d'entretien était réel et dûment constaté. Les N°s 112 et 113 du supplément prévoient par conséquent qu'il est sans importance pour la question de la naissance du droit à la rente, dans de tels cas, que l'obligation ait été assumée sous forme de versements périodiques ou d'une prestation unique, et qu'elle ait été limitée à une certaine date antérieure ou postérieure au décès du mari.

Cette nouvelle conception a incité, en outre, le législateur à se demander comment il fallait traiter les cas où la femme a renoncé à des contributions d'entretien auxquelles elle avait droit, par un acte de volonté qui, jusqu'à présent, la privait de son droit à la rente. On a examiné si cette renonciation ne devrait pas être déclarée de nul effet là, du moins, où elle ressort clairement du jugement de divorce. Toutefois, en adoptant une telle règle, on aurait établi un critère par trop simpliste, dont l'application aurait mené non seulement au-delà de la teneur, mais encore au-delà du but même de l'article 23, 2^e alinéa, LAVS, où l'obligation d'entretien du mari est considérée comme une condition du droit à la rente de veuve. On a donc admis — en s'inspirant d'une réglementation analogue, telle qu'elle a été instaurée par la jurisprudence en ce qui concerne le droit de la femme divorcée à la rente pour enfant (cf. art. 31, 2^e al., lettre c, RAI) — que la renonciation de la femme aux contributions d'entretien ne doit pas entraîner le refus de la rente si elle a été motivée, manifestement, par une sérieuse invalidité du mari (N° 112 du supplément). Cette règle doit

supprimer le dilemme devant lequel se trouvait placé le juge du divorce lorsque, d'une part, eu égard à l'état de santé du mari (par exemple en cas de grave infirmité mentale), l'octroi de contributions d'entretien semblait incompatible avec le bon sens, mais que d'autre part, le souci de garantir les droits de la femme envers l'AVS amenait à considérer un tel octroi comme indispensable. Il convient toutefois de relever que cette interprétation de la loi, admise dans les nouvelles instructions, n'a pas encore subi l'épreuve de la jurisprudence.

Paiement des prestations en mains tierces et argent de poche

Enfin, le supplément contient des instructions plus précises quant au paiement des rentes et allocations pour impotents de l'AVS/AI à des tiers (N^{os} 1090-1104). Il s'agissait, avant tout, de rappeler qu'un paiement en main d'un tiers ne saurait être justifié simplement par le fait que l'ayant droit est *provisoirement* hors d'état de recevoir sa rente personnellement; en effet, dans de tels cas, il doit avoir été généralement en mesure de donner procuration à un tiers pour toucher l'argent à sa place, ou de se faire verser la rente sur un compte de chèques postaux ou à la banque. Cette précision répond à l'intérêt tant des bénéficiaires de rentes que des caisses de compensation qui versent ces prestations.

On ne saurait trop insister sur le fait que dans le domaine du paiement des rentes, l'ère des vœux particuliers est révolue. Les égards qui étaient encore possibles, naguère, avec un effectif de rentiers relativement faible, n'entrent plus en ligne de compte à présent que le nombre de ces prestations s'élève à environ un million.

Les règles spéciales concernant *le paiement après coup* à des tiers, qui avaient été introduites naguère par la jurisprudence, ont été quelque peu restreintes pour ce qui est des conditions, mais en même temps étendues aux employeurs. Pour faciliter l'application des instructions qui concernent ces paiements, on a créé une formule spéciale contenant toutes les données utiles aux caisses. A noter ici, en particulier, l'innovation consistant à indiquer le nouveau montant de l'argent de poche (80 fr. par mois et par personne) qui revient, en principe, aux bénéficiaires dont la rente est versée à un organe tutélaire ou au service social qui les assiste. La formule précise à qui doivent être adressés d'éventuels recours concernant ce point-là, la caisse de compensation n'étant alors pas compétente. Cette réglementation a d'ailleurs été adoptée en étroite collaboration avec la Conférence de l'assistance publique. Les services sociaux en seront informés par une publication ad hoc.

On trouvera en outre de plus amples détails sur cette question dans un mémento rédigé par l'OFAS, qui pourra être commandé aux caisses, tout comme la formule mentionnée ci-dessus, dès le mois de mars.

Les jeunes invalides et l'AI

Dans l'AI, l'invalidé jeune occupe une place beaucoup plus importante qu'on ne le croyait au début. Il est heureux que l'ASKIO (Fédération suisse des organisations d'entraide pour malades et invalides) se soit occupée de cette question lors du cours d'automne de 1973 destiné à ses collaborateurs. La RCC se fait un plaisir de publier, dans une série d'articles, les commentaires que M. Achermann, chef de la division « Cotisations et prestations AVS/AI/APG » de l'OFAS, a donnés lors de cette manifestation. Cette série sera réunie plus tard en un tirage à part.

A. Considérations de principe

Les principes sur lesquels l'AI a édifié son système de prestations et de mesures en faveur des jeunes invalides, ainsi que les buts de cette assurance, peuvent être exposés, sommairement, de la manière suivante:

- L'AI est un élément (combiné à l'AVS) de la sécurité sociale en Suisse. Elle constitue une assurance populaire obligatoire à laquelle sont affiliés, en vertu de la loi, tous les jeunes gens soumis à l'obligation de s'assurer en vertu de l'article 1^{er} LAVS (exception: les étrangers qui n'ont pas de domicile en Suisse et n'y exercent pas d'activité lucrative; sont réservées cependant les règles spéciales posées par les conventions internationales). Le droit à des prestations de l'AI suppose toujours l'existence d'une invalidité (atteinte à la santé physique ou mentale). De simples défauts caractériels ne sont pas considérés comme une invalidité.
- La protection de l'assuré contre les risques, désavantages et conséquences économiques de l'invalidité doit être garantie avant tout par des mesures de réadaptation. Ceci vaut aussi bien pour les jeunes invalides qui ne pourront *jamais* exercer une activité lucrative (par exemple par des mesures médicales destinées au traitement d'infirmités congénitales, ou des mesures de formation scolaire spéciale) que pour les mineurs capables d'exercer plus tard une telle activité. C'est en deuxième lieu, seulement, que des prestations en espèces couvrent les dommages subis ou les réduisent au mieux.
- Le but principal de l'AI, en ce qui concerne les assurés jeunes (et aussi les moins jeunes), est donc d'encourager, par tous les moyens adéquats, la réadaptation à la vie professionnelle, c'est-à-dire de rétablir, améliorer et conserver la capacité de gain dans les limites du possible et d'en favoriser l'usage. Dans les cas où les mesures ne mènent pas à un tel but, ou ne permettent de l'atteindre que d'une manière insuffisante, et alors seulement, l'AI accorde des rentes à partir d'un certain degré d'invalidité et depuis l'âge de 18 ans.
- Les mesures de l'AI sont accordées en vertu de droits que les jeunes invalides peuvent faire valoir. Les tribunaux cantonaux et le TFA veillent à ce que ces droits soient observés.

- Les mesures de réadaptation destinées aux jeunes invalides sont sensiblement plus étendues que celles qui sont prévues pour les adultes. Les jeunes peuvent notamment prétendre deux genres de prestations auxquelles les adultes n'ont pas droit: ce sont le traitement d'infirmités congénitales, ainsi que les mesures de formation scolaire spéciale et en faveur des mineurs impotents, et ceci indépendamment du fait qu'une réadaptation à la vie professionnelle soit, plus tard, possible ou non. Chez les adultes, en revanche, la possibilité présumée d'une réadaptation est la condition *sine qua non* de l'octroi de mesures. Les jeunes invalides ont donc, à cet égard, un statut plus avantageux que les adultes.
- Les jeunes invalides bénéficient, dans une large mesure, des prestations les plus variées de la part des institutions et offices encourageant l'aide aux invalides; ces organes, eux, obtiennent des subventions de l'AI (subventions aux écoles spéciales, aux ateliers d'occupation permanente, aux homes d'invalides, aux organisations centrales de l'aide aux invalides, aux centres de formation de personnel spécialisé, etc.).
- Les jeunes invalides peuvent, eux aussi, choisir librement parmi les médecins, dentistes et pharmaciens ayant obtenu un diplôme fédéral. Autant que possible, on les laisse choisir en outre entre les établissements, fournisseurs de moyens auxiliaires et membres du personnel paramédical reconnus par l'AI (cf. art. 26 et 26 bis LAI; art. 24 RAI).
- Les droits à des prestations sont examinés par les commissions AI. Celles-ci rendent, à leur sujet, des *prononcés* que la caisse de compensation notifie ensuite sous forme de *décisions* accompagnées d'une indication des voies de droit. La commission AI est tenue d'examiner, dans chaque cas, les possibilités de réadaptation, et ceci indépendamment du genre des prestations demandées pour les enfants ou jeunes gens.

B. Les mesures de réadaptation pour les jeunes invalides

1. Droit à la réadaptation

(Bases: art. 4 à 6 et 8 à 11 LAI; directives concernant l'invalidité et l'impotence)

Pour garantir le succès des mesures de réadaptation, il importe de suivre un plan systématique bien conçu et d'assurer la continuité des diverses mesures correspondant aux différentes étapes de la vie. Cette tâche incombe avant tout à la commission AI, souvent en collaboration avec l'office régional AI et d'autres services sociaux, ainsi qu'avec l'agent d'exécution.

La LAI prévoit, pour les jeunes invalides, en principe deux genres de mesures de réadaptation:

- D'une part, les mesures qu'un jeune invalide ou qu'un jeune assuré menacé d'une invalidité imminente peut demander *si elles sont nécessaires et de nature à rétablir sa capacité de gain, à l'améliorer, à la conserver ou à en favoriser l'usage*. Font partie de cette catégorie, notamment, les mesures

médicales, professionnelles et de formation scolaire spéciale, ainsi que la remise de moyens auxiliaires;

- D'autre part, les jeunes invalides peuvent obtenir *certaines prestations ou mesures même lorsqu'ils ne deviendront jamais aptes à exercer une activité lucrative ou ne pourront jamais, sous aucune forme, même au stade le plus élémentaire, être réadaptés à la vie professionnelle*. Font partie de ces mesures, en particulier, le traitement médical des infirmités congénitales, certaines mesures de formation scolaire spéciale, les mesures en faveur des mineurs impotents et la remise de certains moyens auxiliaires.

C'est d'ailleurs à l'intention des jeunes que l'article 10 LAI prévoit l'octroi de mesures de réadaptation lorsque celles-ci paraissent indiquées, compte tenu de l'âge de l'assuré et de son état de santé. Cela peut être le cas, déjà, peu après la naissance. Lorsqu'un jeune invalide, ayant droit aux prestations, atteint sa *majorité*, cela entraîne la suspension des prestations réservées uniquement aux mineurs. Ainsi, le traitement des infirmités congénitales n'est possible que jusqu'à la fin du mois au cours duquel l'assuré atteint l'âge de 20 ans révolus. Des exceptions ne sont admises que dans une mesure restreinte (par exemple lorsque l'on manque de place dans un hôpital, cf. circulaire sur les mesures médicales de réadaptation, N° 210). Les soins médicaux ultérieurs sont pris en charge, éventuellement, par l'assurance-maladie. De même, les mesures de formation scolaire spéciale ne sont possibles que jusqu'à la majorité, tandis que la formation professionnelle initiale et le reclassement ne dépendent pas de limites d'âge.

Tous les assurés, donc aussi les jeunes, doivent faire appliquer leurs mesures de réadaptation en Suisse; l'exécution de celles-ci à l'étranger n'est admise qu'à titre exceptionnel. La jurisprudence a précisé qu'une telle exception est accordée si la mesure en question ne peut pas, ou pas encore, pour des raisons objectives, être appliquée en Suisse. Si le jeune invalide a son domicile à l'étranger, cette circonstance constitue une raison objective d'effectuer, exceptionnellement, ladite mesure également à l'étranger. Des préférences personnelles, ou l'argument selon lequel l'exécution de la mesure est meilleure ou moins chère à l'étranger, ne justifient en revanche pas une telle exception.

Tout invalide, également lorsqu'il est jeune, doit faciliter l'exécution de toutes les mesures entreprises en vue de sa réadaptation à la vie professionnelle. S'il entrave ou empêche la réadaptation, l'AI peut cesser d'accorder des prestations.

2. Mesures médicales de réadaptation

a) *Infirmités congénitales selon article 13 LAI*

(Bases: art. 13 et 14 LAI; art. 3 RAI; art. 1-3 OIC; circulaire concernant les mesures médicales de réadaptation)

C'est uniquement pour les mineurs (assurés âgés de moins de 20 ans) que le législateur a prévu des prestations sous le titre « Infirmité congénitale ». La solution qu'il a adoptée est très généreuse. Le jeune assuré peut prétendre en

effet, sans égard à sa capacité de gain et à sa réadaptation professionnelle future, toutes les mesures nécessaires au traitement d'infirmités congénitales au sens de l'AI, donc aussi lorsqu'il y a traitement de l'affection comme telle; ce droit dure jusqu'à sa majorité. Le Conseil fédéral a énuméré, dans l'OIC du 20 octobre 1972 (ordonnance concernant les infirmités congénitales), les infirmités pour lesquelles l'AI doit accorder des mesures médicales. Cette liste comprend — à l'exclusion des « infirmités-bagatelles » — les infirmités congénitales qui, en l'état actuel de la science, peuvent être traitées médicalement. Le Département de l'intérieur peut, selon l'OIC, article 3, désigner comme infirmités congénitales, au sens de l'article 13 LAI, des infirmités manifestes, qui existent à la naissance accomplie de l'enfant et ne sont pas mentionnées dans la liste de l'OIC.

Comparées aux mesures médicales prises en charge selon l'article 12 LAI, les mesures applicables aux infirmités congénitales posent assez peu de problèmes dans l'application pratique. Les questions qui pourraient surgir sont réglées d'une manière très complète par la circulaire concernant les mesures médicales de réadaptation. Cela permet aux médecins de dire à leurs patients s'il y a lieu ou non de présenter une demande à l'AI.

b) Mesures médicales de réadaptation selon l'article 12 LAI

(Bases: art. 12 et 14 LAI; art. 2 et 4 RAI; circulaire concernant les mesures médicales de réadaptation)

Les idées fondamentales sur lesquelles reposent ces dispositions peuvent se résumer ainsi:

En vertu de l'article 12 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. On a créé ainsi une délimitation entre le domaine de l'AI et celui de l'assurance-maladie et accidents. Selon cette conception, le traitement de l'affection comme telle en cas de maladie, accident ou chez des assurés déjà invalides, éventuellement bénéficiaires d'une rente AI, relève de l'assurance-maladie et accidents. Les actes médicaux visant le traitement de l'affection comme telle ne sont pas considérés comme mesures médicales de l'AI et, partant, ne doivent pas être pris en charge par l'AI. Ces mesures-là sont des actes qui visent un état pathologique labile (c'est-à-dire une affection évolutive). Les actes ayant pour objet principal la guérison (par exemple le traitement d'une maladie ou des suites d'un accident) ou le traitement d'une affection, certes susceptible d'amélioration, mais incurable, ne peuvent donc pas être pris en charge par l'AI. Lorsqu'un jeune assuré sans activité lucrative demande des mesures médicales en vertu de la disposition précitée, il faut observer la prescription de l'article 5, 2^e alinéa, LAI.

Aux termes de celui-ci, les jeunes assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative (comme les assurés mineurs en général) sont réputés invalides lorsqu'ils présentent une atteinte à la santé physique ou mentale qui aura proba-

blement pour conséquence une incapacité de gain. Dans des cas de ce genre, pour savoir si l'invalidité donne droit à des mesures de réadaptation, il faut considérer le moment où ces assurés entreprendront une activité lucrative. On se fonde donc sur un état de fait hypothétique.

La jurisprudence en a déduit que des mesures médicales en faveur d'assurés mineurs (par exemple d'adolescents), servant à prévenir un état défectueux, pouvaient représenter une mesure de réadaptation, même si l'on se trouvait en présence d'un état pathologique encore labile. En cas d'affection évolutive chez des jeunes assurés, il peut être important d'entreprendre des mesures de réadaptation sans attendre l'apparition de séquelles stables; sinon, l'on risquerait, dans de nombreux cas, de rendre plus difficile la formation professionnelle, de retarder le début de l'activité professionnelle et de réduire les chances de succès des mesures de réadaptation qui seront de toute façon nécessaires ultérieurement. C'est la raison pour laquelle on considère que les mesures médicales peuvent déjà servir principalement à la réadaptation professionnelle chez les jeunes assurés (contrairement à ce qui se passe chez les assurés adultes), parce que sans elles s'installeraient bientôt des séquelles qui porteraient atteinte à la formation professionnelle, à la capacité de gain ou même à toutes les deux. Certes, là aussi, les autres conditions du droit aux prestations doivent être remplies (cf. par exemple RCC 1966, p. 35, et les arrêts du TFA qui y sont cités; RCC 1969, p. 277; voir en outre les directives qui viennent de paraître concernant les examens médicaux et les prestations de l'AI dans les cas d'assurés mineurs atteints d'affections psychiques).

Dans les considérants de ces arrêts, la jurisprudence a élaboré des « principes » particuliers valables exclusivement pour les adolescents et les autres assurés mineurs. Elle tient donc compte dans une large mesure de la situation spéciale des adolescents en vue de leur formation professionnelle et de leur future activité lucrative. Cette pratique est illustrée ci-après par quelques exemples de jeunes assurés souffrant de maladies ou d'infirmités mentales.

- Si une affection psychique acquise doit aboutir très vraisemblablement à un état stable et grave, difficile à corriger, propre à rendre impossible la formation et l'activité lucrative ultérieures, le traitement psychiatrique est assuré par l'AI. D'après la jurisprudence, on peut considérer comme séquelle de ce genre un bégaiement grave, une pseudo-débilité grave, un grave mutisme électif ou une agraphie psychogène.
- En outre, il y a lieu d'admettre l'imminence d'un état pathologique stable lorsqu'un traitement spécialisé intensif appliqué durant 360 jours à une affection psychique grave n'a apporté aucune amélioration et que, selon les constatations du médecin spécialiste, on peut s'attendre que la poursuite d'un traitement supprimera ou éliminera en majeure partie cet état défectueux avec ses effets négatifs sur la formation professionnelle et la capacité de gain. Cependant, ici également, l'application de mesures médicales n'est possible que si l'on peut admettre, à bon droit, qu'il existe une invalidité au sens de l'article 5 LAI.
- L'octroi de mesures préventives de la part de l'AI est exclu lorsqu'on est en présence de maladies ou d'états pathologiques stables qui, d'après l'état

actuel des connaissances médicales, ne sauraient être améliorés sans un traitement permanent (par exemple schizophrénies, psychoses maniaques dépressives).

- Lorsque, chez un adolescent invalide, une formation scolaire spéciale ou une formation professionnelle initiale est gravement entravée ou rendue impossible par des troubles psychiques, l'AI peut alors assumer les frais du traitement psychique en tant que complément nécessaire de la formation scolaire spéciale. Le traitement de l'affection comme telle ne doit pas prédominer. Chez un adolescent atteint par exemple d'une phobie axée uniquement sur l'école, la psychothérapie rend la fréquentation de l'école possible; sans école, la psychothérapie ne devrait pas nécessairement être appliquée. Elle constitue une mesure accessoire nécessaire à la formation scolaire spéciale et elle est dès lors prise en charge par l'AI.
- Lorsqu'un trouble psychique entrave la formation initiale professionnelle d'un jeune assuré qui a eu besoin d'un traitement psychiatrique alors qu'il suivait une formation scolaire spéciale, l'AI assume les frais de psychothérapie.

Quelques arrêts tirés de la jurisprudence du TFA illustreront la manière dont le domaine des mesures médicales est délimité chez les jeunes assurés:

- L'AI prend en charge l'opération pratiquée pour éviter la cécité d'un jeune assuré atteint de décollement rétinien. (TFA 31.5.1965, RCC 1966, p. 96.)
- Dans un cas de spondylolyse et de spondylolisthésis, l'intervention chirurgicale a le caractère prépondérant de mesure médicale de réadaptation professionnelle lorsque la greffe osseuse est pratiquée sur un patient encore jeune chez lequel les phénomènes dégénératifs secondaires en sont à leur début et nettement localisés au niveau du segment lésé. En outre, l'opération doit garantir l'exercice de la profession correspondant à la formation et aux aptitudes de l'assuré. (TFA 3.5.1965, RCC 1966, p. 100.)
- Une mesure est réputée mesure médicale au sens de l'article 12 LAI si l'on peut présumer, pendant son exécution, que l'aptitude de l'assuré à se déplacer s'améliorera probablement de manière suffisante et assez longtemps pour que celui-ci puisse apprendre un métier. Ceci vaut même pour le cas où l'assuré réadapté verrait diminuer de nouveau cette aptitude à cause de l'aggravation de l'affection de base, mais où un succès durable serait tout de même à prévoir sur le plan de l'activité lucrative. (TFA 17.8.1967, RCC 1968, p. 57.)
- Les interventions chirurgicales qui sont médicalement indiquées pour traiter l'épiphyséolyse d'un jeune assuré, après l'apparition du glissement de la tête fémorale, représentent en principe des mesures de réadaptation. (TFA 4.6.1965, RCC 1966, p. 35.)
- L'opération des jambes en O (crura vara) acquises, subie par une assurée de 16 ans qui va entreprendre sa formation professionnelle, constitue une mesure de réadaptation de l'AI, car il faudrait s'attendre sinon à la persistance de séquelles. (TFA 12.10.1962, RCC 1963, p. 122.)

Problèmes d'application

AI. Directives concernant les examens médicaux et les prestations de l'AI dans les cas d'assurés mineurs atteints d'affections psychiques

Il est souvent difficile, pour les commissions AI et les médecins, de porter un jugement sur des affections psychiques en appliquant les prescriptions de l'AI. C'est pour leur faciliter la tâche et pour instaurer une pratique aussi uniforme que possible que l'OFAS, en collaboration avec des psychiatres pour enfants, a rédigé des directives précisant comment doit se faire l'examen de ces affections chez les assurés mineurs et quelles sont les prestations de l'AI dans ces cas-là.

Chez les adultes, l'application des prescriptions de l'AI en cas d'affections psychiques ne pose pas de problèmes difficiles, notamment en ce qui concerne les mesures médicales. Un droit à la rente ou à des mesures professionnelles peut être apprécié en général d'une manière satisfaisante en se fondant sur les instructions publiées. En cas d'infirmité congénitale figurant dans la liste de l'OIC, le droit des assurés mineurs à des prestations de l'AI est clairement défini par l'article 13 LAI. Sur ce point-là, les directives se bornent à des recommandations concernant le diagnostic.

Les maladies psychiques acquises, qui généralement ne sont pas faciles à juger, même du point de vue purement médical, ne peuvent être traitées aux frais de l'AI qu'en vertu des dispositions de l'article 12, en corrélation avec l'article 5, 2^e alinéa, LAI, et ceci uniquement lorsque des troubles graves gênent la formation scolaire ou professionnelle, ou bien doivent provoquer de graves déficiences stables. Les directives prescrivent dans quels cas de telles affections doivent être reconnues par l'AI et traitées à ses frais, en tenant compte notamment des mesures de formation scolaire spéciale et des mesures professionnelles.

Un autre chapitre est consacré à la procédure à suivre par l'AI dans l'examen des assurés mineurs souffrant d'affections psychiques; on y trouve, en particulier, des règles concernant les relations entre médecins et commissions AI.

Ces directives doivent être considérées comme des instructions provisoires, ayant force obligatoire pour les commissions AI. Leurs auteurs sont d'avis que l'on doit, pour commencer, acquérir quelques expériences dans leur application. Au besoin, des retouches pourront y être apportées en tenant compte des constatations faites ou des besoins signalés.

L'OFAS a envoyé ces directives aux commissions AI et à tous les organes intéressés. Elles peuvent être commandées, auprès de l'office, par d'autres personnes et institutions (voir page de couverture 3).

Logements provisoires pour enfants invalides scolarisables

Le service de presse de Pro Infirmis a montré, sous le titre «Par exemple, un home de secours», qu'il est nécessaire de disposer de places de vacances à l'intention des enfants invalides. Pour compléter ce qui est dit dans cet appel, nous voudrions évoquer ici un autre problème du même genre. Ainsi que la RCC l'a relevé dans son article

« De la planification dans le domaine des écoles spéciales », paru en 1973, page 545, on cherche actuellement à offrir aux jeunes invalides la possibilité d'une formation scolaire spéciale en externat ou dans des internats de semaine, afin que les contacts puissent être maintenus avec leur famille. Toutefois, de telles solutions supposent une communauté familiale capable de s'occuper de l'enfant; or, cette tâche est souvent si absorbante et éprouvante que l'effort nécessaire ne peut être soutenu indéfiniment. Lorsque surgissent des complications supplémentaires, par exemple une maladie dans la famille, il faut donc que des mesures adéquates puissent être prises immédiatement. Les logements nécessaires pour de telles éventualités doivent être préparés de telle manière que l'enfant puisse tout de même, autant que possible, continuer à fréquenter son école habituelle sans interruption. Il faudrait donc créer dans les internats de semaine, à cet effet, des services permanents. Là où il n'existe, dans le rayon d'une école spéciale pour externes, aucun internat qui puisse assumer cette tâche, d'autres mesures devraient être prises.

Guide suisse des hôtels pour handicapés

L'Association suisse des invalides¹ a publié, en collaboration avec la Société suisse des hôteliers, un Guide suisse des hôtels pour handicapés. Souvent, jusqu'à présent, les projets de vacances des invalides échouaient devant les

« barrières architectoniques », c'est-à-dire devant les obstacles constitués par des escaliers, etc., empêchant l'accès des bâtiments. Une enquête minutieuse a révélé qu'il existait, en fait, un choix surprenant de possibilités de logement d'où ces obstacles sont éliminés. La liste d'établissements ainsi établie comprend toutes les catégories d'hôtels et de pensions, des plus modestes aux plus luxueux, et ceci dans toute la Suisse. Le guide précise quels sont les hôtels accessibles par fauteuil roulant, ou à pied pour les invalides souffrant de graves ou de légères difficultés à se déplacer. Des arrangements forfaitaires pour huit et quinze jours sont prévus.

¹ Froburgstrasse 4, 4600 Olten 1.

4^e Congrès mondial de l'AIDA, Lausanne 1974

Du 29 avril au 1^{er} mai 1974 se tiendra au Palais de Beaulieu, à Lausanne, le 4^e Congrès mondial de l'Association internationale de droit des assurances (AIDA). Deux sujets y seront traités:

- « Cumul des prestations, recours et subrogation en matière d'assurance privée et publique »;
- « L'assurance et les actes de violence contre une communauté, qui atteignent des personnes ou des biens ».

Chacun de ces sujets fait l'objet de rapports nationaux et de rapports généraux, qui seront imprimés et envoyés aux participants avant le congrès. Les débats seront traduits simultanément en français, allemand, anglais, italien et espagnol.

La participation au congrès est ouverte à chacun. Cependant, l'*inscription* est obligatoire; elle doit parvenir pour le 30 mars 1974 au plus tard au secrétaire de la Société suisse de droit des assurances:

M. André Baumann

Directeur adjoint de la Société suisse d'assurances générales sur la vie humaine

Case postale 740

8022 Zurich

Simultanément, une *taxe d'inscription* de 400 francs doit être versée sur compte de chèque postal 10-11707 Congrès AIDA 1974, Lausanne. Cette taxe donne au congressiste le droit d'obtenir la collection des travaux publiés, ainsi que de participer avec une personne accompagnante à toutes les manifestations (excursion, réception, dîner officiel, concert) organisées à cette occasion.

Extrait du programme:

Lundi 29 avril

- 10 h. 45 séance d'ouverture;
- 15 h. séance de travail sur le thème I;
- 17 h. 45 réception par les autorités vaudoises et lausannoises;
- 14 h. 30 pour les dames, visite du vignoble.

Mardi 30 avril

- 9 h. séance de travail sur le thème I (suite);
- 14 h. 30 excursion en bateau et visite du château de Chillon;
- 20 h. 30 dîner officiel du congrès.

Mercredi 1^{er} mai

- 9 h. 30 séance de travail sur le thème II;
 - 15 h. séance de travail sur le thème II (suite);
 - 17 h. 30 clôture des travaux du congrès;
 - 20 h. 45 concert à la Cathédrale de Lausanne.
-

BIBLIOGRAPHIE

Heinrich Riggenbach: *Produktion und Verteilung der Verpflegung in Altersunterkünften im Raume Bern-West*. A commander au « Betagtenheim Schwabgut », Normannenstr. 1, 3018 Berne.

Zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher. Empfehlungen der Bildungskommission des Deutschen Bildungsrates. 177 pages. Publié par la Bundesdruckerei, Bonn, 1973.

INTERVENTIONS PARLEMENTAIRES

Motion des
Chambres fédérales
du 4 décembre 1973

Les Chambres fédérales ont accepté, lors des délibérations à propos de la révision de la LFA, la motion suivante:

« Le Conseil fédéral est chargé de présenter aux Chambres fédérales un projet de révision de la loi fédérale sur les allocations familiales aux travailleurs agricoles et aux petits paysans, prévoyant l'octroi d'allocations pour enfants à l'ensemble des agriculteurs dont le revenu ne dépasse pas la limite légale prévue. »

Remarque: Selon les règles actuellement valables, seuls les petits paysans dont l'activité agricole représente la profession principale ont droit aux allocations pour enfants. La motion demande que ce droit soit étendu aussi à ceux d'entre eux qui ne travaillent dans l'agriculture qu'à titre accessoire.

INFORMATIONS

Fonds
de compensation
AVS/AI/APG
au second semestre
de 1973

Au cours du semestre considéré, des capitaux des fonds de compensation AVS/AI/APG ont pu être placés fermes pour une somme de 457,5 millions de francs, dont 53,3 millions (11,7 %) provenaient de remboursements et d'amortissements de prêts.

Ces placements et leur pourcentage, répartis entre les différentes catégories d'emprunteurs, donnent le tableau suivant:

Confédération 100,0 millions de francs (21,9 %), cantons 65,0 millions (14,2 %), communes 89,5 millions (19,6 %), corporations et institutions de droit public 51,0 millions (11,1 %), centrales des lettres de gage 70,0 millions (15,3 %), banques cantonales 49,0 millions (10,7 %) et entreprises semi-publiques 33,0 millions (7,2 %). Les cantons, communes, corporations et institutions de droit public ont donc reçu une somme de 205,5 millions de francs, soit une quote-part de 44,9 %.

Les prêts et les séries de lettres de gage arrivés à échéance s'élèvent à la somme de 100,4 millions de francs, dont 11,7 millions ont été remboursés et 88,7 millions ont fait l'objet de conversions aux nouvelles conditions du moment.

L'ensemble des capitaux placés fermes s'élevait à 8501,2 millions de francs au 31 décembre 1973; en voici la répartition: Confédération 269,7 millions (3,2 %), cantons 1248,0 millions (14,7 %), communes 1353,5 millions (15,9 %), centrales des lettres de gage 2352,6 millions (27,7 %), banques cantonales 1600,7 millions (18,8 %), corporations et institutions de droit public 243,1 millions (2,8 %), entreprises semi-publiques 1231,6 millions (14,5 %) et obligations de caisse 202,0 millions (2,4 %).

Le rendement moyen des nouveaux placements de ce semestre se chiffre à 5,74 % contre 5,68 % au premier semestre. Le rendement moyen de tous les capitaux placés fermes à fin 1973 est de 4,52 %, contre 4,38 % à fin décembre 1972.

Modification de l'OPC

Dans une ordonnance datée du 21 décembre 1973 et fondée sur la loi révisée concernant la péréquation financière entre les cantons, le Conseil fédéral a soumis à de nouvelles règles l'échelonnement des subventions fédérales d'après la capacité financière des cantons.

Cette innovation touche également l'OPC, dont l'article 39 a désormais la teneur suivante:

«¹ Les dépenses affectées au versement des PC à l'AVS/AI donnent droit à des subventions fédérales s'élevant entre 30 et 70 pour cent selon la capacité financière du canton.

² Sont déterminantes, pour l'échelonnement des subventions fédérales d'après la capacité financière, les dispositions de la loi fédérale du 19 juin 1959 concernant la péréquation financière entre les cantons. »

Le nouveau mode de calcul de ces subventions fédérales sera appliqué dès 1975.

Les PC en 1973

En 1973, les cantons ont versé 295,2 millions de francs de PC. Sur cette somme, il y avait 240,2 millions de francs de PC à l'AVS, le reste étant pour les PC à l'AI. La contribution fédérale a été de 140,5 millions. Pour les PC à l'AVS, la Confédération a financé sa part — 113,4 millions — en puisant dans

le fonds spécial prévu par l'art. 111 LAVS (imposition du tabac et des boissons distillées). La subvention pour les PC à l'AI (27,1 millions) a été tirée des ressources générales de la Confédération.

En plus de cela, la Confédération a subventionné les fondations « Pro Senectute » et « Pro Juventute », ainsi que l'association « Pro Infirmis », en versant une somme totale de 13,4 millions de francs.

Nouvelle présentation des abonnements CFF pour les personnes âgées

La section « Information et relations extérieures » des CFF a publié, à la fin de janvier, le communiqué suivant, que la RCC aimerait porter à la connaissance des rentiers AVS:

« Avec la réforme des tarifs du 1^{er} février 1974, les abonnements que les entreprises suisses de transports offrent aux personnes âgées se présenteront sous une nouvelle forme. Pour répondre à un désir des détenteurs, elle sera plus pratique et leur permettra de fixer le billet sur la première page, ce qui leur évitera de feuilleter l'abonnement lors du contrôle. A cet effet, les personnes demandant le renouvellement de leur abonnement actuel à partir du 1^{er} février apporteront une nouvelle photographie et voudront bien respecter le délai de commande de 24 heures. Pour les années suivantes, ces abonnements pourront de nouveau être renouvelés par simple apposition de la nouvelle fiche de validité. Les entreprises de transports prient les détenteurs d'abonnements pour personnes âgées d'observer ce qui précède au moment de l'échéance de la date de validité. »

Ces règles valent également pour les abonnements à demi-tarif dont bénéficient les invalides.

Revision des APG au 1^{er} janvier 1974

Par suite de la revision de la LAPG votée par les Chambres fédérales lors de la dernière session d'automne — le délai d'opposition expirait le 13 janvier 1974; le référendum n'a pas été demandé — le Conseil fédéral a décidé, en date du 3 décembre 1973, de modifier aussi le RAPG. Il a augmenté la valeur — déterminante pour le calcul des allocations d'assistance — du travail non rémunéré que fournit la personne astreinte au service; il a élevé en outre les limites de revenu des parents ayant besoin d'aide.

Les modifications de la loi et du règlement d'exécution sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 1974. Les tirages à part du Recueil des lois fédérales, contenant les dispositions modifiées, ont été envoyés récemment aux caisses de compensation. Un nouveau recueil LAPG/RAPG paraîtra en mars. En outre, la circulaire du 12 novembre 1973 a donné aux caisses des informations détaillées sur les innovations résultant de la revision intermédiaire des APG.

**Hausse
des allocations
pour perte de gain
versées également
aux recrues**

Le Département militaire fédéral a publié le 22 janvier 1974 le communiqué suivant:

« Le délai référendaire fixé pour la revision de la loi fédérale sur les APG, décidée l'automne passé par le Parlement, est arrivé à expiration le 13 janvier 1974 sans être utilisé. Cette modification devenue maintenant définitive a pour effet d'augmenter d'environ 50 pour cent les indemnités allouées jusqu'ici¹. Ainsi, les recrues ayant droit à l'allocation pour personne seule recevront par exemple en tout cas une indemnité de 7 fr. 20 par jour. A cela viendront s'ajouter, le cas échéant, des prestations supplémentaires suivant leur situation personnelle. Les recrues qui entreront au service prochainement pourront obtenir des renseignements à ce sujet auprès du commandement de leur école.

L'ensemble des dépenses affectées au versement des APG est devisé pour l'année courante à 359 millions de francs (239 millions en 1973). »

**Allocations familiales
dans le
canton d'Obwald**

Le 15 décembre 1973, le Grand Conseil a décidé de relever, avec effet au 1^{er} janvier 1974, le taux minimum de l'allocation pour enfant de 40 à 50 francs par mois et par enfant.

**Allocations familiales
dans le canton
de Neuchâtel**

Le 21 décembre 1973, le Conseil d'Etat a décidé d'augmenter de 300 à 400 francs l'allocation de naissance versée par la caisse cantonale de compensation pour allocations familiales.

La commission de surveillance de ladite caisse a autorisé cette dernière à servir aux salariés étrangers une allocation pour enfant de 60 francs par mois pour les enfants résidant hors de Suisse. Pour les enfants en cause, le taux légal demeure fixé à 30 francs par enfant et par mois.

Ces nouveaux taux d'allocations sont valables depuis le 1^{er} janvier 1974.

**Organigramme
de l'OFAS**

Un organigramme de l'OFAS a été joint au numéro de décembre 1973 de la RCC. Ainsi qu'il avait déjà alors été annoncé (p. 588), ce document va se trouver bientôt partiellement périmé, étant donné que les numéros de téléphone changent le 11 mars 1974. Le présent fascicule de la RCC contient donc un nouvel organigramme, corrigé en conséquence.

**Nouvelles
personnelles
OFAS**

M^e Cuno Amiet a été nommé adjoint scientifique de la section « Prestations individuelles aux invalides ».

¹ Note de la rédaction: Formulé de cette manière générale, ceci n'est pas exact; on n'a augmenté que les montants limites exprimés en francs et les allocations fixes.

Caisse
de compensation
Soleure

M. *Werner Stuber*, gérant de la caisse de compensation du canton de Soleure, va prendre sa retraite à la fin de février. M. Stuber a d'abord exercé une activité commerciale et a séjourné quelques années à l'étranger. Dans les années trente, il entra à l'office cantonal d'apprentissage, à Soleure, qui venait d'être créé. Lorsque fut instituée en 1940 la caisse cantonale d'allocations aux militaires, il en assuma la direction; en 1948, il se vit confier celle de la caisse de compensation AVS. Membre très actif de la Conférence des caisses cantonales de compensation, il fut nommé en outre, par l'Office fédéral, dans plusieurs commissions spéciales. Il présida la Conférence des caisses de 1952 à 1957. Parmi d'autres problèmes, celle-ci se préoccupait alors, principalement, de la question des frais d'administration et de la réglementation pratique de l'affiliation aux caisses. M. Stuber eut à défendre le point de vue des caisses cantonales, ce qu'il fit avec ténacité, mais tout de même dans un esprit de conciliation. En 1957, il fut le premier gérant de caisse cantonale à installer son administration dans un nouveau bâtiment construit tout exprès, entreprise qui paraissait téméraire à l'époque, mais qui ne devait pas être regrettée par la suite. L'Office fédéral et la RCC souhaitent à M. Stuber une heureuse retraite. Le Conseil d'Etat a désigné son successeur en la personne de M. *Walter Späti*, qui était jusqu'à présent le secrétaire responsable de la commission cantonale AI.

Caisse de
compensation
ALBICOLAC

Le comité de direction de la caisse ALBICOLAC a nommé un nouveau gérant en la personne de M. *Walter Baumgartner*, qui est entré en fonction le 1^{er} janvier 1974. M. Baumgartner succède à M. *Paul Cuendet*, gérant ad intérim, qui a pris sa retraite.

Office régional AI
Coire

Mario Badilatti, gérant de l'office régional de Coire, se retire à fin février. Son successeur est *Adolf Isler*.

Erratum
RCC janvier

Dans l'annonce de la page de couverture 3, la circulaire concernant la revision des APG est du 12 novembre.

JURISPRUDENCE

Assurance-vieillesse et survivants

PROCÉDURE

Arrêt du TFA, du 30 avril 1973, en la cause C. P.

Article 132, en corrélation avec l'article 104, lettre a, OJ; article 5, 2^e alinéa, lettre c, PA; article 85, 2^e alinéa, LAVS. Le TFA est tenu d'examiner un recours de droit administratif contestant l'application faite de règles cantonales, lorsque cette application est susceptible de violer des prescriptions du droit fédéral des assurances sociales. (Confirmation de la jurisprudence; considérant 1.)

Le TFA doit accepter d'entrer en matière lorsque le refus d'entrer en matière prononcé par l'autorité de première instance, en vertu du droit de procédure cantonal, exclut l'application du droit fédéral. (Considérant 1.)

Article 85, 2^e alinéa, LAVS. La prescription de droit cantonal selon laquelle une partie, qui s'absente pour un temps relativement long, doit prendre des dispositions pour que des communications puissent quand même lui être notifiées n'est point contraire aux normes de droit fédéral. (Considérant 2.)

Article 132, en corrélation avec l'article 104, lettre a, OJ; article 4 Cst. L'autorité cantonale de recours qui omet de tenir compte d'une nouvelle adresse communiquée par le recourant et déclare le recours irrecevable, parce que le recourant n'a pas observé une décision judiciaire notifiée à son ancienne adresse, applique arbitrairement ladite prescription cantonale et agit par conséquent d'une manière contraire au droit fédéral. (Considérant 3.)

Articles 134, 135 et 156, 1^{er} alinéa, OJ. La partie qui a présenté à l'autorité de recours une conclusion contraire à l'arrêt du TFA est également réputée succomber, même si elle renonce à énoncer des propositions en dernière instance. (Considérant 5.)

Articolo 132 in correlazione con l'articolo 104, lettera a dell'OG; articolo 5, capoverso 2, lettera c, della PA; articolo 85, capoverso 2, della LAVS. Il TFA è tenuto ad esaminare un ricorso di diritto amministrativo contestante l'applicazione di norme del diritto cantonale, quando questa applicazione

è suscettibile di violare delle disposizioni del diritto federale delle assicurazioni sociali. (Conferma della giurisprudenza; considerando 1.)

Il TFA deve accettare di entrare in materia, quando il rifiuto di entrare in materia pronunciato dalle autorità di prima istanza fondandosi sul diritto di procedura cantonale, esclude l'applicazione della legge federale. (Considerando 1.)

Articolo 85, capoverso 2, della LAVS. La prescrizione del diritto cantonale, secondo cui la persona che si assenta per un periodo di tempo relativamente lungo, deve prendere delle disposizioni, affinché le comunicazioni scritte le possano essere ugualmente notificate, non è per niente contraria alle norme del diritto federale. (Considerando 2.)

Articolo 132 in correlazione con l'articolo 104, lettera a, dell'OG; articolo 4 della Costituzione. L'autorità cantonale di ricorso, che omette di tenere conto di un nuovo indirizzo, comunicatole dal ricorrente, e dichiara che il ricorso è irricevibile, dato che il ricorrente non ha osservato una decisione giudiziaria notificatagli al suo vecchio indirizzo, applica arbitrariamente detta disposizione cantonale, e agisce, quindi, in modo contrario alla legge federale. (Considerando 3.)

Articoli 134, 135 e 156, capoverso 1, dell'OG. La persona, che ha presentato alle autorità di ricorso una richiesta contraria alla sentenza del TFA, è ugualmente reputata come soccombente, anche se rinuncia a far valere delle proposte in ultima istanza. (Considerando 5.)

C. P. a envoyé le 10 novembre 1971 au tribunal cantonal des assurances un écrit intitulé « Vorsorgliche Klage », dans lequel il disait se plaindre à titre provisoire d'une décision du 28 octobre 1971 refusant une rente AI. Il déclarait vouloir se rendre en décembre en Italie et indiquait son adresse exacte dans ce pays. Le tribunal des assurances répondit qu'un délai expirant le 31 janvier 1972 était imparti à l'assuré pour compléter son écriture. Le 11 janvier 1972, C. P. envoya depuis l'Italie un mémoire en italien et un certificat médical.

Par la suite, le tribunal invita deux fois le recourant à compléter son recours en langue allemande ou en langue française en lui impartissant à cette fin un délai au 15 septembre 1972. Ces lettres furent envoyées à l'ancienne adresse en Suisse, d'où elles revinrent à l'expéditeur sans avoir été distribuées: le destinataire se trouvait en Italie.

A l'expiration du délai, le tribunal des assurances déclara le recours irrecevable, parce que le recourant se serait absenté pour longtemps sans prendre de mesures en vue d'être atteint par le tribunal.

C. P. a formé en temps utile un recours de droit administratif contre ce jugement cantonal, en demandant que son premier recours soit pris en considération.

Le TFA a admis le recours de droit administratif; voici ses considérants:

1. Le recours de droit administratif est dirigé contre le refus du tribunal cantonal des assurances d'entrer en matière dans un cas d'espèce ressortissant au domaine de l'AI, donc au domaine des assurances sociales. Il s'en prend ainsi à une décision d'irrecevabilité, au sens de l'article 5, 1^{er} alinéa, lettre c, PA (cf. art. 128 et 97, 1^{er} al., OJ).

La cour de céans a déjà eu l'occasion de juger qu'était recevable un recours de droit administratif contestant l'application faite par l'autorité de première instance

de règles cantonales, lorsque cette application est susceptible de violer des prescriptions du droit fédéral des assurances sociales. S'agissant d'une question de procédure, il est nécessaire d'entrer en matière pour vérifier si le droit fédéral (art. 85, 2^e al., plus spécialement lettre b, LAVS) a été violé ou non en l'occurrence (ATF 98 V 163 et la jurisprudence citée). Au demeurant, le Tribunal fédéral considère qu'un refus d'entrer en matière fondé sur le droit de procédure cantonal peut faire l'objet d'un recours de droit administratif, quand cette décision exclut l'application du droit fédéral.

2. Le recours formé devant une juridiction cantonale contre la décision d'une caisse de compensation est régi en principe, quant à la procédure, par le droit cantonal (art. 85, 2^e al., LAVS et 69 LAI). Selon la loi et la jurisprudence du canton en cause, d'une part, les pièces de procédure doivent être rédigées en allemand ou en français, langues officielles de ce canton et, d'autre part, le tribunal peut déclarer irrecevable la demande ou le recours d'une partie qui s'absente pour un temps relativement long sans prendre de dispositions pour que des communications puissent être notifiées à son domicile. Ces principes ne sont point contraires aux quelques normes de droit fédéral imposées par l'article 85, 2^e alinéa, LAVS. Ils ne heurtent pas non plus les grandes règles — parfois non écrites — qui dominent la procédure de tout Etat respectueux des droits de la personne.

Si ces normes sont indiscutables en soi, il en est autrement de l'application que le tribunal cantonal des assurances en a faite. En effet, ce dernier est parti de l'idée que le recourant avait quitté la Suisse sans avoir pris de dispositions quant aux notifications judiciaires auxquelles il devait s'attendre. En réalité, avant de s'absenter de Suisse, le recourant avait prévenu le tribunal de sa future adresse.

3. Il n'est pas évident, cependant, que le TFA ait qualité pour revoir en l'occurrence l'application du droit cantonal. La difficulté ne provient pas tant de l'article 105, 2^e alinéa, OJ, en vertu duquel le tribunal est lié par les faits retenus par la juridiction cantonale (car cette règle souffre une exception lorsque ces faits — comme c'est ici le cas — sont manifestement inexacts), mais surtout de l'article 104, lettre a, OJ, qui limite à l'observation du droit fédéral le pouvoir d'examen de la cour de céans. Or, on l'a vu, le jugement attaqué repose sur l'application du droit cantonal.

Cependant, la notion de droit fédéral, dont la violation ouvre la voie du recours de droit administratif, englobe les droits constitutionnels. La jurisprudence a reconnu que le recours de droit administratif assume le rôle du recours de droit public à l'égard de violations des droits constitutionnels commises par l'autorité cantonale, dans les matières soumises au contrôle du Tribunal fédéral en tant que juge administratif (v. les arrêts du Tribunal fédéral dans ATF 96 I 184, cons. 2, p. 187, et 96 I 88, cons. 1, pp. 89/90, ainsi que la doctrine et la jurisprudence qu'ils citent). Cela est vrai également du TFA, dans le domaine qui lui est propre (cf. art. 122 et 132 OJ et *Droit du travail et assurance-chômage*, Bulletin de l'Office fédéral de l'industrie, des arts et métiers et du travail, 1971, p. 38, N° 9).

Or, en l'occurrence, l'application erronée qu'a faite le tribunal cantonal des assurances d'une règle cantonale de procédure doit être qualifiée d'arbitraire, au sens de l'article 4 Cst., dont la protection s'étend aux étrangers (cf. Aubert, *Traité de droit constitutionnel suisse*, ch. 1787 et 1831 à 1849, tome 2, pp. 645 et 658 à 663): N'est pas soutenable la décision qui déclare un recours irrecevable parce que le recourant n'a pas pu être atteint en une résidence qu'il a quittée en communiquant au juge son départ et sa nouvelle adresse. En effet, la règle cantonale applicable n'a pour but que celui d'épargner aux tribunaux des recherches ou des formalités fastidieuses pour

correspondre avec les parties, alors qu'en l'espèce il n'aurait pas été difficile de communiquer avec l'intéressé, dont l'adresse en Italie était connue.

En conséquence, il faut annuler le jugement attaqué.

4. Avant de statuer sur le fonds, le tribunal des assurances examinera toutefois la question de sa compétence pour connaître du litige, au regard des articles 200 et 200 bis RAVS.

5. La décision attaquée ne concerne pas l'octroi ou le refus de prestations d'assurance, au sens de l'article 132 OJ, mais une question de procédure. La procédure fédérale n'est dès lors pas gratuite (art. 134 et 156, 1^{er} al., OJ). La caisse intimée, qui succombe (si elle ne s'est pas déterminée devant le TFA, elle avait conclu à l'irrecevabilité du recours, en première instance), supportera donc les frais de l'instance fédérale. Le recours n'a pas occasionné de frais d'une certaine importance à son auteur, qui ne recevra pas de dépens (art. 159 OJ).

Assurance-invalidité

RÉADAPTATION

Arrêt du TFA, du 31 janvier 1973, en la cause L. T.

Articles 12 et 17 LAI. Le traitement d'une dyslexie chez un assuré majeur ne constitue ni une mesure de réadaptation médicale, ni une mesure de réadaptation d'ordre professionnel.

Articoli 12 e 17 della LAI. Il trattamento della dislessia di un assicurato maggiorenne non rappresenta nè un provvedimento sanitario d'integrazione nè un provvedimento professionale.

L'assuré, né en 1936, célibataire, manœuvre, a présenté le 27 avril 1971 une demande de prestations de l'AI sous la forme d'une rééducation dans la profession qu'il exerce. D'un rapport médical rédigé le 14 octobre 1971, il ressort notamment que l'assuré a une intelligence médiocre, mais dans les limites de la normale, qu'il souffre de troubles de l'organisation temporelle et d'une mauvaise discrimination auditive ayant pour conséquence certaines difficultés d'articulation.

Le médecin relève d'autre part:

« Au langage écrit, troubles dyslexiques énormes sur la base des troubles de la perception auditive et de l'organisation temporelle et spatiale; insécurité de la liaison phonème-graphème. Possibilité de transcription pratiquement nulle. Déchiffrage possible seulement pour des mots et des phrases simples. »

L'employeur de l'intéressé relève, en date du 25 octobre 1971, que le salaire horaire versé à l'assuré s'élève à 6 fr. 30, soit 80 pour cent de celui qu'il pourrait réaliser sans son infirmité; ce salaire ne comprend pas de part sociale ou bénévole.

Sur la base de ces renseignements, la caisse de compensation a notifié à l'assuré, par décision du 5 janvier 1972, un prononcé de la commission AI du 17 novembre 1971 selon lequel les leçons d'orthophonie préconisées par le médecin traitant ne

pouvaient être accordées par l'AI, parce qu'elles ne constituaient pas des mesures de réadaptation, du fait que l'intéressé gagnait normalement sa vie.

Représentée par dame B., l'assuré a recouru contre cette décision par lettre du 28 janvier 1972. Il affirmait avoir besoin des mesures demandées afin de pouvoir conserver son emploi.

Par jugement du 7 juillet 1972, le tribunal cantonal a rejeté le recours. Les premiers juges ont admis que l'assuré subissait une perte de gain de 20 pour cent, mais nié que les mesures requises soient de nature à améliorer de façon importante et durable la capacité de gain de l'intéressé; ils ont jugé d'ailleurs qu'il n'était pas prouvé que la perte de gain de 20 pour cent fût due au fait de ne savoir ni lire ni écrire.

Toujours représenté par dame B., l'assuré interjette en temps utile un recours de droit administratif auprès du TFA; il estime que la décision attaquée repose sur des constatations inexactes et incomplètes des faits, alléguant en particulier que l'office de réadaptation professionnelle n'a pas été consulté. Il affirme derechef que les mesures demandées ont pour but, en tout premier lieu, de lui permettre d'exercer normalement son activité professionnelle. Il conteste que le rapport de son employeur rende compte des difficultés qu'il éprouve dans son travail et même que les chiffres cités dans ce rapport correspondent à la réalité. Il fait valoir en sus que l'autorité cantonale de recours n'a pas consulté d'expert; il reproche enfin au tribunal cantonal de n'avoir pas examiné si les mesures demandées ont pour but de permettre au recourant de conserver son emploi, sinon dans l'immédiat du moins à l'avenir. Il conclut ainsi à l'octroi des mesures demandées; subsidiairement, au renvoi de l'affaire à l'administration pour complément d'instruction et nouvelle décision.

Invitée à se prononcer, la caisse intimée renonce à prendre position. Quant à l'OFAS, il nie que l'assuré réalise aucune des conditions posées par l'article 12 LAI à l'octroi de mesures de réadaptation et propose en conséquence le rejet du recours de droit administratif.

Le TFA a rejeté le recours pour les motifs suivants:

1. Aux termes de l'article 8, 1^{er} alinéa, LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable. Toutefois, la jurisprudence a précisé que l'AI n'est tenue d'accorder des mesures de réadaptation que s'il existe une proportion raisonnable entre les frais de ces mesures et le résultat économique qu'on peut en attendre (RCC 1970, p. 223).

Les mesures de réadaptation à la charge de l'AI sont énumérées de manière exhaustive à l'article 8, 3^e alinéa, LAI. Parmi elles figurent, sous lettre *b*, des mesures d'ordre professionnel (dont le reclassement) et, sous lettre *a*, des mesures médicales.

2. Aux termes de l'article 17 LAI:

« 1. L'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable.

2. La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement. »

Par reclassement, la jurisprudence entend, en principe, la somme des mesures de réadaptation de nature *professionnelle* qui sont nécessaires et adéquates pour procurer

à l'assuré une possibilité de gain équivalant à peu près à celle que lui offrait son ancienne activité (ATFA 1965, p. 42, RCC 1965, p. 421; ATFA 1967, p. 108, cons. 2, p. 112, RCC 1967, p. 443; ATFA 1968, p. 50, cons. 2 b, p. 53, RCC 1968, p. 317).

La rééducation dans la même profession, que la loi assimile au reclassement, comprend donc un ensemble de mesures de réadaptation *de nature professionnelle*, nécessaires et adéquates pour procurer à l'assuré — dans l'activité qui est déjà la sienne — une possibilité de gain équivalant à peu près à celle dont il disposerait s'il n'était pas invalide.

Le recourant demande à être rééduqué dans l'activité qu'il exerce, soit celle de manœuvre dans l'industrie, au moyen de leçons d'orthophonie, destinées à traiter la grave dyslexie qui l'empêche de lire et d'écrire. Ces leçons d'orthophonie, prescrites par le médecin et données par un spécialiste des troubles du langage oral et écrit, ne sont pas des mesures *de nature professionnelle*. La nature en est bien plutôt médicale. On ne saurait donc les octroyer en vertu de l'article 17 LAI.

3. Bien que le médecin traitant déclare d'origine congénitale les troubles dyslexiques dont souffre le recourant, ce dernier n'a pas droit aux prestations prévues par l'article 13 LAI, parce qu'il est majeur et qu'au surplus ce genre d'affection n'est pas prévu dans l'OIC.

Reste à savoir si le traitement ambulatoire prescrit par le médecin, sous la forme de leçons d'orthophonie, répond aux exigences de l'article 12, 1^{er} alinéa, LAI, qui s'exprime comme il suit:

« 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. »

Selon la jurisprudence du TFA, le « traitement de l'affection comme telle » est une notion juridique, comprenant tout acte médical aussi longtemps qu'il subsiste un état pathologique labile. Ce n'est que si l'état du patient est stabilisé, au moins relativement, que l'acte peut constituer une mesure de réadaptation, à la charge de l'AI. A cet égard, un état morbide est stationnaire et non stabilisé quand l'évolution de l'affection marque un temps d'arrêt, mais qu'elle n'en continuera pas moins ultérieurement, ou qu'elle est stoppée par l'effet de l'administration permanente de médicaments (RCC 1972, p. 231, notamment cons. 3, p. 234).

Or, suivant l'OFAS, la plupart des écoles scientifiques considèrent la dyslexie comme un trouble de l'association dans le système nerveux central, donc un trouble fonctionnel qui, de par sa nature, ne peut jamais être stable mais, dans le meilleur des cas, stationnaire. Selon l'OFAS encore, une minorité d'écoles de psychologie expliquent la dyslexie par l'absence — non prouvée anatomiquement — des voies d'association; pourtant, comme cette absence supposée est en général compensable chez les jeunes par des exercices de langage, il faut bien admettre l'existence d'un trouble fonctionnel, qui éventuellement ne serait pas seul en cause. Si l'exposé de l'OFAS est exact, ce dont il n'y a pas lieu de douter, le juge doit se rallier à l'opinion médicale communément reçue et constater que la dyslexie reste toujours une affection labile et que, partant, les leçons d'orthophonie tendent à soigner l'affection comme telle.

La première condition de l'article 12, 1^{er} alinéa, LAI n'est ainsi pas réalisée en l'espèce, ce qui entraîne le rejet du recours. Peut donc demeurer indécise la question de savoir si les leçons d'orthophonie en cause sont, avec un degré suffisant de certitude, de nature à améliorer de façon durable la capacité de gain du recourant ou à la préserver d'une diminution notable. On en peut douter car, d'une part, le traite-

ment est entrepris fort tard (le recourant est dans sa 37^e année) et, d'autre part, il est déjà intégré de manière presque normale dans la vie professionnelle. On ne saurait cependant étendre aux assurés qui ne savent ni lire ni écrire, comme semble le faire l'OFAS, l'affirmation du TFA que, dans de nombreuses professions, les troubles de la parole n'ont pas d'influence sur la capacité de gain. Le tribunal se référerait alors à certains défauts du langage parlé (cf. ATFA 1962, p. 209, RCC 1963, p. 74), tandis que l'analphabétisme restreint sensiblement le choix d'une profession.

4. ...

RENTES ET INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Arrêt du TFA, du 5 avril 1973, en la cause W. W. (traduction de l'allemand).

Article 22, 1^{er} alinéa, LAI; article 17 bis RAI. Il existe un droit à des indemnités journalières pour jours isolés lorsqu'un assuré est empêché d'exercer une activité quatre jours entiers au moins au cours d'un mois civil et que cet empêchement est dû à la réadaptation; ce droit n'existe pas lorsque l'empêchement est uniquement dû à l'incapacité de travail.

Articolo 22, capoverso 1, della LAI; articolo 17 bis dell'OAI. Il diritto ad un'indennità giornaliera per dei giorni non consecutivi esiste quando l'impedimento al lavoro, di almeno quattro giorni interi durante un mese civile, è attribuibile ai provvedimenti d'integrazione. Il detto diritto non esiste, invece, quando l'impedimento è unicamente dovuto all'incapacità di lavoro.

L'assuré, né en 1907, a fait le 12 mars 1970 une attaque d'apoplexie. Il souffre en outre, selon un rapport médical, d'hypertension et de myodégénérescence cardiaque.

Par décision du 16 décembre 1970, la caisse de compensation a accepté de mettre à la charge de l'AI les frais de la physiothérapie. Le 26 mai 1971, toutefois, elle décida de ne plus assumer, à partir du 1^{er} mars 1971, les frais de cette physiothérapie ambulatoire à l'hôpital cantonal, parce que les actes médicaux en cause servaient avant tout au traitement de l'affection comme telle et appartenaient par conséquent au domaine de l'assurance-maladie. Le 20 mars 1972, la caisse rendit une nouvelle décision, selon laquelle la physiothérapie accordée à l'assuré n'ouvrirait pas droit à l'indemnité journalière, si bien qu'il ne toucherait pas cette prestation pour la période allant du 20 mars 1970 au 28 février 1971.

L'autorité cantonale a rejeté le recours formé contre la décision du 20 mars 1972. Selon elle, les actes médicaux pour la durée desquels une indemnité journalière était demandée n'auraient pas dû être pris en charge par l'AI, vu que les paralysies de l'assuré avaient été causées non pas par une hémorragie cérébrale, mais par une artériosclérose générale des vaisseaux cérébraux; la myodégénérescence cardiaque, la haute pression sanguine et l'âge du recourant permettaient d'adopter une telle conclusion. Or, une artériosclérose ne pouvait — selon la jurisprudence — ouvrir droit à des mesures médicales de réadaptation.

L'assuré a porté ce jugement devant le TFA. Il demande que la décision du 20 mars 1972 soit annulée et que l'AI soit chargée de verser une indemnité journalière pendant la durée de la physiothérapie ambulatoire. Ni le dossier, ni l'histoire du malade n'indiquaient que celui-ci souffrît d'artériosclérose générale. C'est pourquoi il fallait ordonner une expertise neurologique établissant la cause exacte de l'hémi-

plégie; éventuellement, l'affaire devait être renvoyée à la commission AI pour complément d'examen.

La caisse a renoncé expressément à présenter une proposition, étant donné que la question était purement médicale. Quant à l'OFAS, il a conclu au rejet du recours de droit administratif.

Celui-ci a été rejeté par le TFA pour les motifs suivants:

1. L'article 22, 1^{er} alinéa, LAI prévoit entre autres que l'assuré a droit, pendant sa réadaptation, à une indemnité journalière si, durant trois jours consécutifs au moins, il est empêché par les mesures de réadaptation d'exercer une activité lucrative ou présente une incapacité de travail d'au moins 50 pour cent. Le 3^e alinéa du même article charge le Conseil fédéral de fixer les conditions auxquelles des indemnités journalières peuvent être allouées pour des jours isolés, ainsi que pour la durée de l'instruction du cas, le temps précédant l'exécution de la réadaptation et le temps de mise au courant dans un emploi. Ces conditions sont réglées par les articles 17 à 20 RAI. Parmi ces dispositions du règlement, seul l'article 17 bis doit être évoqué ici.

Le message du Conseil fédéral relatif à un projet de loi sur l'AI, de 1958, prévoyait l'octroi d'indemnités journalières pendant toutes les périodes de réadaptation « d'une certaine durée » (N° VI/3 du chapitre « Réadaptation » dudit message). Une exception à ce principe a été prévue cependant à l'article 17 bis RAI, selon lequel les assurés empêchés par leur réadaptation de travailler, et cela pendant au moins quatre jours entiers, dans le courant d'un mois civil, peuvent prétendre ladite indemnité pour ces jours-là.

La teneur de l'article 17 bis RAI indique clairement que cette disposition n'est pas applicable à la catégorie d'invalides (visée aussi par l'art. 22, 1^{er} al., 1^{re} phrase, LAI) chez lesquels une incapacité de travail dûment constatée de 50 pour cent, lors de leur réadaptation, suffit pour donner droit à l'indemnité journalière. Elle n'est applicable, bien plutôt, qu'aux invalides qui sont empêchés par leur réadaptation d'effectuer un travail lucratif. Cette différenciation est justifiée par les raisons suivantes: La commission d'experts qui préparait l'introduction de l'AI voulait, dans son rapport de 1956, limiter le droit à l'indemnité journalière aux assurés qui ne peuvent, à cause de leur réadaptation, exercer une activité lucrative et subissent ainsi une perte de gain. Elle se référait, à cet égard, aux règles valables primitivement dans le régime des APG, selon lesquelles le droit aux allocations n'était reconnu qu'aux personnes subissant une perte de gain pendant leur service militaire. La revision des APG au 1^{er} janvier 1959 ayant étendu ce droit aux non-actifs, le Conseil fédéral ne voulut pas exclure du droit à l'indemnité journalière cette catégorie d'assurés dans l'AI. Il alla donc plus loin que la commission d'experts et proposa aux Chambres d'accorder l'indemnité journalière aussi aux invalides non actifs, pourvu que ceux-ci présentent une incapacité de travail de 50 pour cent (message de 1958, N° VI/3 du chapitre « Réadaptation »; pour les APG, cf. FF 1958 II p. 1376). Cet élargissement de la conception primitive représentait une amélioration sensible en faveur des non-actifs dont l'incapacité de travail atteint au moins 50 pour cent. En renonçant à l'étendre aux cas où des mesures de réadaptation sont appliquées pendant des journées non consécutives, le Conseil fédéral n'a pas usé d'une manière inadéquate de la compétence que lui accorde l'article 22, 3^e alinéa, LAI.

2. Le recourant demande l'indemnité journalière pour les jours pendant lesquels il a reçu, entre la fin d'avril 1970 et la fin de février 1971, un traitement physiothérapeutique ambulatoire. Selon le rapport de l'office régional, cette thérapie a été

appliquée deux fois par semaine. Le recours de première instance indique en outre qu'elle ne s'est pas prolongée pendant la durée entière de ces journées. Ces données peuvent être considérées comme dignes de confiance, d'autant plus qu'elles concordent avec les résultats de l'expérience générale en matière de physiothérapie ambulatoire.

L'une des conditions mises à l'octroi d'indemnités journalières par l'article 22, 1^{er} alinéa, 1^{re} phrase, LAI — mesure de réadaptation d'une durée d'au moins trois jours sans interruption — n'est donc pas remplie. On doit dès lors examiner si la norme exceptionnelle de l'article 17 bis RAI est applicable. Il faudrait — d'après ce qui vient d'être dit — répondre par l'affirmative si le recourant avait été empêché, à cause de sa réadaptation, d'exercer une activité lucrative pendant au moins quatre jours entiers dans un mois civil.

Selon le rapport médical, l'assuré a été totalement incapable de travailler du 12 mars au 1^{er} novembre 1970. Pendant cette première phase, ce ne sont donc pas les mesures de réadaptation qui l'ont empêché d'exercer une activité lucrative. L'article 17 bis RAI n'est par conséquent pas applicable, et un droit à l'indemnité pour les jours de traitement non consécutifs doit être nié.

Pour la période qui a suivi le 1^{er} novembre 1970, le médecin a évalué l'incapacité de travail à 75 pour cent. Le recourant avait, en date du 26 octobre 1970, repris son travail pendant trois heures par jour (de 13 à 16 heures). La physiothérapie ne l'a pas empêché d'exercer cette activité-ci. En effet, il disposait, pour son traitement, de toute la matinée, ce qui suffisait — d'après l'expérience générale acquise dans ce domaine — pour se soumettre deux fois par semaine à cette thérapie, sans que celle-ci l'empêche d'exercer ladite activité. Il n'existe en outre aucun indice permettant de croire que ce traitement ait été pénible au point de faire sentir des effets défavorables pendant toute l'après-midi, empêchant ainsi toute activité. Si tel avait été le cas, le recourant n'aurait certainement pas manqué de le relever. D'ailleurs, on avait déjà fait remarquer dans le mémoire de recours en première instance que la « première variante » de l'article 22 LAI (travail empêché par des mesures de réadaptation) n'était pas applicable. Ainsi, le recourant n'a pas droit non plus à l'indemnité pour la période qui a suivi le 1^{er} novembre 1970.

Compte tenu de ces arguments, il faut conclure que le recours de droit administratif n'était pas fondé et qu'il doit être rejeté. Cette issue de la procédure rend superflu un examen qui viserait à établir si la physiothérapie avait le caractère d'une mesure de réadaptation.

Arrêt du TFA, du 12 février 1973, en la cause G. M. (traduction de l'allemand).

Articles 46 et 60 LAI. En s'annonçant à la commission AI, l'assuré sauvegarde, en principe, tous ses droits à des prestations envers l'assurance pour autant qu'ils existent déjà à ce moment-là. Ce principe ne s'applique toutefois pas à des prestations qui n'ont aucun rapport avec les demandes résultant explicitement ou implicitement des indications données par l'assuré, et dont aucun indice au dossier ne permet de dire qu'elles pourraient également entrer en ligne de compte. (Considérant 3 a; confirmation de la jurisprudence.)

Article 48, 2^e alinéa, LAI. Si, d'après l'ancien texte légal, le droit à une rente AI n'était pas encore périmé à fin décembre 1967, l'octroi rétroactif

d'une prestation en vertu de l'article 48, 2^e alinéa (révisé) LAI est possible, même pour une période antérieure à cette date (Considérant 3 c.)

Articoli 46 e 60 della LAI. Annunziandosi alla commissione dell'AI, l'assicurato tutela nei confronti dell'assicurazione, per principio, ogni suo diritto a delle prestazioni esistente già al momento della richiesta. Questo principio, però, non è applicabile per le prestazioni, che non hanno nessun rapporto con le richieste risultanti, implicitamente o esplicitamente, dalle indicazioni fornite dall'assicurato, e per le quali non risulta dagli atti nessun punto di riferimento che permetta di presumere che se ne potrebbe ugualmente tener conto. (Considerando 3 a; conferma della giurisprudenza.)

Articolo 48, capoverso 2, della LAI. Se, secondo la vecchia disposizione di legge, il diritto ad una rendita dell'AI non era ancora giunto a decadenza alla fine del mese di dicembre 1967, è possibile accordare una prestazione retroattiva, anche per un periodo anteriore a tale data, fondandosi sul nuovo diritto. (Considerando 3 c.)

L'assuré, né le 5 septembre 1911, a demandé des prestations AI pour la première fois le 9 mai 1968. Comme il souffrait de spondylose et de spondylarthrose, l'assurance lui remit alors un lombostat.

Dans une nouvelle demande, datée du 23 février 1970, l'assuré requit l'octroi d'une rente AI. Selon le rapport de la clinique orthopédique, l'incapacité de travail due à cette affection de la colonne vertébrale était tout au plus de 30 pour cent; cependant, il n'était pas exclu que des atteintes des organes internes fassent apparaître une incapacité de travail supérieure. Le Dr A, médecin de l'assuré, écrivit le 29 août 1970 que son patient souffrait d'une myodégénérescence cardiaque avec grave dyspnée d'effort et œdèmes par rétention; son incapacité de travail était de 70 pour cent depuis environ une année. Un rapport présenté par le bureau cantonal d'assistance aux invalides révéla que, compte tenu du revenu touché par l'intéressé, la capacité de travail n'était que de 50 pour cent depuis le 1^{er} avril 1966.

La commission AI estima alors le taux d'invalidité à 60 pour cent et fixa au 1^{er} janvier 1966 le début de l'invalidité donnant droit à une rente. Cependant, la demande étant tardive, cette rente ne pouvait être versée que pour les 12 mois précédant le dépôt de la demande, donc à partir du 1^{er} mars 1969. La caisse de compensation notifia ce prononcé par décision du 16 décembre 1970.

L'assuré recourut en alléguant que sa capacité de travail n'était plus que de 30 pour cent; en outre, la rente accordée ne suffisait pas à son entretien. Il demandait donc une rente plus élevée. La caisse et la commission AI ont renoncé à donner leur avis au sujet de cette démarche. Quant à l'autorité de recours, elle admit partiellement le recours par jugement du 22 février 1972 en chargeant la caisse de verser la demi-rente avec rente complémentaire à partir du 1^{er} janvier 1968; pour le reste, elle rejeta la demande.

L'assuré a interjeté recours de droit administratif contre ce jugement. Il renouvela sa demande d'octroi d'une rente plus élevée en reprenant les arguments déjà produits devant le tribunal cantonal.

Une fois de plus, la caisse et la commission AI ont renoncé à exprimer leur avis et à présenter une proposition. L'OFAS, lui, conclut qu'il faudrait accorder une demi-rente simple d'invalidité à partir du 1^{er} septembre 1967, la décision de caisse et le jugement cantonal étant annulés.

Le TFA a admis ce recours pour les motifs suivants:

1. ...
2. a. ...

b. Les rapports médicaux confirment que le recourant est sérieusement handicapé par son affection de la colonne vertébrale et par des maladies internes. Ils indiquent également depuis quand ces infirmités existent. En revanche, les estimations des médecins, en ce qui concerne l'incapacité de travail, ne coïncident pas avec le degré d'invalidité déterminant le droit à la rente; en effet, l'évaluation de l'invalidité doit être effectuée d'après les normes de l'article 28 LAI, en tenant compte de la perte de gain entraînée par l'invalidité.

Le recourant n'a pas appris de métier; depuis 1958, il a travaillé comme menuisier indépendant. Son activité consistait principalement à fabriquer des clapiers et à effectuer de petites réparations. En automne, il confectionnait des saucisses pour des restaurants. Ces divers travaux lui rapportaient au total environ 9000 francs par an. Son état de santé l'obligea de réduire de plus en plus ces activités lucratives. D'après l'enquête du bureau d'assistance, il dut réduire son travail de moitié depuis le 1^{er} avril 1966 et renoncer à faire de la charcuterie. C'est pourquoi son revenu baissa à environ 4000 francs par an. Ces chiffres correspondent à peu près à la taxation fiscale pour 1969, qui a admis l'existence d'un revenu imposable de 4400 francs.

Ces circonstances permettent d'admettre que le recourant présente, depuis le 1^{er} avril 1966, une invalidité de la moitié au moins. Le taux d'invalidité de 60 pour cent fixé par la commission AI et confirmé par l'autorité de première instance ne saurait donc être contesté. Dans tous les cas, on ne peut croire que le recourant ait présenté, au moment où fut rendue la décision de rente attaquée, une incapacité de gain de deux tiers au moins. Si son invalidité se situe entre la moitié et deux tiers, sa demande d'octroi d'une prestation plus élevée que la demi-rente n'est pas justifiée. Cependant, si une modification déterminante est intervenue dans son état de santé ou dans ses conditions de gain depuis qu'a été rendue la décision de rente, c'est-à-dire depuis décembre 1970, rien ne l'empêche de présenter une nouvelle demande de rente.

En outre, le recourant semble ignorer que les rentes AI, du moins jusqu'à fin 1972, étaient de simples rentes de base et non pas des rentes suffisantes pour couvrir les besoins vitaux. C'est bien plutôt aux prestations complémentaires à l'AVS/AI qu'il incombe de couvrir lesdits besoins. Si, par conséquent, le recourant ne dispose pas d'un autre revenu que la rente AI, il peut déposer une demande de PC.

3. Il reste à déterminer à partir de quelle date la demi-rente revenant à l'assuré doit être versée. La commission AI l'a fixée au 1^{er} mars 1969, l'autorité de première instance au 1^{er} janvier 1968, tandis que l'OFAS propose, dans son préavis, que la rente soit versée depuis le 1^{er} septembre 1967.

a. D'après la jurisprudence rendue à propos de l'article 46 LAI, un assuré sauvegarde, en principe, lorsqu'il présente une demande à la commission AI, tous ses droits à des prestations de l'assurance, autant qu'ils existent déjà à ce moment-là, même s'ils ne sont pas indiqués nommément dans ladite demande (ATFA 1964, p. 189 = RCC 1965, p. 111; ATFA 1962, p. 342 = RCC 1963, p. 234). Dans sa décision du 13 novembre 1972, la cour plénière a précisé, à propos de cette jurisprudence, que ce principe ne s'applique toutefois pas à des prestations qui n'ont aucun rapport avec les demandes résultant explicitement ou implicitement des indications données par l'assuré et dont aucun indice au dossier ne permet de dire qu'elles pourraient

également entrer en ligne de compte. En effet, l'obligation de la commission AI d'examiner les cas (cf. art. 60, 1^{er} al., LAI) ne s'étend pas, en dépit de ce principe, à toutes les prestations qu'un assuré peut revendiquer, mais englobe seulement celles que l'on peut mettre, raisonnablement, en corrélation avec l'état de fait et avec des pièces figurant déjà au dossier ou ajoutées récemment à celui-ci. Lorsque l'assuré allègue, plus tard, qu'il a droit à une autre prestation que celles qui lui ont été accordées ou refusées par décision, et qu'il prétend avoir déjà présenté une demande dans ce sens, il faut examiner, en tenant compte de toutes les circonstances de son cas et en observant le principe de la bonne foi, si cette première demande quelque peu imprécise englobait déjà le droit concrétisé plus tard. Si tel n'est pas le cas, des prestations ne peuvent être accordées, rétroactivement, que dans les limites des douze mois précédant la nouvelle demande, selon l'article 48, 2^e alinéa, LAI; si, en revanche, l'ancienne demande paraît suffisamment concrète, c'est le délai de prescription de cinq ans à partir de cette demande qui sera déterminant. Dans tous les cas, la deuxième phrase de cette disposition (ignorance de l'état de fait ouvrant droit à la prestation) est réservée.

b. Dans l'espèce, l'autorité de première instance et l'OFAS se sont fondés, sans autre motivation, sur la première demande, celle du 9 mai 1968, en admettant qu'alors déjà, l'assuré avait fait valoir son droit à une rente. Sur la feuille intercalaire de cette demande, il n'avait, certes, pas énuméré nommément les prestations désirées; il entendait, manifestement, faire valoir ainsi tous les droits qu'il pouvait alors faire découler de la loi. En revanche, dans sa nouvelle demande du 23 février 1970, il sollicita expressément et uniquement l'octroi d'une rente. Aussi doit-on se demander si la commission AI avait des raisons d'admettre, dès la première démarche de l'assuré en 1968, que vu les faits exposés, non seulement la remise d'un lombostat à titre de moyen auxiliaire, mais encore l'octroi d'une rente entraient en ligne de compte. L'assuré avait dit, à propos de sa demande d'alors, que jusqu'à ce moment-là, il avait pris son mal en patience, mais que maintenant cela n'allait vraiment plus; il était donc allé à la clinique le 8 mai 1968. Dans l'anamnèse du rapport médical du 4 juillet 1968, il est constaté que le patient s'est plaint d'un accroissement de ses douleurs; il ne pouvait se tenir debout que pendant trois heures, et il lui était même pénible de rester longtemps assis. Toutefois, le médecin, après l'avoir examiné une fois, ne le considéra pas comme incapable de travailler. La commission AI n'ouvrit cependant pas d'enquête, à cette époque, sur la situation personnelle et professionnelle de l'intéressé. Dans ces conditions, on ne saurait prétendre qu'un droit à la rente ait pu, alors, être exclu d'emblée. De même, on ne saurait voir dans l'octroi d'un moyen auxiliaire un refus tacite de la rente, ni considérer que l'assuré ait renoncé à la rente parce qu'il n'a pas attaqué la décision. Ainsi, l'autorité de première instance et l'OFAS ont admis avec raison que l'assuré avait fait valoir son droit à la rente dès le 9 mai 1968.

c. D'après la constatation de la commission AI, qui n'a pas été contestée, le temps d'attente prescrit par la loi pour l'octroi d'une rente motivé par une maladie de longue durée a commencé, dans l'espèce, le 1^{er} avril 1966; il a duré, selon la teneur alors valable de l'article 29 LAI et selon la jurisprudence consacrée à ce point-là, 540 jours, donc jusqu'en septembre 1967. Si donc le droit à la rente a pris naissance, d'après les faits déterminants, en septembre 1967, il n'était pas prescrit — ainsi que l'OFAS le relève avec raison — à la fin de cette même année. En effet, l'article 48, 2^e alinéa, LAI disposait, dans sa teneur valable jusqu'à fin 1967, que la rente est versée à partir du mois de la demande lorsque l'assuré présente celle-ci plus de six mois après la naissance du droit. Dans la teneur qu'elle a reçue depuis lors, cette disposition pré-

voit que lorsqu'un assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations sont versées seulement pour les douze mois précédant la demande. Si donc le droit du recourant à la rente était encore intact selon l'ancien droit au moment de l'entrée en vigueur du nouvel article 48, 2^e alinéa, LAI, il suffisait désormais, en vertu du nouveau droit, qu'une demande fût déposée dans un délai de douze mois à partir de la naissance du droit à la rente. Ce délai a été observé puisque la demande, sur laquelle il y a lieu de se fonder, d'après ce qui vient d'être dit, en ce qui concerne le droit à la rente, a été présentée le 9 mai 1968. Cela signifie — en concordance avec le préavis de l'OFAS — que la rente née en septembre 1967, non prescrite le 1^{er} janvier 1968 et demandée dans un délai d'un an, doit être versée à partir du mois où elle a pris naissance. L'arrêt invoqué par l'autorité de première instance, qui était parvenue à une autre conclusion (RCC 1970, p. 126), était fondé sur un état de fait différent; là, en effet, le droit était déjà prescrit à la fin de l'année 1967, ce qui n'est pas le cas dans la présente cause. Dans cet autre arrêt, il avait été déclaré expressément que rien ne s'opposait à l'application du nouvel article 48, 2^e alinéa, LAI en ce qui concerne les prestations pour la période antérieure au 31 décembre 1967 si le droit à ces prestations était né sous le régime des anciennes dispositions et n'était pas prescrit, en vertu de ces dernières, à la fin de 1967 (cf. résumé de cet arrêt, ainsi que les considérants 2 c, aa, et 2 d).

Arrêt du TFA, du 14 février 1973, en la cause M. H. (traduction de l'allemand).

Article 54, 1^{er} alinéa, lettre d, LAI. Lorsqu'un assuré a déposé une demande de rente AI, la caisse doit rendre une décision formelle quant à la rente, même si elle ordonne des mesures de réadaptation.

Articolo 54, capoverso 1, lettera d, della LAI. Quando un assicurato ha presentato la richiesta per una rendita dell'AI, la Cassa di compensazione deve decidere, in forma giuridicamente valida, anche quando essa assegna provvedimenti d'integrazione.

L'assurée, née en 1936, souffre des séquelles d'une poliomyélite. Son époux, qui tient un tea-room, a demandé pour elle, le 8 octobre 1970, une rente de l'AI, étant donné qu'une employée supplémentaire était nécessaire pour tenir le ménage et travailler dans l'établissement. Selon le rapport du Dr A., du 6 novembre 1970, il y a chez l'assurée un grave status après poliomyélite antérieure aiguë de la jambe gauche, avec paralysie flasque, raccourcissement de la jambe et pied bot équin. Le médecin déclare que cette infirmité influence l'activité lucrative de l'assurée; celle-ci doit en effet engager des employées supplémentaires, n'étant elle-même plus en état d'accomplir son travail. Le Dr A. a estimé que l'incapacité de travail était de 60 à 70 pour cent et a proposé une consultation chez le professeur B., car il pensait qu'il serait possible de corriger le pied bot et la différence de longueur des jambes.

Le 11 décembre 1970, la commission AI informa l'assurée que conformément au principe « la réadaptation avant la rente », et se fondant sur la recommandation du Dr A., elle prenait en charge l'examen du cas par le professeur B.

Le Dr C., collaborateur d'une polyclinique orthopédique, déclara entre autres à ce sujet, en date du 10 novembre 1971: « A notre avis, il semble indiqué d'accorder à la patiente une demi-rente AI. Cependant, d'après ce qu'elle nous a dit, une amélioration serait tout de même réalisable au moyen d'interventions chirurgicales. La

patiente souffre d'une contracture de l'articulation du genou avec un déficit d'extension de 10 degrés, qui pourrait certainement être corrigé par une ostéotomie supra-condylaire. En même temps, on pourrait corriger aussi le pied bot, éventuellement au moyen d'une opération selon Lambrinudi. Avant une telle intervention, on pourrait faire un essai conservateur avec une attelle dorsale. Suivant le cas, l'opération serait alors indiquée. »

Se fondant sur ce rapport, la caisse de compensation a rendu, en date du 17 décembre 1971, la décision suivante:

« *Moyens auxiliaires:* L'AI assume d'abord les frais d'une attelle dorsale conformément à la prescription du médecin, ainsi que ceux des réparations et renouvellements éventuellement nécessaires.

Mesures médicales: Le spécialiste entrevoit la possibilité d'obtenir, par des opérations de la jambe et du pied gauches, une amélioration de l'état et donc de la capacité de travail. Les frais de traitement qui en résulteront sont pris en charge par l'AI.

Droit à l'indemnité journalière pendant le séjour en clinique et la convalescence selon décision séparée. Veuillez nous communiquer la date de votre hospitalisation, pour que nous puissions rendre notre décision concernant ladite prestation.

Remboursement des frais de voyage occasionnés par l'application des mesures accordées: selon mémoire ci-joint. »

L'époux de l'assurée a recouru parce qu'aucune rente AI n'était accordée par cette décision. Il a invoqué — sans en fournir la preuve — une déclaration d'un autre médecin, selon lequel on ne pourrait, malgré les opérations, rétablir le fonctionnement normal et les forces de la jambe paralysée.

L'autorité cantonale de recours fonda son jugement du 22 mars 1972 sur le principe selon lequel les mesures de réadaptation ont la priorité sur les rentes. La commission AI devait donc — et elle l'a fait à bon droit — envisager d'office, malgré le défaut d'une demande de l'assurée, toutes les mesures de réadaptation légalement possibles, pour autant qu'elles fussent nécessaires et de nature à rétablir la capacité de gain de l'assurée, à l'améliorer, à la conserver ou à en favoriser l'usage. Il n'était cependant pas établi — d'après les rapports médicaux disponibles — que les mesures médicales prévues soient à même d'atteindre un tel but. Il fallait d'ailleurs déterminer en premier lieu le degré d'invalidité de l'assurée, d'après son état de santé actuel; si elle n'était pas invalide au point d'avoir droit à une rente, on pourrait — selon le résultat des examens médicaux complémentaires — se dispenser d'octroyer des mesures médicales. Le recours, certes, était dirigé en premier lieu contre le refus d'une rente AI, mais le tribunal ne pouvait se prononcer sur ce point, faute d'une décision administrative. L'autorité de première instance a donc rejeté le recours et chargé la commission AI de procéder aux investigations nécessaires à propos de la question des mesures médicales.

Dans son recours de droit administratif, la caisse de compensation a énoncé les propositions suivantes:

- « 1. Le jugement de l'autorité cantonale de recours, du 22 mars 1972, est annulé;
2. La décision de caisse du 17 décembre 1971 est rétablie en ce qui concerne les mesures de réadaptation;
3. Il faut relever expressément que l'on ne peut se prononcer sur la demande de rente — qui ressort du recours de l'époux, du 3 janvier 1972 — étant donné qu'aucune décision n'a été rendue sur ce point par la caisse. »

La caisse de compensation estime, dans l'essentiel, qu'une enquête complémentaire au sujet des mesures médicales n'est pas nécessaire; le tribunal cantonal aurait

d'ailleurs pu tout aussi bien y procéder lui-même, puis statuer directement sur lesdites mesures. Le degré d'invalidité est, au surplus, sans influence sur le droit à des mesures de réadaptation. En ce qui concerne la demande de rente, c'est à bon droit que l'autorité cantonale a rejeté le recours.

Tandis que l'assurée renonce à se prononcer, l'OFAS propose d'admettre le recours de droit administratif en ce sens que le jugement cantonal soit annulé et la décision de caisse rétablie. Etant donné que l'assurée a simplement renouvelé sa demande de rente, il manquait — faute de décision administrative — un objet d'annulation, si bien que la condition nécessaire à un jugement au fond n'était pas remplie et que, pour des raisons de droit formel, le recours n'aurait pas dû être examiné. La décision de la caisse, en effet, n'a pas été attaquée en ce qui concerne les moyens auxiliaires et les mesures médicales. La commission AI devrait, en tenant compte des résultats de la mesure de réadaptation, ou — au cas où celle-ci n'aurait pas encore été appliquée — après examen de la possibilité d'une telle mesure, rendre un prononcé sur la demande de rente.

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

1. *a.* L'intimée a droit — selon l'article 28, 1^{er} alinéa, LAI — à une rente entière si elle est invalide pour deux tiers au moins, ou à une demi-rente si cette invalidité atteint au moins la moitié. Dans les cas pénibles (détresse économique), la demi-rente peut être accordée aussi lorsque l'invalidité n'atteint qu'un tiers au moins. Est invalide, au sens de la loi, celui qui souffre d'une diminution de sa capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à sa santé physique ou mentale, ladite atteinte provenant elle-même d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4, 1^{er} al., LAI).

b. Les règles applicables à l'évaluation de l'invalidité sont différentes selon qu'il s'agit d'un assuré qui était, avant la survenance de l'invalidité, « actif » ou « non actif ». L'invalidité des personnes dites actives est déterminée, selon l'article 28, 2^e alinéa, LAI, d'après la perte de gain due à l'invalidité (comparaison des revenus). Pour l'évaluation de l'invalidité d'un adulte « non actif » dont on ne peut pas exiger l'exercice d'une activité lucrative — par exemple une ménagère — l'empêchement rencontré dans l'accomplissement des travaux habituels est mis juridiquement sur le même pied que l'incapacité de gain telle que l'entend l'article 4, 1^{er} alinéa, LAI (art. 5, 1^{er} al., LAI; art. 27, 1^{er} al., RAI). Par travaux habituels de la ménagère, on désigne, selon les articles 28, 3^e alinéa, LAI et 27, 2^e alinéa, RAI, son activité usuelle dans le ménage et, le cas échéant, dans l'entreprise de son mari, ainsi que l'éducation des enfants; l'invalidité d'une telle personne sans activité lucrative prédominante doit donc être estimée d'après l'empêchement qu'elle éprouve dans l'ensemble de ses travaux antérieurs (RCC 1971, p. 605).

2. *a.* L'assuré n'obtient cependant une rente que s'il a été réadapté dans la mesure où cela était possible. Celui qui demande des prestations de l'AI doit d'abord faire ce que l'on peut raisonnablement exiger de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité (ATFA 1969, p. 163, et 1967, pp. 35 et 75) et se prêter à toute mesure exigible que l'AI prescrit pour sa réadaptation à la vie professionnelle, c'est-à-dire pour lui permettre d'entreprendre ou de reprendre une activité lucrative.

b. Dans l'espèce, l'administration et l'autorité de première instance ont observé ces principes; elles ont estimé qu'une rente ne pouvait être accordée à l'intimée qu'au vu de l'invalidité qui subsisterait lorsque celle-ci serait réadaptée au sens de la loi. La caisse de compensation lui a donc accordé, après mûr examen de l'aspect médical du

cas par la commission AI, un moyen auxiliaire et des mesures médicales, sans cependant indiquer expressément, dans la décision, que la question de la rente pourrait être tranchée seulement après exécution des mesures de réadaptation. Certes, la commission AI avait signalé à l'intimée, dans sa lettre du 11 décembre 1970, que lesdites mesures avaient la priorité; mais cela ne suffisait pas. Il faut, bien plutôt, dans un tel cas, que la caisse rende une décision explicite au sujet de la demande de rente. En effet, l'assurée a droit — ne serait-ce qu'en vue d'un éventuel recours — à une réponse à sa demande de rente, et cette réponse doit être donnée par la décision. La caisse ayant omis de donner une telle réponse dans la décision attaquée, on ne saurait examiner le recours de droit administratif dans la mesure où celui-ci touche la question de la rente.

3. Contrairement à ce qu'ont déclaré la caisse de compensation et l'OFAS, il est inexact que la décision de caisse du 17 décembre 1971 ait passé en force, faute d'avoir été attaquée, en ce qui concerne les mesures médicales. L'assurée a, bien plutôt, laissé entendre implicitement que les mesures prévues seraient sans influence aucune sur la question de son droit à la rente, et qu'en outre elles ne pouvaient lui être imposées. Cette objection revêt un intérêt primordial à cause de la priorité que doivent avoir les mesures de réadaptation sur les rentes. C'est donc avec raison que l'autorité cantonale est entrée en matière sur le recours formé par l'époux de l'assurée concernant les mesures de réadaptation; elle a aussi reconnu — à juste titre — qu'étant donné les objections soulevées, il fallait examiner à fond l'aspect médical du cas et déterminer si les mesures médicales visaient directement la réadaptation professionnelle et si elles étaient de nature à améliorer la capacité de gain de l'intimée d'une manière durable et importante.

L'avis de l'autorité cantonale de recours, selon lequel les mesures médicales prévues étaient manifestement exigibles, ne peut cependant, après ce que le représentant de l'assurée a déclaré devant ledit tribunal, être confirmé sans un examen approfondi de ce point-là.

4. La cause doit donc être renvoyée à l'administration, qui devra établir si les mesures médicales sont exigibles et de nature à améliorer la capacité de gain de l'assurée, et s'il y a lieu par conséquent de renoncer, pour le moment, à examiner la question de la rente. La décision de la caisse et le jugement de première instance sont annulés. L'administration devra en outre préciser, à ce propos, s'il faut pour le moment se borner à la remise du moyen auxiliaire.

CHRONIQUE MENSUELLE

La sous-commission « Questions de personnel » de la commission spéciale pour les problèmes de la vieillesse a tenu sa première séance le 1^{er} février sous la présidence de M. Güpfert, de l'Office fédéral des assurances sociales. Divers aspects du problème du personnel ont été présentés dans quatre brefs exposés: Questions de personnel que posent les services spéciaux rendus aux personnes âgées, dans les homes ou en général; formation de personnel dans un hôpital gériatrique; contribution de la Croix-Rouge à la formation de ceux qui travaillent dans l'aide à la vieillesse; affectation de travailleurs étrangers à des institutions de l'aide à la vieillesse, dans les homes ou en général. La sous-commission a discuté ensuite son programme de travail.

*

La sous-commission de la prévoyance professionnelle, qui fait partie de la Commission fédérale de l'AVS/AI, a siégé les 14 et 15 février sous la présidence de M. Frauenfelder, directeur de l'Office fédéral des assurances sociales, et de M. Kaiser, professeur, conseiller mathématique des assurances sociales. Les travaux préliminaires pour la mise sur pied d'un projet de loi concernant la prévoyance professionnelle sont suffisamment avancés pour entrer à présent dans leur stade final.

*

Le Parti socialiste suisse et l'Union syndicale suisse ont informé la Chancellerie fédérale, en date du 22 février, qu'ils retiraient leur initiative déposée le 18 mars 1970. Celle-ci était connue sous le nom d'*Initiative pour la création de pensions populaires*.

*

La commission du Conseil national chargée d'examiner le projet de loi *modifiant l'AVS pour le 1^{er} janvier 1975* a tenu deux séances les 7/8 et 26 février sous la présidence de M. Schläppy, conseiller national, et en présence de M. Hürlimann, conseiller fédéral, de M. Frauenfelder, directeur de l'Office fédéral des assurances sociales et du professeur Kaiser, conseiller pour les questions mathématiques des assurances sociales.

La commission a décidé à l'unanimité de présenter au Conseil national un projet de loi qu'elle a élaboré et qui contient dans l'essentiel les points suivants:

- la compensation du renchérissement en 1974 consistant en un double versement d'une rente mensuelle à tous les bénéficiaires de rentes de l'AVS et de l'AI et l'octroi de subventions permettant aux cantons de doubler les PC à l'AVS et à l'AI pour un mois qui devra encore être déterminé,
- l'augmentation de toutes les rentes AVS et AI ordinaires d'environ 25 pour cent au 1^{er} janvier 1975,
- le relèvement au 1^{er} janvier 1975 des limites de revenu pour les bénéficiaires de PC (de 6600 à 7800 fr. pour les personnes seules et de 9900 à 11 700 fr. pour les couples) et l'augmentation des taux prévus pour la déduction du loyer,
- l'octroi de subventions pour la construction d'établissements et d'autres institutions destinées aux personnes âgées.

Par ailleurs, la commission a décidé d'ajourner ses délibérations sur les autres points que le Conseil fédéral avait proposé de reviser (en particulier l'aménagement du régime des rentes à partir de 1976) et de charger le Conseil fédéral de lui soumettre un message complémentaire qui devra porter essentiellement sur la question du financement et de ses répercussions financières pour les pouvoirs publics.

*

La *commission spéciale pour les problèmes de la vieillesse* a tenu sa deuxième séance le 27 février sous la présidence de M. Granacher, de l'Office fédéral des assurances sociales. Elle s'est occupée principalement de la mise au point des dispositions d'exécution correspondant à un nouvel article 101 LAVS (subventions pour la construction de homes destinés aux personnes âgées); lesdites dispositions s'inspirent des règles valables dans l'AI, dont l'application pratique a donné de bons résultats depuis une quinzaine d'années. En outre, la commission a pris connaissance du calendrier des travaux qui seront consacrés à une législation réglant les autres mesures de l'aide à la vieillesse; il est prévu d'activer ces préparatifs.

*

Voici les résultats des comptes de l'AVS, de l'AI et des APG pour 1973 (ceux de 1972 sont entre parenthèses):

AVS Recettes 7138 (4424) millions de francs

Dépenses 6480 (3806) millions de francs

Excédent 658 (618) millions de francs

Etat du fonds de compensation fin 1973 = 10,4 milliards de francs.

AI	Recettes	1160	(765) millions de francs
	Dépenses	1180	(758) millions de francs
	Déficit	20	(Excédent 7) millions de francs.

Etat du compte capital fin 1973 = 66 millions de francs.

APG	Recettes	300	(265) millions de francs
	Dépenses	231	(227) millions de francs
	Excédent	69	(38) millions de francs

Etat du compte capital fin 1973 = 306 millions de francs.

Les résultats définitifs des comptes d'exploitation de 1973 seront publiés après avoir été acceptés par le Conseil fédéral; ils seront accompagnés de commentaires détaillés. Les fortes augmentations que l'on peut constater dans l'AVS et l'AI sont dues principalement à la huitième révision.

Coordination entre l'AVS et l'assurance-accidents obligatoire

La coordination entre l'AVS et l'assurance-accidents obligatoire a été améliorée grâce à deux textes législatifs entrés en vigueur le 1^{er} janvier 1974.

1. Modification de la loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents

Le 27 septembre 1973, les Chambres fédérales ont décidé une modification de la loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents (LAMA): désormais, le gain maximum déterminant pour la perception des primes, pour les indemnités de chômage et pour les rentes de l'assurance-accidents obligatoire est augmenté de 50 pour cent; le gain assuré maximum se monte à 150 francs par jour ou 46 800 francs par an. Simultanément, le législateur s'est efforcé d'adapter la notion de salaire déterminant de l'assurance-accidents obligatoire à celle de l'AVS. Ainsi, selon les nouvelles prescriptions légales, ne sont pas comprises dans le salaire soumis à cotisations les allocations familiales qui sont versées en tant qu'allocations pour enfants, allocations de formation ou allocations de ménage selon l'usage local ou l'usage propre à la branche; toutefois, pour la fixation des prestations assurées, les allocations familiales et les allocations pour enfants continuent à être prises en considération. Au surplus, le Conseil fédéral est autorisé à déterminer en détail les rétributions qui sont considérées par la CNA comme salaire. Aux fins d'adaptation à l'AVS également, on a ménagé aux enfants recueillis un droit à la rente d'orphelin de la CNA.

La révision de la LAMA a enfin amené celle de la LAVS (art. 48, 1^{er} al.) et de la LAI (art. 45, 1^{er} al.): l'interdiction de la surassurance en cas de con-

cours entre les rentes AVS ou AI et les rentes de la CNA dues pour des accidents professionnels a été étendue aux rentes versées pour des accidents non professionnels. Comme l'explique le message à l'appui du projet de loi, la surassurance était peu importante jusqu'à la huitième révision de l'AVS; depuis que les rentes AVS et AI ont fortement augmenté, il est possible que la somme de la rente de l'assurance des accidents non professionnels et de la rente AVS/AI dépasse largement le gain perdu.

2. Modification de l'ordonnance II sur l'assurance-accidents

Par la modification de l'ordonnance II, décidée le 6 février 1974, le Conseil fédéral fixe d'abord, en exécution de son mandat légal, les rétributions qui doivent être considérées comme salaire dans l'assurance-accidents obligatoire: c'est-à-dire qu'il décrète que la notion de salaire déterminant, telle qu'elle est définie par la législation sur l'AVS, est applicable, à quelques divergences près, à l'assurance-accidents. Grâce à cette large uniformisation de la notion de salaire, le travail de décompte des employeurs est considérablement simplifié. Les divergences par rapport à la notion de salaire de l'AVS, qui sont énumérées dans l'ordonnance, proviennent de la différence entre les buts des deux assurances et du fait que le cercle des personnes assurées n'est pas le même.

La révision de l'ordonnance a porté de 3 à 5 ans le délai pendant lequel les listes de paie doivent être conservées; ainsi sera facilitée la coordination souhaitée des contrôles des employeurs par les organes de la CNA et de l'AVS.

L'extension de l'interdiction de la surassurance à l'assurance des accidents non professionnels de la CNA, qui est résultée de la révision de la loi, nécessitait également des modifications du règlement sur l'AVS (art. 66 quater, 2^e al., lettre b, et 5^e al.) et du règlement sur l'AI (art. 39 bis, 2^e al., lettre b, et 5^e al.); ces modifications sont aussi comprises dans la révision de l'ordonnance II sur l'assurance-accidents. Enfin, aux articles 66 quater, 4^e alinéa, RAVS et 39 bis, 4^e alinéa, RAI, l'expression « rente complémentaire » a été remplacée par la dénomination — récemment introduite dans la législation sur l'AVS/AI — de « rente pour enfants ». L'application de ces dispositions ne relève pas — bien qu'elle soit prévue par des actes législatifs de l'AVS et de l'AI — de la compétence des caisses de compensation; elle appartient bien plutôt à la CNA et éventuellement à l'assurance militaire.

Dénomination des divers types d'habitation pour personnes âgées

Vu l'importance croissante des mesures en faveur des personnes âgées, l'usage de dénominations diverses pour désigner des types identiques d'habitation pour personnes âgées s'est révélé de plus en plus gênant.

A la suite d'une suggestion faite par l'Association suisse des établissements de prévoyance et d'assistance sociale, un classement des diverses habitations pour personnes âgées a été élaboré. Ce travail a été effectué en commun avec des représentants des institutions et services suivants: Office fédéral des assurances sociales, Bureau fédéral de statistique, Bureau fédéral pour la construction de logements, Institut pour l'aménagement national, régional et local de l'EPF Zurich, Service cantonal vaudois de la santé publique, Croix-Rouge suisse, Fondation suisse « Pour la Vieillesse », Association suisse des établissements pour malades, Association suisse des établissements de prévoyance et d'assistance sociale et Société suisse de gérontologie. Le classement a ensuite été soumis pour avis aux cantons ainsi qu'à plusieurs organisations suisses qui s'occupent des problèmes de la vieillesse et qui ont de l'expérience en matière de constructions pour personnes âgées. Le projet a généralement été très bien accueilli. L'aperçu, mis au point grâce à de précieuses suggestions, peut maintenant être publié.

Le classement — opéré en renonçant sciemment à toute appréciation des différents types — est intervenu en fonction du degré d'intensité des services, offerts sur le plan du personnel et de la construction, qu'exige le handicap des habitants.

Etant donné que — mis à part le fait qu'il existe plusieurs langues dans notre pays — l'on utilise souvent diverses dénominations pour un même type d'habitation, la désignation primaire est faite à l'aide de lettres. Cette méthode se fonde sur celle qui a été créée par le canton de Vaud et reprise par le canton de Berne. Lorsqu'une minorité s'est prononcée pour une dénomination ou une définition différente, celle-ci est indiquée entre parenthèses.

Dans la pratique, l'on rencontre très souvent des formes mixtes d'habitations. Celles-ci n'ont pas été retenues pour ne pas nuire à la clarté de l'aperçu. Une forme mixte peut toutefois être aisément désignée en combinant plusieurs lettres. C/D, par exemple, désigne le type très répandu du home pour personnes âgées et pour malades chroniques.

L'aperçu ci-après tient compte, en premier lieu — mais pas exclusivement — des habitations pour personnes âgées. Tous les types d'habitation peuvent toutefois aussi accueillir des adultes, plus ou moins handicapés ou tributaires de soins, qui n'ont pas encore atteint la limite d'âge à partir de laquelle naît le droit à la rente de vieillesse.

Les types A (hôpitaux pour patients atteints de maladies aiguës) et B (hôpitaux pour malades chroniques) sont mentionnés uniquement pour que l'aperçu soit complet.

Si, au cours des années, de nouveaux types d'habitations devaient apparaître, l'aperçu devrait être complété ou modifié. Des suggestions à ce sujet peuvent être adressées à l'Office fédéral des assurances sociales, 3003 Berne.

Le tableau ci-après peut être commandé séparément à l'Office central fédéral des imprimés et du matériel sous N° 318.689.03.

Type	Définition	Conditions d'admission
Eh	<i>Logements habituels pour personnes âgées</i> Logements ordinaires, réservés en premier lieu aux personnes âgées.	Personnes âgées capables de se subvenir à elles-mêmes et d'habiter seules, si nécessaire avec l'aide de services à domicile.
Ea	<i>Logements destinés aux personnes âgées</i> Logements, isolés ou groupés dans une ou différentes maisons, destinés aux personnes âgées; l'emplacement, l'aménagement et l'équipement permettent à celles-ci d'habiter seules, même en cas de handicap physique.	Comme pour les logements habituels; ils peuvent cependant recevoir aussi des personnes âgées qui sont physiquement handicapées.
Eg	<i>Logements avec encadrement médico-social</i> Groupement de logements avec encadrement médico-social dans un ou plusieurs bâtiments; des locaux communs et des prestations de services sont (généralement) à disposition.	Comme pour les logements Ea
D	<i>Home pour personnes âgées</i> Home recevant, pour un séjour à long terme, des personnes âgées qui sont légèrement handicapées et dont l'état de santé ne nécessite qu'occasionnellement des soins et un traitement médical.	Personnes âgées ne nécessitant en règle générale pas de soins continus; cependant, étant légèrement handicapées, elles ne sont tout de même plus en mesure de tenir un ménage.

<i>Agencement</i>	<i>Dotation de personnel</i>	<i>Services spéciaux</i>
Le logement tient compte des besoins spéciaux des personnes âgées tout au plus quant à l'emplacement. Mobilier apporté par l'habitant.	Mise à disposition de services à domicile selon les besoins.	— Services à domicile (ambulatoires).
L'emplacement, l'aménagement et l'équipement tiennent compte des besoins particuliers des personnes âgées qui sont physiquement handicapées. Mobilier apporté par l'habitant.	Mise à disposition de services à domicile selon les besoins.	— Services à domicile (ambulatoires).
Comme les logements spéciaux. En plus, des locaux communs pour manger, pour la gymnastique, pour la natation, pour les loisirs, etc. Installation centrale de bains. Mobilier apporté par l'habitant.	Personnel de service et éventuellement personnel soignant. Concierge. animateur ou assistant social.	— Services à domicile (ambulatoires).
Généralement des chambres à un lit (pour les couples, deux chambres avec porte communicante), W.-C. et éventuellement douche et cuisinette. Habituellement, le pensionnaire apporte ses propres meubles.	Direction. Personnel soignant. Personnel de maison. animateur ou assistant social.	— Services pour le voisinage (Centre gériatrique). — Centre de jour pour personnes âgées (j). — Possibilité de soins pour les pensionnaires tombés malades et nécessitant des soins continus; éventuellement dans division spéciale (DC).

Type	Définition	Conditions d'admission
C	<i>Etablissement pour malades chroniques</i> Etablissement de placement destiné principalement à l'hébergement et aux soins de personnes atteintes de maladies chroniques dont l'état de santé nécessite des soins continus et une surveillance médicale.	Personnes nécessitant dès le début des soins continus.
B	<i>Hôpital pour malades chroniques (Clinique gériatrique)</i> Etablissement hospitalier destiné principalement à l'examen et au traitement passager de malades qui nécessitent des soins particuliers, ainsi qu'un traitement médical intensif et régulier, et dont l'état de santé permet d'espérer un <i>succès certain de réintégration</i> (durée de séjour, en règle générale, de quelques semaines à quelques mois).	Personnes remplissant les conditions du traitement donné dans cet hôpital.
A	<i>Hôpital pour patients atteints de maladies aiguës</i> Etablissement hospitalier pour l'examen, le traitement et les soins de personnes atteintes de maladies aiguës ou chroniques (en moyenne, la durée de séjour est généralement de 30 jours au plus).	Malades nécessitant un diagnostic, un traitement et des soins de courte durée.

<i>Agencement</i>	<i>Dotation de personnel</i>	<i>Services spéciaux</i>
Au minimum un équipement permettant de donner des soins continus et de faire un simple diagnostic médical; un cabinet médical avec salles d'examen, de traitement et de thérapie.	Direction. Médecin responsable (pouvant toujours être atteint). Personnel soignant. Personnel de maison. Ergothérapeute, physiothérapeute. Animateur ou assistant social.	— Services pour le voisinage (Centre gériatrique). — Centre de jour pour personnes âgées (Cj).
Installation d'hôpital pour l'examen, la réadaptation et les soins de malades chroniques.	Médecins spécialisés. Ergothérapeutes, physiothérapeutes et autres spécialistes. Personnel comme dans un hôpital.	— Fonction d'un hôpital de jour pour le voisinage (Bj).
Installations médicales et techniques.	Personnel médical et hospitalier.	

Les jeunes invalides et l'AI (première suite) ¹

3. Mesures de formation scolaire spéciale et soins aux mineurs impotents

(Bases: art. 19 et 20 LAI; art. 8 à 13 RAI; circulaire concernant la formation scolaire spéciale; directives concernant l'invalidité et l'impotence)

a) *Mesures de formation scolaire spéciale*

Ont droit aux mesures de formation scolaire spéciale les mineurs éducatibles — donc aussi les jeunes gens — qui, par suite d'invalidité physique ou mentale, ne peuvent suivre l'école publique (y compris les classes spéciales, de développement ou d'autres classes appartenant à l'école publique), ou dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils la suivent. Peu importe, en droit de l'AI, que l'affection ou l'infirmité soit congénitale ou non. La nécessité de recevoir une formation scolaire spéciale, au sens de l'AI, suppose toujours une invalidité telle que la définissent les articles 4 et 5 LAI, et pour laquelle il faut prendre des mesures spéciales, prévues par la loi, afin d'en réduire ou d'en annuler les effets. L'article 9 RAI énumère ces infirmités et précise les limites de certaines d'entre elles. L'assuré qui ne présente qu'une infirmité bénigne et peut, par conséquent, suivre l'école publique, par exemple au niveau d'une classe spéciale faisant partie de cette école selon le droit cantonal, n'est pas considéré comme ayant droit à une formation scolaire spéciale lorsqu'il est établi, du même coup, que la fréquentation d'une telle classe peut raisonnablement être exigée de lui.

Sont considérés comme aptes à recevoir une formation (éducatibles), au sens de la LAI, les enfants et jeunes gens auxquels il est possible de donner certaines connaissances et une certaine habileté, soit qu'ils se révèlent capables de suivre un enseignement scolaire spécial, adapté à leur infirmité, soit qu'ils puissent assimiler, du moins, quelques notions leur permettant de développer leur habileté manuelle, d'accomplir les actes ordinaires de la vie ou d'établir des contacts avec leur entourage. La limite inférieure de l'aptitude à recevoir une formation a donc été tracée très bas dans l'AI.

L'assuré jeune a droit à des mesures de formation scolaire spéciale sans que la possibilité d'une réadaptation ultérieure à la vie professionnelle joue un rôle. Au traitement des infirmités congénitales, en vertu de l'article 13 LAI, et à celui des autres infirmités en vertu de l'article 12, dans l'application duquel ils béné-

¹ Voir RCC 1974, page 67.

ficient d'un statut privilégié, les jeunes invalides peuvent donc ajouter les mesures de formation scolaire spéciale, autre prestation importante qu'ils sont les seuls à pouvoir demander.

Les prestations que l'AI peut accorder en faveur de la formation scolaire spéciale des jeunes gens se divisent en quatre groupes; ce sont:

- des contributions aux frais d'école et de pension, c'est-à-dire à l'écolage demandé par les écoles spéciales et aux frais de logement et de repas occasionnés par la fréquentation de ces écoles (art. 10 RAI; actuellement, 12 et 8 fr. par jour);
- en principe, la prise en charge de tous les frais de *mesures supplémentaires* qui sont nécessaires, à cause de l'invalidité de l'assuré, pour permettre à celui-ci de suivre une formation scolaire spéciale ou de fréquenter l'école publique; il s'agit là de *mesures pédago-thérapeutiques* (art. 10 bis RAI);
- des contributions aux frais de repas et de logement qui sont occasionnés à l'assuré — à cause de son invalidité — par la fréquentation de l'école publique (contributions aux frais de pension selon l'art. 10, lettre b, RAI);
- prise en charge des *frais de transport*, occasionnés par l'invalidité, qui sont nécessaires à la fréquentation de l'école spéciale ou publique et à l'exécution de mesures pédago-thérapeutiques (art. 11 RAI).

D'après les dispositions légales, on peut conclure que les jeunes invalides normalement doués ont droit, en principe, à des prestations de formation scolaire spéciale, dont le genre et l'étendue sont déterminés d'après les circonstances concrètes de chaque cas. Ils ont, tout comme les jeunes gens bien portants, la chance de recevoir, grâce aux prestations de l'AI, une formation adéquate dans presque tous les domaines, avec possibilités de perfectionnement ultérieur, par exemple au niveau d'une école supérieure, professionnelle ou universitaire; ils peuvent donc, à cet égard, être assimilés aux personnes valides.

Les *mesures pédago-thérapeutiques* prévues à l'article 19, 2^e alinéa, LAI (cf. aussi art. 8, 1^{er} al., lettre c, RAI) ont une importance particulière. Cette disposition de la loi ne donne pas la liste complète des diverses mesures de cette catégorie; elle se borne à mentionner les cours d'orthophonie pour mineurs atteints de graves difficultés d'élocution, l'enseignement de la lecture labiale et l'entraînement auditif pour mineurs durs d'oreille, la gymnastique spéciale destinée à développer la motricité des mineurs souffrant de troubles des organes sensoriels ou d'une grave débilité mentale. L'article 8, 1^{er} alinéa, lettre c, RAI nomme en outre les mesures nécessaires à l'acquisition et à la structuration du langage chez les débiles mentaux gravement atteints.

Dans la pratique, il s'est révélé nécessaire d'agrandir et de préciser ce « catalogue »; ce qui va être fait au moyen d'une circulaire, actuellement en préparation, sur les mesures pédago-thérapeutiques. Cette catégorie de mesures sera alors étendue de manière à englober notamment:

- non seulement l'entraînement auditif, mais aussi les jeux susceptibles de développer le langage, inclus dans l'orthophonie;

- l'enseignement élémentaire de l'écriture Braille et de la dactylographie pour aveugles et déficients visuels gravement atteints;
- le développement de l'habileté manuelle dans les classes finales des écoles spéciales, autant que l'on y affecte un personnel et des installations ad hoc;
- les mesures grâce auxquelles les assurés souffrant de cécité, d'une grave déficience visuelle ou d'une grave débilité mentale apprendront à se mouvoir d'une manière indépendante et à se comporter correctement sur la voie publique;
- les mesures spéciales pour développer les aveugles sourds;
- etc.

Les mesures pédaogo-thérapeutiques destinées aux jeunes invalides sont, en vertu de la loi, appliquées pour *compléter* l'enseignement scolaire spécial ou pour permettre la fréquentation de l'école publique; elles doivent être nécessitées par l'invalidité. Leur but est de développer la personnalité du jeune invalide au-delà du niveau que l'on peut atteindre par les mesures ordinaires de formation scolaire spéciale.

Souvent, dans des cas spéciaux, l'AI doit résoudre le problème de la délimitation entre les mesures de formation scolaire et les mesures professionnelles — celles-ci donnant droit à d'autres prestations. Il faut aborder ce problème dans le présent chapitre et anticiper ainsi quelque peu sur les commentaires ci-après (N° 4: mesures professionnelles).

Par suite de diverses circonstances (par exemple à cause des possibilités de réadaptation, sans cesse accrues, qui s'offrent aux jeunes gens), on a éprouvé le besoin d'une formation scolaire plus étendue, afin de créer des conditions optimales pour le placement rationnel de ces jeunes, correspondant aux exigences posées par les centres de réadaptation professionnelle et à la demande de main-d'œuvre dans l'économie libre. Une réglementation spéciale s'imposait également en tenant compte de la jurisprudence. En publiant des instructions ad hoc (RCC 1973, p. 513), l'OFAS a cherché à résoudre la question d'une manière conforme à la loi. Malgré les tentatives faites pour créer des classes de travaux manuels dans la dernière phase de l'école spéciale, il arrive encore qu'après la fin formelle de leur scolarité entre 15 et 17 ans, de jeunes handicapés — en particulier des débiles mentaux qui sont à la limite inférieure de la capacité de gain — n'aient pas une maturité personnelle ni une formation scolaire suffisantes pour leur permettre d'entreprendre aussitôt une formation professionnelle initiale (préparation à un travail auxiliaire ou à une activité dans un atelier protégé au sens de l'art. 16, 2° al., lettre a, LAI). Ils auraient donc besoin d'un supplément de formation scolaire spéciale, mais ils en sont privés parce que l'école adéquate n'est pas encore organisée à cet effet et qu'aucune place n'est disponible dans une autre école. C'est pourquoi des centres de réadaptation se chargent actuellement encore de combler cette lacune. Les jeunes gens y commencent leur formation professionnelle, bien que leur formation scolaire spéciale ne soit en fait pas terminée, et le complément d'instruction pratique indispensable leur est donné dans le cadre des mesures d'ordre professionnel.

Dans la plupart de ces cas, l'on ne peut encore déterminer avec certitude si, grâce à la formation professionnelle initiale, l'assuré sera mis en mesure de gagner le salaire minimum défini par la jurisprudence du TFA (50 ct. par heure). D'autre part, la durée de sa formation est nécessairement plus longue que celle qui a été fixée comme règle par la jurisprudence (3 à 6 mois). La réglementation provisoire prévoit par conséquent que dans les cas de sortie prématurée de l'école spéciale, les commissions AI peuvent, en l'état actuel des choses, octroyer des prestations sous forme de *mesures professionnelles de préparation* au sens de l'article 16, 2^e alinéa, lettre a, LAI, dans des *centres de formation professionnelle*. Ces prestations ne seront accordées à ce stade-là que jusqu'au moment où naîtra le droit à la rente parce que l'assuré aura atteint l'âge de 18 ans, à moins toutefois qu'on n'ait lieu de prévoir que l'assuré acquerra une capacité partielle de gain d'une certaine importance, justifiant l'octroi de la mesure professionnelle pour un temps plus long. En procédant ainsi, l'on évitera que les progrès obtenus jusqu'à la sortie de l'école spéciale ne soient compromis par l'existence de périodes lacuneuses dans la formation des assurés. Il en résultera des conditions optimales permettant, selon les cas, de leur assurer un minimum de possibilités de gain ou d'entreprendre et d'exécuter une véritable formation professionnelle. Cette réglementation applicable jusqu'à 18 ans sera dès lors aussi valable pour les cas où il est peu probable que l'assuré puisse un jour gagner le salaire de 50 centimes par heure exigé par la pratique du TFA.

S'il s'avère, lorsque l'assuré a atteint sa 18^e année, que la poursuite des mesures préprofessionnelles dispensées dans le centre de formation en question ne saurait plus améliorer sa capacité de gain ou si sa formation, à ce moment-là, est terminée, la commission AI ordonnera, en se fondant sur un rapport fourni par le centre de réadaptation, l'arrêt des prestations octroyées en vertu de l'article 16. Etant donné que la rente AI et les prestations pour la formation professionnelle initiale peuvent être cumulées, on veillera, dès le début du droit à la rente, à ce que des mesures d'ordre professionnel ne soient plus accordées que si elles se révèlent absolument indispensables pour la préparation à un travail auxiliaire ou à une activité en atelier protégé, c'est-à-dire pour une amélioration de la capacité de gain de l'assuré.

Dans les cas de ce genre, les règles suivantes sont applicables, à partir de l'âge de 18 ans, à l'octroi de mesures de formation professionnelle initiale:

Dans le cas de jeunes invalides qui ne pourront avoir ensuite qu'une occupation minimale dans un *atelier protégé*, avec un salaire proche de la limite inférieure fixée (au moins 50 ct/heure), une durée de 2 à 6 mois de formation professionnelle initiale au sens de l'article 16, 2^e alinéa, lettre a, LAI doit être considérée comme suffisante, autant que cette formation n'a pu être déjà achevée avant l'âge de 18 ans révolus.

Dans les cas où une formation plus longue permet d'espérer une réelle amélioration des possibilités de gain, on adressera à la commission AI une requête dûment motivée, tendant soit à la prise en charge des frais d'une formation s'étendant sur une période plus importante, soit — si de telles perspectives

accrues d'amélioration des chances de gain ne se dessinent qu'en cours de route — à une prolongation raisonnable de la période prévue à l'origine.

Si un assuré qui travaille dans un atelier protégé ou dans un centre d'occupation développe ses facultés de telle sorte qu'une réadaptation dans l'*économie libre* ou une activité en atelier protégé *plus qualifiée* soit réalisable, on pourra lui accorder des prestations selon l'article 16 LAI en vue d'une *poursuite* de sa formation professionnelle initiale. De telles mesures seront limitées dans le temps en fonction des circonstances de chaque cas.

S'il y a formation en vue d'un *travail auxiliaire dans l'économie libre*, la durée de la formation sera déterminée d'un cas à l'autre par l'office régional conjointement avec le centre de formation, et ceux-ci feront parvenir une requête à la commission AI.

En ce qui concerne d'autres problèmes touchant la délimitation entre formation scolaire et formation professionnelle initiale, on consultera la circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle. Quant aux critères déterminants pour la *reconnaissance d'écoles spéciales* dans l'AI, on se référera à l'ordonnance du Département de l'intérieur, du 11 septembre 1972, et à la circulaire de l'OFAS, valable dès le 1^{er} janvier 1973; toutes deux sont consacrées à ce sujet particulier.

b) Mesures en faveur des mineurs impotents

La contribution aux frais de soins pour mineurs impotents est accordée indépendamment du fait que l'enfant est placé ou non dans un établissement. Elle n'est cependant pas versée dans les cas où l'assuré subit, dans l'établissement, des mesures de réadaptation dont les frais sont remboursés. La contribution supplémentaire aux frais de pension (8 fr. par jour) n'est versée, pour un enfant placé dans un établissement, que si cet assuré a droit en même temps à la contribution aux frais de soins. Le montant de celle-ci est fixé d'après le degré de l'impotence (celle-ci pouvant être grave, moyenne ou légère); les trois montants actuellement valables sont 3 fr., 6 fr. 50 et 10 francs. Cette prestation est supprimée lorsque naît le droit à une rente AI ou à une allocation pour impotent. Pour plus de détails, on consultera notamment les directives concernant l'invalidité et l'impotence.

Les 25 ans de l'AVS: épilogue

Les 25 ans sont définitivement passés; on n'a pas gardé la «nostalgie de l'AVS», car aujourd'hui, d'autres problèmes se posent déjà. Pourtant, après la cérémonie officielle du 17 mai 1973, divers milieux, par exemple des caisses de compensation, ont aussi commémoré cet événement en publiant à cette occasion

des articles de circonstance. Parmi ceux-ci, nous avons choisi une brochure éditée par la caisse de compensation du canton de Zurich, dont nous avons tiré deux articles ¹: L'idée de compensation en général et le rapport entre les deux groupes de caisses de compensation en particulier.

1. Le système de compensation

Le système de compensation de l'AVS sur 3 niveaux

1^{er} niveau

540 000 employeurs

- retiennent les cotisations des salariés sur tout salaire et règlent avec la caisse de compensation compétente le compte des cotisations retenues et des cotisations d'employeur
- versent, dans certains cas, les rentes AVS à leurs anciens employés
- remettent — pour compenser — le solde à leur caisse de compensation



2^e niveau

104 caisses de compensation

(77 caisses de compensation professionnelles, 25 caisses de compensation cantonales et 2 caisses de compensation de la Confédération)

- perçoivent des cotisations
- servent des rentes
- règlent les comptes des cotisations perçues et des rentes servies avec la Centrale de compensation à Genève
- la *compensation* se fait par solde au débit ou au crédit des caisses



¹ Publiés ici en traduction française.

La Centrale de compensation, à Genève, surveille le règlement des comptes de l'AVS sur le plan fédéral.

Les soldes entre les cotisations et les rentes sont versés par les caisses au fonds de compensation ou bonifiés aux caisses par ce dernier.

2. Les deux groupes de caisses ¹

Vu les expériences faites pendant les années 1939 à 1945 en matière de régimes des allocations pour perte de salaire et de gain, on a maintenu tout d'abord, en créant l'AVS,

les caisses de compensation professionnelles.

En effet, selon le rapport de la Commission fédérale d'experts pour l'introduction de l'AVS, c'était le meilleur moyen d'établir la liaison avec les institutions professionnelles d'assurance-vieillesse et survivants, ainsi qu'avec d'autres institutions sociales (caisses d'allocations familiales, etc.). En outre, l'application des régimes d'allocations pour perte de salaire et de gain pourrait être confiée, à l'avenir, aux mêmes organismes que par le passé. Le cercle des assurés restant le même, on pourrait créer, pour tous ces buts sociaux, un système uniforme de décompte et de contrôle, d'où il résulterait une simplification administrative et une diminution des frais, tant pour les employeurs que pour les institutions sociales intéressées.

En 1945, c'est-à-dire sous le régime des allocations pour perte de salaire et de gain, les caisses de compensation professionnelles ne comptèrent que 50 000 membres; aujourd'hui, elles en ont 140 000 environ. Avec une cotisation moyenne de 15 714 francs par membre et par année (1971), les caisses professionnelles sont, dans l'AVS, en quelque sorte les « grossistes ».

Beaucoup de grands employeurs leur sont affiliés, et elles peuvent compter dans une très large mesure sur les travaux préparatoires qui se font consciencieusement dans les services du personnel et dans les bureaux de salaire de leurs membres. Les maisons affiliées tiennent parfois aussi les comptes individuels de leurs salariés et se chargent même, dans certains cas, de servir des rentes à leurs anciens employés. Mais pour pouvoir appliquer l'assurance également aux 400 000 personnes tenues de régler les comptes et les paiements, non affiliées à une association fondatrice, chaque canton est tenu, en vertu de l'article 61 LAVS, de créer une

caisse de compensation cantonale.

¹ Notons qu'il y a, en plus, deux caisses de compensation de la Confédération pour l'administration fédérale et les établissements fédéraux, ainsi qu'une caisse pour les assurés habitant à l'étranger.

Celle-ci a, entre autres tâches, l'obligation de veiller à l'affiliation de toutes les personnes tenues de payer des cotisations. A cet effet, elle tient un registre de tous les employeurs, de toutes les personnes de condition indépendante et de tous les non-actifs établis dans le canton.

Avec une cotisation moyenne annuelle de 2705 francs seulement par membre, les caisses cantonales de compensation sont donc principalement des « détaillants dans l'AVS ». Certes, la structure des membres se reflète aussi dans le compte des frais d'administration, car les caisses cantonales remplissent dans une large mesure la fonction de

caisses supplétives

pour les personnes tenues de payer des cotisations et de régler les comptes sans être membres d'une association, y compris les personnes que les associations ne veulent pas admettre comme membres. Or, vu les conditions d'affiliation aux caisses de compensation professionnelles fixées annuellement depuis 1948, les caisses cantonales n'ont donc pratiquement que des membres économiquement faibles, à l'exception de la plupart (mais non de tous) des établissements publics et de quelques grands employeurs de l'économie privée.

Afin d'assurer une application uniforme de l'AI sur le plan suisse, on a aussi confié d'office aux caisses cantonales de compensation le

secrétariat des commissions cantonales AI.

A propos de la création d'une Centrale suisse pour la pédagogie curative

La Centrale suisse pour la pédagogie curative, à Lucerne, fondée par l'Union suisse des instituts de formation en pédagogie curative, a été inaugurée le 17 novembre 1973. Cette institution se consacre à la formation et au perfectionnement de personnes qui pratiquent la pédagogie curative; en outre, elle s'est donné pour but, d'une manière générale, de développer la pédagogie curative en Suisse et d'encourager la recherche en ce domaine. Ses attributions comprennent:

- la documentation et l'information
- l'analyse et la planification
- la coordination et la coopération
- les expertises et les conseils concernant la pédagogie curative.

Lors de l'inauguration, un discours a été prononcé par M. E. Kobi, privat-docent, chargé de cours à l'Institut de pédagogie spéciale et de psychologie de l'Université de Bâle. Voici quelques extraits de son exposé.

Les objets et les tâches de la pédagogie curative

Terminologie

Le concept de « pédagogie curative » fut créé il y a environ 100 ans ¹; il reflète l'optimisme d'alors qui pensait que des mesures médico-éducatives pourraient guérir les handicaps, et particulièrement la déficience mentale.

Malgré la vanité de ces espoirs (on ne peut jamais, et pour aucun handicap, attendre d'une mesure pédagogique une guérison au sens de « rendre la santé »), le terme de « pédagogie curative » (Heilpädagogik) fut conservé, en Suisse et en Autriche spécialement. On trouve aussi les dénominations suivantes: pédagogie spéciale, pédagogie des handicapés (Behindertenpädagogik en RFA), réadaptation (Rehabilitationpädagogik en RDA), déféctologie (dans les pays de l'Est), éducation spécialisée (special education dans les pays anglophones).

Objets

La pédagogie curative, domaine particulier de la pédagogie générale ou science de l'éducation, intervient à un niveau théorique et scientifique dans toutes les situations où l'éducation est perturbée, menacée ou rendue difficile ²; l'éducation spécialisée, elle, traite des mêmes problèmes, mais à un niveau pratique.

La difficulté peut résider dans l'enfant lorsque celui-ci est atteint dans son intégrité physique et/ou psychique au point que ses possibilités de développement et de formation se trouvent limitées.

Cette situation se réalise dans les cas suivants:

- Déficience mentale de toutes sortes et de tous niveaux (retardés scolaires, débiles, éducatibles sur le plan pratique, grabataires).
- Déficience physique (malformations graves, carences motrices).
- Maladies chroniques ou de longue durée (épilepsie, asthme, diabète, par exemple).
- Déficience sensorielle (amblyopes et aveugles, sourds et durs d'oreille).
- Troubles du langage et de la parole (bédouilleurs, bégayeurs, par exemple).
- Perturbations du développement (retard ou précocité généralisés ou partiels).
- Troubles instrumentaux spécifiques (dyslexie, dysorthographe, faiblesse d'attention, etc.).
- Troubles du comportement (dont les atteintes peuvent porter sur la sphère personnelle, sociale ou intellectuelle).

¹ Georgens J., Dienhardt H.:

Die Heilpädagogik mit besonderer Berücksichtigung der Idiotie und der Idiotenanstalten (Leipzig, 1861/1863).

² Kobi E. E.:

Heilpädagogik im Abriss (Liestal, 1973).

Les difficultés éducatives peuvent d'autre part venir du milieu éducatif (ou même de la société) dont les conditions et les capacités sont insuffisantes. Ainsi, un enfant dont les possibilités naturelles de développement sont intactes peut aussi avoir besoin d'une éducation spécialisée. C'est le cas par exemple lorsqu'un enfant est gravement négligé, abandonné, maltraité ou victime de graves erreurs éducatives.

But et tâche

Le but des efforts de la pédagogie curative est d'une part de stimuler chez l'enfant handicapé les possibilités de développement qui sont encore intactes, ceci par un traitement adapté à ses besoins, de favoriser son intégration sociale et de lui garantir un épanouissement personnel optimal.

D'autre part, la pédagogie curative se doit d'apporter un soutien direct aux parents aux prises avec des problèmes éducatifs et de développer leurs aptitudes pédagogiques pour qu'ils puissent assumer leur part dans la solution de ces problèmes. Enfin, elle doit agir sur la société pour que celle-ci ouvre des voies d'intégration adaptées aux besoins des handicapés. Dans ce sens, la pédagogie curative et l'éducation spécialisée essayent de défendre les intérêts des handicapés face à la majorité des gens sains.

Le but de la pédagogie curative ne peut être une vraie guérison (par la suppression des causes de la perturbation) que dans un nombre relativement restreint de handicaps; bien plus fréquents sont les cas où il faut compter avec la persistance de séquelles. Pourtant, un traitement précoce par des mesures éducatives ou une scolarisation spéciale doivent être à même de préserver l'enfant de troubles secondaires d'origine exogène et sociale; la prise en charge doit alors être suffisamment précoce pour éviter une évolution vers « l'incurabilité ».

Moyens d'action et institutions

Les moyens dont dispose la pédagogie curative pour atteindre ses buts sont:

- Les formes de stimulation, d'éducation ou d'enseignement spécifiques pour chaque handicap, par exemple à but compensatoire;
- Le conseil et le soutien des parents;
- L'information auprès du grand public sur les problèmes des handicapés.

Comme institutions de pédagogie curative, on peut entre autres énumérer:

- Les classes et les écoles spéciales, les homes, les internats et les foyers, les services de prévention et les jardins d'enfants spécialisés, les services de consultation, les offices de réadaptation.

Les problèmes éducatifs sont-ils en augmentation ?

On connaît bien ce défaut de nombreux pédagogues qui se plaignent des méfaits de notre époque et qui ne cessent de jeter le discrédit sur la jeune génération. Si nous devons nous garder de nous laisser aller à rêver au « bon vieux temps », il faut pourtant constater que certaines formes de handicaps

s'étendent. Il est d'ailleurs fort difficile d'en isoler les facteurs et de les définir exactement. Il faut se garder d'établir des relations causales simplistes. Deux phénomènes pourtant peuvent être mentionnés parmi la multitude des problèmes de notre époque:

- La migration importante qui pose des problèmes éducatifs et socio-psychologiques difficiles chez les enfants des travailleurs étrangers;
- Les progrès de la médecine moderne qui rendent possible la survie d'enfants handicapés de plus en plus nombreux, sans pourtant pouvoir leur assurer une guérison (mortalité réduite — morbidité accrue).

En revanche, il y a assurément aussi des troubles qui sont en régression importante chez les enfants d'aujourd'hui (cécité, surdité, crétinisme, séquelles de polio, etc.).

EN BREF

Fédéralisme et institutions sociales

La Fondation pour la collaboration confédérale, à Soleure, a examiné le fédéralisme suisse en dix consultations publiques, depuis septembre 1972 jusqu'en avril 1973. Le résultat de ces travaux a été publié l'année dernière en

un volume¹. Ces interrogatoires ont touché les thèmes généraux suivants: Politique financière, instruction et culture, puis enfin santé, vieillesse et institutions sociales.

Lors de la troisième consultation, dix-huit personnes répondirent aux questions de quatre interrogateurs. M. Dieter Hanhart, alors directeur de l'Ecole de service social de Zurich, a dû s'exprimer sur le problème suivant: « Comment jugez-vous la situation actuelle de la coordination et de la planification dans le domaine des affaires sociales? Quelles seraient, à votre avis, les mesures à prendre, touchant spécialement les rapports entre Confédération, cantons et communes? » Quant aux deux questions posées à M. Karl Häuptli, gérant de la caisse de compensation du canton d'Argovie, elles étaient les suivantes: « La situation actuelle, dans le domaine de l'AVS, est-elle satisfaisante en ce qui concerne la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons? Existe-t-il en Suisse, dans le domaine des œuvres en faveur de la vieillesse, des problèmes nécessitant une coordination intercantonale ou un réexamen de la répartition des tâches entre Confédération, cantons et communes? »

D'autres orateurs (pourquoi n'y avait-il pas de dames parmi eux?) parlèrent de l'évolution des frais de l'hygiène publique, de la planification des hôpitaux,

¹ Voir « Bibliographie » dans le présent numéro.

des problèmes de personnel dans le domaine des soins médicaux, de la revision de l'assurance-maladie, du contrôle des médicaments et de la coordination dans la médecine sociale et préventive.

Dans la plupart des réponses, on évoqua la collaboration — jugée souvent insuffisante — aux divers échelons, les suggestions faites pour y remédier et le financement des institutions sociales par la Confédération et les cantons. Ceux qui s'occupent d'affaires sociales et de sécurité sociale ne savent que trop combien le problème de la coordination a pris de l'importance avec le temps. Toutefois, ils savent aussi que cette coordination n'a rien de spectaculaire, mais qu'elle résulte d'un effort constant et d'une multitude de progrès apparemment minimes. Compte tenu de ce fait, on doit reconnaître qu'en matière de sécurité sociale, du moins, la situation s'est bien améliorée. Cependant, ici aussi, le mieux est l'ennemi du bien; ce mieux, les assurances sociales s'efforcent de le réaliser, même dans des circonstances parfois difficiles.

Comme on le sait, la question de la répartition des frais — notamment dans l'AVS — entre pouvoirs publics est controversée. Citons à ce propos l'opinion de M. Hunziker, conseiller d'Etat argovien, directeur de l'hygiène publique et président de la Conférence des directeurs cantonaux de l'hygiène. Ce magistrat a exprimé le regret que les Chambres fédérales, lors des délibérations sur la huitième revision de l'AVS, n'aient pas examiné une nouvelle répartition des charges; il a ajouté (p. 343 des procès-verbaux): « L'occasion aurait pourtant été bonne, d'autant plus que l'on parle, actuellement, de reviser la LAMA. On aurait pu se demander si l'AVS et l'AI peuvent être mises entièrement à la charge de la Confédération, tandis que l'assurance-maladie aurait été supportée uniquement par les cantons... »

Il coulera encore beaucoup d'eau sous les ponts jusqu'à ce qu'un tel système — ou une autre transformation fondamentale dans la répartition des charges — se réalise !

Que sont
les PC ?

En attendant la revision de l'AVS au 1^{er} janvier 1975, c'est la question du versement d'une double rente en 1974 qui a particulièrement attiré l'attention. De nombreuses

lettres de lecteurs, adressées à des quotidiens, ont déploré que le Conseil fédéral ait renoncé à proposer une telle allocation. L'auteur de la lettre dont nous publions ici un extrait ne se borne pas à exprimer des regrets; il soulève, dans sa dernière phrase, un autre problème: « A G. F., à M.: Nous autres personnes âgées, nous comprenons fort bien que vous vous tiriez d'affaire sans la 13^e rente avec votre rente habituelle de 733 francs. Cependant, mettez-vous donc à la place des vieux rentiers qui doivent se contenter d'une rente de 400 francs ou encore moins, sans disposer d'autres revenus; des modestes qui refusent néanmoins de demander une rente supplémentaire. »

Que faut-il penser de ce refus qui se manifeste ici et là, sous une forme ou sous une autre ? Il nous rappelle combien il est difficile d'enlever à nos aînés cette crainte et cette méfiance à l'égard des PC. Aussi devons-nous souligner ici, une fois de plus, que ces prestations ne relèvent pas de l'assistance,

mais qu'elles appartiennent au système AVS comme l'amour appartient au printemps. Autrement dit, en termes plus prosaïques, il s'agit de prestations immanentes à l'AVS, dont nul bénéficiaire, vieillard, survivant ou invalide, ne doit avoir honte, puisqu'il y a droit à certaines conditions et que ce droit peut donner lieu à une action en justice. Cependant, l'examen de ce droit incombe à des fonctionnaires, dont le rôle et l'attitude sont — rappelons-le — très importants. Ces agents, qui ont à instruire les demandes, doivent évidemment traiter les requérants avec courtoisie et non d'une manière hautaine. Ce « détail » est-il toujours au point ? De mauvais exemples font plus de tort à une cause que les bons exemples ne lui profitent. Cet aspect psychologique mérite par conséquent d'être pris en considération.

BIBLIOGRAPHIE

Pierre Blanc: *Droits des assurés italiens et procédure administrative dans l'AI fédérale*. Thèse droit Lausanne, 1972, 180 pages.

A.-M. Philipoff et M. Miserez: *Etude des besoins du 3^e âge dans le Jura Nord*. 40 pages. Publiée par le Centre d'action sociale de Pro Senectute Jura Nord, avenue de la Gare 49, 2800 Delémont.

Christian-Heinrich Schaeppi: *Der Anspruch auf Kinderzulagen unter besonderer Berücksichtigung der sanktgallischen Gesetzgebung*. Thèse droit Berne. 424 pages. Editions Hans Schellenberger, Winterthour, 1974.

Gérard Veldkamp: *Pour une plus grande cohérence de la sécurité sociale*. (De la nécessité de simplifier et de coordonner les systèmes de sécurité sociale sur le plan international.) *Revue internationale du travail*, vol. 108, N° 5, novembre 1973, pages 381-394. Genève.

Le fédéralisme réexaminé. Procès-verbaux de dix consultations publiques sur l'état du fédéralisme suisse dans les domaines de la politique financière, de l'éducation, de la culture, de l'hygiène publique, des problèmes de la vieillesse et des institutions sociales. 398 pages. Publié par la Fondation pour la collaboration confédérale, à Soleure. Editions Benziger, Zurich 1973. Cf. l'article publié sous « En bref », page 116.

INTERVENTIONS PARLEMENTAIRES

AVS

Postulat Schütz
du 26 novembre 1973

Le 4 mars 1974, M. Schütz, conseiller national, a retiré son postulat concernant le versement d'une 13^e rente mensuelle (RCC 1974, p. 28), la commission du Conseil national ayant décidé (cf. p. 97) de présenter une proposition dans le même sens.

Petite question
Muret
du 13 décembre 1973

Le Conseil fédéral a donné la réponse suivante, le 6 février 1974, à la petite question Muret (RCC 1974, p. 28):

« Etant donné la hausse accélérée de l'indice des prix à la consommation en 1973, le Conseil fédéral a fait examiner par la Commission fédérale de l'AVS/AI, déjà au cours de l'automne, l'état des rentes en relation avec les prix. Le niveau de 8 pour cent prévu par l'article 43 ter LAVS a été atteint en octobre 1973, époque à laquelle l'indice était de 143,1 points. Cependant, la commission, compte tenu de la hausse des rentes survenue le 1^{er} janvier 1973 et de la nouvelle augmentation importante prévue pour le 1^{er} janvier 1975, a proposé, pour 1974, non pas une adaptation générale des rentes, mais l'octroi d'un supplément aux bénéficiaires de PC à l'AVS/AI. Le Conseil fédéral a repris cette proposition dans son message du 21 novembre 1973 à l'Assemblée fédérale et l'a motivée d'une manière détaillée. Selon le droit actuellement en vigueur, il n'a pas la compétence d'ordonner lui-même une adaptation des PC ou des rentes AVS et AI. »

Postulat Dafflon
du 28 janvier 1974

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

« L'article 43 ter LAVS dispose que tous les trois ans ou à chaque hausse de 8 pour cent, par rapport à la situation initiale, de l'indice national des prix à la consommation, le Conseil fédéral fera examiner l'équilibre financier de l'assurance ainsi que l'état des rentes en relation avec les prix; au besoin, il proposera une modification de la loi en vue de maintenir le pouvoir d'achat des rentes.

L'indice national des prix à la consommation enregistre une hausse de près de 12 pour cent par rapport au 1^{er} janvier 1973, date d'entrée en vigueur de la huitième révision AVS, dépassant de la moitié la norme indiquée par l'article 43 ter.

D'autre part, le Fonds de compensation de l'AVS/AI totalisait, à fin 1972, un capital de 10 milliards 34 millions.

En conséquence, les directives impératives de la loi étant remplies, le Conseil fédéral est invité à appliquer la loi et prié de déposer, dans les délais les plus rapides, une proposition d'adaptation des rentes AVS/AI, ainsi que des PC, proposition qui tiendra compte non seulement du renchérissement 1973, mais du renchérissement prévisible pour 1974. Il prévoira l'entrée en vigueur de ces mesures avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 1974. »

Il y a 3 cosignataires.

Petite question
Mugny
du 31 janvier 1974

M. Mugny, conseiller national, a présenté la petite question suivante:

« Selon la circulaire de l'OFAS du 1^{er} octobre 1970, et sauf quelques rares exceptions, les dossiers et les pièces comptables doivent être conservés indéfiniment. Cela pose un problème de stockage.

Pour l'agence AVS de Lausanne, par exemple, les archives actuelles occupent l'abri de protection civile d'un collège, plus une cave dans son bâtiment administratif. Au prix actuel des loyers, cela représente une lourde charge pour les caisses AVS. Ajoutons encore que la masse des archives à conserver va toujours en augmentant.

La circulaire précitée prévoit bien, au chiffre 19, que certaines pièces peuvent être remplacées par des microfilms, mais seulement après 10 ans.

N'est-il pas possible d'alléger les prescriptions de ladite circulaire afin d'éviter que nous soyons envahis par des tonnes de papier ? »

PC

Postulat
Meier Kaspar
du 28 janvier 1974

M. Meier Kaspar, conseiller national, a présenté le postulat suivant:

« Il arrive toujours que des caisses de compensation de divers cantons ne s'entendent pas lorsqu'il s'agit de déterminer quelle est, dans un cas précis, la caisse compétente pour verser les PC à l'AVS et à l'AI. Cette controverse juridique a parfois pour effet qu'un rentier doit attendre plusieurs années jusqu'à ce que sa demande de PC soit examinée. Il est contraint de renoncer, bon gré mal gré, à ces prestations dont il a souvent un urgent besoin, jusqu'à ce que le litige soit réglé.

Le Conseil fédéral est par conséquent invité à soumettre aux conseils législatifs la modification suivante de la loi fédérale du 19 mars 1965 sur les PC à l'AVS/AI (LPC):

Art. 11. Conflit de compétence

Si le domicile déterminant est litigieux et n'est pas établi par un jugement passé en force, le canton auquel l'assuré s'est adressé en premier lieu doit fixer provisoirement le montant des PC et les verser à titre d'avance. »

Il y a 22 cosignataires.

Répartition des fruits de la prospérité

Postulat Mugny du
31 janvier 1974

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

« La Suisse vit depuis quinze ans une période de prospérité continue.

Cependant, cette prospérité ne va pas sans inconvénient, et le renchérissement est l'un de ces inconvénients.

Plus l'indice des prix monte, plus la lutte pour la répartition de la prospérité devient sévère entre les catégories sociales.

Afin de permettre un débat objectif sur la répartition du produit social entre les différentes catégories sociales, le Conseil fédéral est invité à faire procéder à des recherches approfondies sur l'évolution pendant ces quinze dernières années de la part du produit social revenant aux travailleurs. Et si besoin est, de faire des propositions sur les corrections qui s'avéreraient nécessaires dans la procédure de répartition pour que toutes les catégories sociales du pays bénéficient également de la prospérité. »

Il y a 15 cosignataires. Ce postulat est examiné par le Département fédéral de l'économie publique.

INFORMATIONS

Titres de transport à prix réduit pour invalides

Depuis le 1^{er} mars 1973, les Entreprises suisses de transport délivrent aux invalides, c'est-à-dire aux handicapés touchant une rente de l'AI fédérale, des abonnements à prix réduit qui donnent droit à l'achat de demi-billets. L'OFAS a précisé, dans sa circulaire du 1^{er} février 1973, quelles sont les personnes ayant droit à cette faveur. Ce document indique que le bénéficiaire doit être lui-même invalide; il ne suffit pas, par exemple, qu'il ait droit à une part d'une rente d'invalidité pour couple. Ainsi, une femme non invalide, âgée de moins de 62 ans, dont l'époux invalide touche une rente complémentaire (art. 34 LAI) ou une rente pour couple (art. 33 LAI), n'a pas droit à l'abonnement à prix réduit. Lorsqu'elle a atteint l'âge de 62 ans, elle peut demander en revanche un abonnement pour personnes âgées. A cet égard, il semble qu'il y ait parfois des malentendus, que le présent communiqué vise à dissiper.

**Allocations familiales
dans le canton
de Genève**

Le 30 janvier 1974, le Conseil d'Etat a décidé de réduire de 1,7 à 1,5 pour cent des salaires le taux de la contribution payée par les employeurs affiliés à la Caisse cantonale de compensation pour allocations familiales. Cette décision a pris effet le 1^{er} janvier 1974.

**Nouvelles
personnelles**

**Caisse de
compensation
COOP**

Fritz Dettwiler, Bâle, a quitté la gérance de la caisse de compensation COOP. Il a dirigé celle-ci dès les origines, c'est-à-dire dès sa création en 1948 lors de l'introduction de l'AVS. Le zèle dont il a fait preuve, et sa compétence notamment dans les questions d'organisation, lui ont valu d'être nommé dans plusieurs commissions spéciales de l'OFAS. Le comité de direction a désigné son successeur en la personne de *Guido Kunz*, licencié en sciences politiques.

**Commission AI
Schaffhouse**

Hermann Lieb, Dr en médecine, qui a présidé la commission AI du canton de Schaffhouse depuis la création de l'AI, a démissionné. L'OFAS et la rédaction de la RCC lui souhaitent une heureuse retraite. Le successeur de M. Lieb a été nommé par le Conseil d'Etat; il s'agit de *Franz Tschui*, ancien gérant de la caisse cantonale de compensation.

**Répertoire d'adresses
AVS/AI/APG
Rectification**

Page 27, commission AI Zoug:
Le numéro de téléphone est (042) 21 16 66.

JURISPRUDENCE

Assurance-vieillesse et survivants

COTISATIONS

Arrêt du TFA, du 26 septembre 1973, en la cause F. L.

Articles 9, 2^e alinéa, lettre c, LAVS et 18, 2^e alinéa, RAVS. Non seulement le « goodwill » constitué par le commerçant dans sa propre affaire, mais aussi celui qui a été acquis à titre onéreux ne sont pas des éléments du capital propre engagé dans l'exploitation. (Confirmation de la jurisprudence.) Article 9, 2^e alinéa, lettre b, LAVS. Il est cependant possible d'amortir le « goodwill » acquis à titre onéreux.

Articolo 9, capoverso 2, lettera e, della LAVS; articolo 18, capoverso 2, dell'OAVS. Non è soltanto il valore dei beni immateriali (goodwill) creato dal commerciante nella sua impresa, ma è anche quello acquistato a titolo oneroso, che non forma un elemento del capitale proprio investito nell'azienda. (Conferma della giurisprudenza.)

Articolo 9, capoverso 2, lettera b, della LAVS. È, tuttavia, possibile ammortizzare detto valore acquistato a titolo oneroso.

F. L. a acquis une entreprise pour 2 100 000 francs, somme qui était répartie en deux parts de 1 123 000 francs (valeur des marchandises) et 977 000 francs (mobilier et agencement). L'autorité de l'IDN considéra que la moitié de la somme affectée au mobilier et à l'agencement, soit 488 500 francs, avait été payée en réalité pour le « goodwill ». Se fondant sur la communication de cette autorité, la caisse de compensation ne tint pas compte du montant admis pour ce « goodwill » en tant que capital propre investi dans l'exploitation. F. L. ayant recouru, l'autorité de recours le débouta. De même, le TFA rejeta son recours de droit administratif. Voici les considérants de ce tribunal:

1. Pour évaluer une entreprise, il ne suffit pas d'additionner la valeur des biens matériels (marchandises, machines, espèces, créances, etc.) qui lui appartiennent. Il faut aussi, très souvent, tenir compte de biens immatériels, tels que raison de commerce, réputation, clientèle, relations d'affaires, fournisseurs, méthodes de travail. Il faut peut-être aussi prendre en considération le fait même d'exister, d'être organisé et de fonctionner depuis un certain temps. Ces biens immatériels, qu'on désigne

communément du terme anglais de « goodwill », résultent de l'activité lucrative du chef d'entreprise, à l'instar de l'accroissement de la valeur des biens matériels. Ils sont réalisables lors de la vente de l'entreprise; il s'agit alors de savoir s'ils constituent un revenu sur lequel sont dues les cotisations AVS/AI/APG, c'est-à-dire s'ils font partie du revenu provenant de l'exercice d'une activité dépendante ou indépendante (art. 4 LAVS), et si, s'agissant de l'acquéreur, ils représentent des éléments du capital propre engagé dans l'exploitation dont l'intérêt peut être déduit du revenu de l'activité indépendante (art. 9, 2^e al., lettre e, LAVS). Le TFA a estimé que le prix d'un « goodwill » payable par acomptes après remise d'un commerce est soumis à cotisations personnelles, lesquelles sont exigibles en une fois sur la valeur totale du « goodwill », sans aucune déduction (ATF 96 V 58 = RCC 1971, p. 250). En revanche, il a constaté il y a longtemps déjà que, le capital propre investi dans l'entreprise devant être évalué d'après les normes de la législation en matière d'IDN (art. 18, 2^e al., RAVS), le « goodwill » ne constitue pas un élément de ce capital: en matière d'IDN en effet, le « goodwill » n'est pas compté dans la fortune (ATFA 1951, p. 246 = RCC 1952, p. 42), à la différence d'autres biens immatériels tels que les brevets d'invention par exemple (RCC 1959, p. 300).

2. La question qui se pose est dès lors de savoir s'il faut continuer à considérer que le « goodwill » représente un élément du revenu soumis à cotisations, s'agissant du vendeur d'une entreprise, mais que le prix payé par l'acquéreur ne peut être retenu pour déterminer le capital propre investi dans l'exploitation, d'une part, et, d'autre part, s'il faut toujours traiter différemment, du point de vue des cotisations AVS/AI/APG, certains biens immatériels composant l'actif d'une entreprise acquise à titre onéreux.

Les solutions rappelées ci-dessus ne sont certes pas très satisfaisantes, sur le plan de la logique, à première vue du moins. La Cour de céans ne voit cependant aucun motif de s'en écarter, s'agissant en tout cas de celle qui concerne le capital propre investi dans l'entreprise. Car cette dernière découle de règles légales claires qu'il n'appartient pas au juge de corriger. La norme de l'article 18, 2^e alinéa, RAVS prescrivant l'évaluation du capital propre engagé dans l'exploitation suivant les dispositions de la législation fédérale sur l'IDN n'est guère critiquable, au regard de l'article 9, 2^e alinéa, lettre e, LAVS: le Conseil fédéral n'a certes pas outrepassé les limites de sa compétence en édictant l'article 18, 2^e alinéa, RAVS dans sa teneur actuelle (cf. RCC 1958, p. 350, consid. 4). Force est dès lors de s'en tenir, pour l'évaluation du capital propre investi dans l'entreprise, aux règles valables en matière d'IDN, avec les avantages et les inconvénients qu'elles présentent.

Au demeurant, la jurisprudence rappelée ci-dessus a le mérite d'éviter une inégalité de traitement entre le commerçant qui constitue un « goodwill » originaire dans sa propre affaire (« goodwill » latent), lequel n'est pas un actif devant figurer au bilan, selon la doctrine actuelle du droit fiscal (Känzig, « Die Eidgenössische Wehrsteuer », 1962, 4^e vol., p. 354, N° 75; Masshardt, « Kommentar zur eidgenössischen Wehrsteuer 1971-1982 », p. 141, N° 22, et p. 161, N° 4), d'une part, et, d'autre part, le commerçant qui, reprenant une affaire, acquiert le « goodwill » à titre onéreux. Elle consacre une solution plus simple et plus juste que celle consistant à prendre en considération le « goodwill » dans tous les cas, qu'il ait été payé ou qu'il soit latent: s'agissant de l'estimation du « goodwill » originaire, on se heurterait à des difficultés d'application telles qu'on en arriverait sans doute à des évaluations souvent arbitraires.

L'estimation de la fortune commerciale suivant les normes valables en matière d'IDN est en outre apte à garantir une uniformité dans la communication, par les différentes autorités fiscales cantonales, du capital propre engagé dans l'entreprise.

Comme le relève l'OFAS dans son préavis, ce serait du reste pour ce motif que l'article 18, 2^e alinéa, RAVS n'a pas été modifié, même après la suppression de l'impôt fédéral complémentaire sur la fortune.

Enfin, la possibilité d'amortir le « goodwill » acquis à titre onéreux, admis par la pratique fiscale (cf. aussi RCC 1952, p. 359), constitue bien un certain correctif au système consacré par la loi et la jurisprudence. Que l'assuré n'ait jusqu'ici peut-être pas encore procédé à un tel amortissement ne change rien à l'affaire, cette possibilité lui restant réservée pour l'avenir.

Dans ces conditions, force est de constater aussi que la différence de traitement du « goodwill », d'une part, et d'autres biens immatériels, d'autre part, a une justification et n'est pas arbitraire.

3. ...

Assurance-invalidité

CONDITIONS D'ASSURANCE DONNANT DROIT AUX PRESTATIONS

Arrêt du TFA, du 14 février 1973, en la cause G. S. (traduction de l'allemand).

Article 6 LAI; article 8, lettre b, de la Convention italo-suisse relative à la sécurité sociale. Réalisation de la clause d'assurance par l'exercice d'une activité lucrative en Suisse. Il y a lieu de ratifier, comme reflétant l'intention des parties contractantes, la pratique administrative selon laquelle des ouvriers et employés saisonniers italiens qui tombent malades ou qui subissent un accident en Suisse sont encore réputés assurés, pendant leur maladie et leur convalescence, pour 360 jours au plus depuis le début de la maladie ou depuis l'accident, autant qu'ils résident, pendant ce temps, de manière ininterrompue en Suisse avec l'autorisation de la police des étrangers.

Articolo 6 della LAI; articolo 8, lettera b, della Convenzione tra la Confederazione svizzera e la Repubblica italiana relativa alla sicurezza sociale. Adempimento della clausola assicurativa per mezzo dell'esercizio di un'attività lucrativa in Svizzera. Corrisponde alla volontà comune delle parti contraenti, e perciò non deve essere contestata, la prassi amministrativa secondo cui, i lavoratori e gli impiegati stagionali di nazionalità italiana, che si ammalano, o subiscono un infortunio, in Svizzera, continuano ad essere ritenuti assicurati durante la malattia e la convalescenza di 360 giorni, al massimo, contando dal giorno d'inizio della malattia, o dell'infortunio, sempre che le dette persone, durante il periodo di tempo suddetto, restino, senza nessuna interruzione, in Svizzera, con un permesso rilasciato dalla polizia degli stranieri.

G. S., ressortissant italien, né en 1911, a été ouvrier saisonnier en Suisse en 1956 et 1957, puis de 1962 à 1967. En juin 1965, il fut victime d'un accident sur un chantier et dut arrêter son activité pendant quelques jours. Il ne put travailler du 18 juillet

au 26 novembre 1966 à cause de douleurs dorsales, et rentra ensuite, apparemment guéri, en Italie. Il a repris son activité en Suisse le 17 avril 1967. Du 29 mai au 15 décembre 1967, il a présenté une incapacité de travail variable: elle fut de 100 pour cent du 29 mai au 26 juin, de 50 pour cent du 27 juin au 7 août, de 100 pour cent du 8 au 19 août, de 50 pour cent du 21 août au 13 octobre et ensuite de 100 pour cent. Son employeur ne renouvela plus l'autorisation de travail pour 1968, étant donné que G. S. ne pouvait plus faire de travaux pénibles. L'assuré, avec l'autorisation de la police des étrangers, demeura néanmoins en Suisse pour continuer de se soigner. Il rentra définitivement en Italie à la fin de l'année 1969.

G. S. souffre d'une lombalgie récidivante avec spondylose, arthrose et discopathie des vertèbres lombaires et cervicales. Les 18 juillet 1967 et 10 juillet 1968, il a demandé une rente de l'AI suisse. Par décision du 17 août 1970, la caisse de compensation, se fondant sur un degré d'invalidité de 50 pour cent, lui accorda une demi-rente simple d'invalidité avec effet au 1^{er} mai 1968.

G. S. a recouru en produisant un certificat médical établi le 14 septembre 1970 par le Dr A., selon lequel l'assuré présentait une invalidité de 70 pour cent; il conclut à l'octroi d'une rente entière. La commission de recours a rejeté le recours par jugement du 2 décembre 1971 et nié tout droit à une rente AI, étant donné que le recourant n'était plus assuré au moment où l'événement était survenu, soit le 1^{er} mai 1968 (2^e variante de l'art. 29, 1^{er} al., LAI). G. S. n'avait pas eu de domicile en Suisse et n'y exerçait pas d'activité lucrative; au surplus, il n'était pas affilié à l'assurance italienne. Les instructions de l'OFAS, selon RCC 1965, pages 296 et suivantes, étaient dénuées de tout fondement juridique.

G. S. a interjeté recours de droit administratif. Il conclut à l'annulation du jugement de l'autorité de recours et de la décision attaquée et demande une rente entière simple d'invalidité avec rentes complémentaires dès le 1^{er} mai 1968, éventuellement dès le 1^{er} octobre 1967. Il conclut, à titre éventuel au renvoi de la cause à l'autorité de recours, afin qu'elle statue sur la demande d'octroi de rentes d'invalidité entières.

La caisse de compensation propose d'admettre ce recours en ce sens que G. S. touche une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 1968. L'OFAS, lui, conclut au rejet du recours; éventuellement, au cas où un degré d'invalidité de 50 pour cent au moins serait reconnu, on pourrait admettre partiellement le recours et rétablir la décision du 17 août 1970 en annulant le jugement de première instance.

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

1. Aux termes de l'article 2 de la convention italo-suisse relative à la sécurité sociale, du 14 décembre 1962, les ressortissants suisses et italiens jouissent, par principe, de l'égalité de traitement quant à leurs droits et obligations. Par conséquent, le recourant a droit à une rente ordinaire de l'AI à condition qu'il soit assuré et tant qu'il l'est (art. 6, 1^{er} al., LAI), et s'il compte, lors de la survenance de l'invalidité, une année entière au moins de cotisations (art. 36, 1^{er} al., LAI). Il remplit la condition d'assuré s'il a un domicile civil en Suisse ou s'il y exerce une activité lucrative, selon l'article 1^{er} LAI en corrélation avec l'article 1^{er}, 1^{er} alinéa, LAVS. Le N° 3 du protocole final faisant partie de la convention exclut l'assurance facultative. Par contre, l'article 8, lettre b, de la convention prescrit: « En ce qui concerne le droit à la rente ordinaire d'invalidité, les ressortissants italiens qui sont affiliés aux assurances italiennes ou qui ont déjà bénéficié d'une pareille rente avant de quitter la Suisse sont assimilés aux personnes assurées selon la législation suisse. »

2. ... Ainsi que les juges de première instance l'ont exposé, c'est la deuxième variante de l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI qui est applicable en l'espèce. Etant donné que le recourant ne présente une incapacité de travail de la moitié au moins, sans interruption, que depuis le 29 mai 1967, l'événement assuré n'est survenu qu'en mai 1968 au plus tôt.

3. Comme il est constant que G. S. n'était assuré en Italie que jusqu'en 1962, il faut d'abord examiner s'il était affilié à l'AI suisse à l'époque déterminante. Cela serait le cas s'il avait eu à l'époque son domicile civil en Suisse ou s'il y avait exercé une activité lucrative.

a. Le recourant croit — à tort du reste — que son séjour en Suisse pourrait être considéré comme domicile au sens des articles 23 et suivants CCS. Selon la jurisprudence du TFA, le travailleur étranger qui exerce en Suisse une activité lucrative seulement sur la base d'une autorisation saisonnière n'est, en règle générale, pas réputé résider dans ce pays avec l'intention de s'y établir définitivement (ATFA 1966, p. 58, avec les références; RCC 1966, p. 300). Il n'y a pas d'exception à cette règle. Ceci vaut avant tout pour l'époque pendant laquelle le recourant travaillait comme saisonnier en Suisse. Il n'a pas davantage fondé un domicile dans ce pays quand, après l'expiration de la dernière autorisation saisonnière, il est resté à X, en Suisse, avec une autorisation de la police des étrangers. En effet, il a séjourné dans cette ville non pas avec l'intention de s'y établir, mais bien pour s'y faire soigner et toucher une indemnité journalière de la caisse-maladie.

b. Il faut donc examiner si l'appartenance à l'assurance suisse était fondée sur une activité lucrative. Cette condition doit être remplie lors de la survenance de l'événement assuré. Bien que le recourant n'ait plus travaillé le 1^{er} mai 1968, la caisse de compensation le considérait comme assuré. A cet égard, elle se fonda sur une pratique administrative qui semble étendre la notion d'activité lucrative. A ce propos, la RCC (1965, pp. 296 ss) expose ceci:

« Pour prétendre une rente ordinaire de l'AI, les ressortissants italiens doivent remplir les conditions générales d'assurance conformément à l'article 6, 1^{er} alinéa, LAI. Ceux d'entre eux qui ont leur domicile civil en Suisse sont automatiquement assurés. Il en est de même pour ceux qui exerçaient une activité lucrative en Suisse et qui y sont tombés malades ou y ont subi un accident; en pareil cas, il y a lieu d'admettre l'existence d'un rapport d'assurance au sens de l'article 6, 1^{er} alinéa, LAI durant une maladie dont la durée n'excède pas 360 jours. Il en résulte que ces Italiens peuvent également prétendre une rente en raison d'une maladie de longue durée. Il serait en effet difficilement conciliable avec le but et le sens de la convention de donner à la condition d'assurance une interprétation si étroite qu'il faille nier le droit à une rente en de tels cas, alors qu'un Italien qui a quitté la Suisse et s'est affilié aux assurances italiennes pourrait prétendre une rente d'invalidité suisse en vertu de la disposition spéciale de l'article 8, lettre b, de la convention. » (Cf. aussi le numéro marginal 334 des directives concernant les rentes, valables dès le 1^{er} janvier 1971.)

Alors que le TFA a laissé en suspens la question de cette pratique administrative dans son arrêt en la cause P., du 9 mai 1967, l'autorité de première instance, elle, est d'avis qu'elle ne peut se fonder ni sur la loi, ni sur la convention. L'OFAS expose que selon l'esprit de cette dernière, le ressortissant italien qui quitte l'assurance suisse doit être en mesure de sauvegarder ses droits à l'égard de l'AI en adhérant à l'assurance sociale italienne. Ce n'était toutefois pas possible là où un ressortissant italien avait exercé une activité lucrative en Suisse, y avait été victime d'un accident ou

d'une maladie et était obligé d'y rester inactif pendant un temps limité. La loi paraissait contenir une lacune « qui devait être comblée par une jurisprudence et une pratique administrative créatrices, afin d'éviter des situations choquantes que le législateur ne pouvait même pas avoir voulu tacitement, puisqu'elles transgressaient de manière si flagrante son esprit évident ».

En vertu de la jurisprudence, une interprétation extensive de la teneur d'une convention internationale entre seulement en ligne de compte s'il ressort avec certitude, des rapports de connexité ou de la genèse, un accord de volonté réciproque des Etats contractants qui déroge de la teneur des dispositions (ATF 97 I 365 et 96 I 648, avec renvois). C'est le cas en l'espèce. Selon les commentaires de l'OFAS, la pratique administrative précitée, qui a d'ailleurs fait ses preuves depuis des années déjà, correspond à la volonté réciproque des Etats contractants; aussi est-il prévu de la confirmer dans un proche avenir par voie de convention, comme on l'a déjà fait dans les conventions conclues avec l'Espagne (protocole final, chiffre 9), avec la Turquie (protocole final, chiffre 7) et avec les Pays-Bas (protocole final, chiffre 7).

Dans ces circonstances, on ne saurait trouver à redire à cette pratique administrative qui se rapporte à des cas spéciaux définis clairement. C'est donc à juste titre que la caisse de compensation a admis que le recourant appartenait à l'AI suisse lors de la survenance de l'événement assuré.

4. a. S'il est constant que le recourant était assuré à l'époque déterminante, il reste à examiner si l'on peut donner suite à sa demande de rente entière.

Aux termes de 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. L'article 4, 1^{er} alinéa LAI dispose que l'invalidité, au sens de la loi, est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. C'est dans ce sens que l'article 28, 2^e alinéa, LAI dispose que dans l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité que l'on peut attendre raisonnablement de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il pourrait obtenir s'il n'était pas invalide. Il faut calculer le degré d'invalidité de chaque cas particulier selon les circonstances concrètes. Toutefois, ce calcul doit être conforme à la notion d'invalidité. Ainsi, les évaluations d'invalidité fondées seulement sur la différence entre des revenus effectifs que l'assuré a tirés d'activités lucratives sont en principe aussi peu admissibles que des estimations purement médicales, effectuées sans tenir compte du facteur « gain » (ATFA 1967, p. 22; RCC 1969, p. 485).

b. Comme l'OFAS le relève pertinemment, les estimations du degré d'invalidité se contredisent en l'espèce. Le Dr B., dans ses rapports des 31 juillet 1967 et 5 décembre 1968, arrive à la conclusion, en parlant de l'état psychique de l'assuré, que celui-ci était entièrement capable de travailler; au premier plan, on se trouvait plutôt en présence d'une névrose de rente caractérisée que d'une spondylose (d'ailleurs susceptible d'être diagnostiquée par la radiologie) déformant les vertèbres lombaires. Cependant, il était incompréhensible qu'avec sa musculature bien formée, l'assuré ne travaille pas. Cet avis n'est toutefois partagé par aucun autre médecin, pas même par le Dr C. (rapport du 1^{er} décembre 1969) qui niait, sur demande expresse, toute prédisposition psychique. A l'encontre de l'avis exprimé par le Dr B., le Dr D. estime, lui, que le recourant présente, comme ouvrier de chantier, une incapacité de travail de 100 pour cent, mais que l'on pourrait le considérer comme capable, dans une proportion de 20 pour cent, d'effectuer des travaux manuels légers en partie assis, en partie

debout (rapports des 5/7 février 1969). Cette appréciation ne correspond cependant pas aux possibilités effectives du recourant sur le marché du travail suisse, ainsi qu'il appert des remarques de l'employeur. Le certificat du Dr A. du 14 septembre 1970 n'est donc pas déterminant, parce qu'il fait état d'autres affections, à part la spondylose, qui auraient influé sur la capacité de travail de l'assuré. L'existence de ces affections n'est cependant pas confirmée par les autres médecins; elles n'étaient pas apparues précédemment, si bien qu'elles ne peuvent pas être prises en considération. Reste le rapport circonstancié du Dr C. qui a servi de base à l'OFAS pour l'évaluation de l'invalidité; cependant, ce certificat n'est pas non plus convaincant. En effet, le médecin en question estime que le recourant présente une diminution de 20 pour cent de sa capacité de gain aussi bien dans sa dernière activité que dans toute autre activité qui correspondrait à ses aptitudes. Ainsi, il faut se demander si l'on peut suivre l'avis du médecin de la commission AI qui estime à 50 pour cent le taux d'invalidité. Il faut répondre affirmativement, et cela parce que ce médecin connaissait toutes les pièces du dossier médical (sauf le certificat du Dr A.) et parce que son estimation concorde avec les rapports de l'employeur quant au taux de salaire de l'assuré.

c. Vu ce qui précède, il faut donc continuer d'accorder au recourant une demi-rente d'invalidité. On renoncera à une expertise médicale supplémentaire. En effet, on ne pourrait tirer des conclusions probantes, pour l'époque déterminante, en se fondant sur les déclarations d'un expert qui aurait vu le recourant pour la première fois, alors que l'on est en possession des rapports des médecins qui ont examiné l'assuré. Le jugement de première instance doit dès lors être annulé et les décisions de la caisse rétablies.

RENTES

Arrêt du TFA, du 9 mars 1973, en la cause J. E. (traduction de l'allemand).

Article 7, 1^{er} alinéa, LAI. La durée de réduction d'une rente dépend, en principe, de la durée de l'effet du comportement fautif d'un assuré sur son invalidité. (Confirmation de la jurisprudence.)

On peut exceptionnellement assouplir ce principe dans le cas d'une rente réduite en raison d'alcoolisme, lorsque l'assuré a mis fin à cet abus et que d'autres conditions sont remplies (par exemple un comportement qui compense dans une mesure aussi large que possible les dommages dus à l'alcool).

Articolo 7, capoverso 1, della LAI. La durata della diminuzione di una rendita dipende, per principio, dalla durata dell'effetto che il comportamento colpevole ha sull'invalidità. (Conferma della giurisprudenza.)

Si può, eccezionalmente, derogare da questo principio nel caso di una rendita ridotta per abuso di bevande alcoliche quando l'assicurato vi ha posto fine e le altre premesse sono adempite (per esempio un comportamento che compensa nella maggior misura possibile i danni dovuti all'alcole, ecc.).

L'assuré, né en 1912, a été au service de la Confédération, à part une interruption de quatre ans, jusqu'au 31 décembre 1969. A la fin de l'année 1969, il a demandé à l'AI qu'elle lui procure un autre emploi.

Le Dr A., interniste, a diagnostiqué: Status après infarctus cardiaque de la paroi antérieure, artériosclérose générale et cérébrale, hyperlipidémie type IV, status après pancréatite récidivante et probablement éthylique, abus d'alcool, d'analgésiques et de sédatifs.

Par décision du 9 mars 1970, la caisse de compensation a octroyé à l'assuré, avec effet au 1^{er} janvier 1970, une rente entière simple d'invalidité avec une rente complémentaire pour son épouse. La caisse a réduit la rente de 40 pour cent, l'assuré ayant commis une faute grave. Une révision a été prévue pour le 1^{er} janvier 1972.

Le 28 octobre 1971, l'assuré demanda à la commission AI de diminuer de 10 pour cent cette réduction à cause du renchérissement et, subsidiairement, de lui trouver une nouvelle place.

Par décision du 31 décembre 1971, la caisse de compensation lui notifia son refus d'une telle diminution; elle l'informa en outre que vu son âge et son état de santé, il ne devait plus compter sur le service de placement.

L'autorité cantonale de recours rejeta le recours de l'assuré; voici, dans l'essentiel, ses arguments:

L'assuré souffre depuis de nombreuses années d'alcoolisme chronique qui a aggravé sensiblement son invalidité. Malgré les avertissements du médecin, il a continué à s'adonner à l'alcool et à la consommation excessive de pilules, même après que son état de santé eut été durement éprouvé par un infarctus cardiaque et une pancréatite. L'assuré a ainsi commis une faute grave. La réduction de 40 pour cent était donc justifiée, même si l'on considérait que l'alcoolisme chronique n'était pas la seule cause de l'invalidité. Des mesures de réadaptation professionnelle n'entraient pas en ligne de compte, vu le certificat médical défavorable qui attestait une incapacité de travail complète.

L'assuré a interjeté recours de droit administratif et demandé l'octroi d'une rente d'invalidité non réduite. Il motive son recours, dans l'essentiel, ainsi:

Les rapports médicaux permettent de croire avec quelque certitude que l'abus d'alcool du recourant ne peut pas être qualifié de pure dipsomanie; il est provoqué par une prédisposition psychique (névrose, altérations artériosclérotiques après infarctus cardiaque, etc.). Par conséquent, il faut se demander si l'assuré avait encore les facultés psychiques et l'autonomie de volonté nécessaires pour respecter l'abstinence qu'on lui a imposée implicitement. Le recourant le conteste. Il estime que si l'on répond négativement à cette question, on ne saurait parler de faute de sa part; si l'on nie partiellement, on ne pourrait en tout cas plus affirmer que cette faute soit « grave ». Ces circonstances devaient être examinées sur la base d'une expertise médicale. Mais indépendamment de cela, le recourant a restreint sa consommation dès 1971 de telle manière qu'il ne pouvait plus être question d'abus d'alcool; cela permettait donc la levée définitive ou conditionnelle de la sanction conformément au N° 258 des directives concernant l'invalidité et l'impotence.

La caisse de compensation propose le rejet du recours de droit administratif. Elle estime que la réduction de la rente était justifiée, vu que le comportement fautif de longue durée avait été la cause de l'invalidité. Le recourant buvait encore de l'alcool, bien que dans une mesure apparemment restreinte depuis 1971. Une meilleure conduite devait être maintenue pendant une période plus longue.

L'OFAS estime que l'article 7 LAI étant une « Kann-Vorschrift » (prescription potestative), il faut le différencier des règles de réduction données par les articles 7 IAM et 98 LAMA. Le législateur l'avait voulu ainsi, vu que les dispositions d'exclusion et de réduction ne sont applicables que dans une mesure très restreinte dans le cadre d'une assurance sociale obligatoire. En l'espèce, le principe de soutien de

famille l'emportait sur le principe d'assurance; un minimum vital devait être garanti à l'invalidé. Si justifiées que soient, en principe, les réductions, il semble tout de même assez équitable de lever une telle sanction pour amener une personne à adopter une meilleure conduite et aussi, éventuellement, pour tirer sa famille d'une situation souvent pénible. Le principe de causalité n'était donc pas seul déterminant pour fixer l'étendue de la réduction. Même la loi prévoyait une réduction définitive ou temporaire ou un refus de prestations. La réduction temporaire n'était pas applicable seulement dans les cas où le comportement gravement fautif du bénéficiaire de rentes n'est plus, après un certain temps, la cause déterminante de son invalidité, mais elle visait aussi des cas dans lesquels il n'y avait pas de faute spécialement grave de la part de l'assuré. On ne transgressait donc pas la volonté du législateur si l'on laissait tomber une réduction de rente en cas de bonne conduite de l'assuré. L'OFAS propose de renvoyer la cause à la commission AI pour qu'elle examine si le recourant s'est abstenu de consommer excessivement de l'alcool ou des médicaments et si l'on peut compter aussi à l'avenir sur une meilleure conduite.

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

1. Aux termes de l'article 7, 1^{er} alinéa, LAI, les prestations en espèces peuvent être refusées, réduites ou retirées, temporairement ou définitivement, à l'assuré qui a, intentionnellement ou par faute grave, ou en commettant un crime ou un délit, causé ou aggravé son invalidité. Ces prescriptions visent avant tout à empêcher que l'AI ne soit par trop mise à contribution pour couvrir des dommages que les intéressés auraient pu éviter en faisant preuve de la prudence nécessaire. L'assurance atteint ce but en privant l'assuré de ses prestations ou du moins d'une partie de celles-ci proportionnellement à la faute commise. Dans un arrêt A. D. (ATFA 1962, p. 307 = RCC 1963, p. 228), la cour de céans a déclaré que la réduction *définitive* « doit également être de règle en matière d'AI, du moins lorsqu'il s'agit de rentes ». Le tribunal a confirmé cet avis dans l'arrêt H. H. (ATFA 1967, p. 98 = RCC 1967, p. 450) en déclarant que seule une réduction calculée en pour-cent et appliquée pendant toute la durée de la rente garantit que le but légal sera atteint, vu le caractère aléatoire du montant et de la durée de la rente. Si l'on réduisait d'avance, pour un temps limité, une rente AI dont la durée est inconnue, on renoncerait ainsi, contrairement au but visé par la loi, à adapter la sanction à l'importance du dommage que l'assurance doit prendre en charge à cause du comportement coupable de l'ayant droit. Une telle renonciation reviendrait à concevoir la réduction avant tout d'après des critères pénaux, ce qui serait contraire au sens de cette réduction (ATFA 1966, p. 98; RCC 1966, p. 578).

Pourtant, le tribunal a reconnu déjà dans l'arrêt A. D. (voir ci-dessus) qu'il était possible de déroger à la règle de la réduction de rente définitive. Dans l'arrêt H. H., il a restreint cette possibilité expressément à des cas exceptionnels.

Il faut donc s'en tenir à cette jurisprudence, selon laquelle la durée de réduction d'une rente dépend par principe de la durée de l'effet du comportement fautif d'un assuré sur son invalidité. L'avis divergent de l'OFAS, qui s'exprime en particulier dans le N° 258 des directives concernant l'invalidité et l'impotence, ne correspond donc pas à l'esprit de la norme de réduction de l'article 7, 1^{er} alinéa, LAI. Le TFA ne peut donc approuver l'OFAS sur ce point. Cet office devra dès lors donner de nouvelles instructions concernant les exceptions au principe de la réduction de rente définitive en tenant compte de la jurisprudence actuellement en vigueur.

2. Le recours de droit administratif allègue que la réduction était injuste en soi parce que l'alcoolisme chronique de l'assuré était dû à une prédisposition psychique, si bien que l'assuré ne pouvait pas le soumettre à sa volonté ou ne pouvait le faire que dans une certaine mesure; l'alcoolisme ne pouvait donc être considéré, juridiquement, que comme un élément relativement déterminant. La cour n'a pas à examiner cet argument, car la réduction de rente survenue le 9 mars 1970 est demeurée inattaquée et elle a donc passé en force. Du reste, le recourant a déclaré lui-même qu'il avait été une victime de l'alcool à cause de l'influence du milieu professionnel, très adonné à la boisson, dans lequel il exerçait son activité. Toutefois, il a occupé ce poste de 1942 à 1959, alors que les troubles psychiques sont apparus bien plus tard. En outre, la prétendue prédisposition psychique est en contradiction avec les déclarations faites dans le recours de droit administratif, à savoir que le recourant a restreint — volontairement — depuis 1971 sa consommation à une dose raisonnable.

3. En faisant cette dernière allégation, le recourant fait valoir que l'on ne saurait en tout cas plus parler d'abus d'alcool depuis 1971. Bien qu'elle ne soit pas invraisemblable, cette indication n'est pas prouvée par les pièces du dossier et doit dès lors être contrôlée. Même si elle s'avérait exacte, il faudrait que d'autres conditions soient encore remplies pour que l'on puisse lever exceptionnellement la réduction de rente, ainsi qu'il a été exposé au considérant 1^{er} (par exemple un comportement qui compense dans une mesure aussi large que possible les dommages dus à l'alcool); ceci avant tout en vue du grave danger de récurrence qui existe dans l'alcoolisme. Par conséquent, la cause est renvoyée à la caisse de compensation, afin que celle-ci charge la commission AI de compléter l'enquête sur ce point.

4. ...

Arrêt du TFA, du 10 juillet 1973, en la cause J. A. (traduction de l'allemand).

Articles 41 LAI et 87, 2^e alinéa, RAI. La date de révision prévue par l'administration ne doit pas être communiquée à l'assuré. A supposer qu'elle le soit, le résultat de la révision doit être révélé dans chaque cas par une décision susceptible de recours. (Précision de la jurisprudence.)

Article 88 bis, 1^{er} alinéa, RAI. Lorsqu'une révision a été prévue par l'administration pour une date précise, on fixera le passage de la demi-rente à la rente entière en considérant cette date comme déterminante et non pas celle de la notification de la décision.

Articolo 41 della LAI e articolo 87, capoverso 2, dell'OAI. Il termine stabilito dall'amministrazione per eseguire la revisione, non deve essere comunicato all'assicurato. Se, ciononostante, ne viene fatta comunicazione, il risultato della revisione deve essere notificato, in ogni caso, con una decisione che può essere impugnata con un ricorso. (Precisazione della giurisprudenza.)

Articolo 88 bis, capoverso 1, dell'OAI. Quando una revisione è stata stabilita di ufficio per un determinato termine, questi è determinante per il passaggio dalla mezza rendita a quella intera, e non lo è la data in cui è stata emanata la decisione.

L'assuré, né en 1922, marié, père de trois enfants mineurs, est agriculteur et marchand de bestiaux. Souffrant de la maladie de Boeck (gale norvégienne) il touche depuis le

1^{er} mars 1966 une demi-rente simple de l'AI, plus des rentes complémentaires (décision du 24 novembre 1966).

Le Dr A. a diagnostiqué dans son rapport du 13 novembre 1968, outre la maladie de Boeck: « Atteinte pulmonaire bilatérale très importante. Bronchite asthmatiforme. Ebauche de cœur pulmonaire chronique. Maladie de Scheuermann et discopathie L 5 - S 1. Gastrite hypoacide ». Il a estimé la capacité de travail de l'assuré à 50 pour cent en cas de traitement médical intense. Par décisions des 10 janvier 1969 et 2 juin 1970, la caisse de compensation notifia à l'assuré que la demi-rente continuerait à lui être versée jusqu'au 31 août 1969, puis jusqu'au 31 août 1971.

Le 25 octobre 1971, le médecin compléta son diagnostic en constatant que l'assuré souffrait également de dépressions psycho-réactives; l'incapacité de travail devait, selon lui, être évaluée à deux tiers depuis le 1^{er} août 1971.

Une enquête intermédiaire ordonnée par la commission AI, dans le cadre de la revision annoncée du droit à la rente, révéla que l'assuré travaillait encore deux jours par semaine pour son commerce de bestiaux, mais qu'il n'exerçait plus aucune activité dans l'agriculture (rapport du 3 décembre 1971). Compte tenu de la part de revenu due à la collaboration de son épouse, l'assuré a été imposé sur 7400 fr. pour 1961/1962 et 12 000 fr. pour 1969/1970. Les revenus d'un marchand de bestiaux ont été estimés à 22 000 fr. au moins.

Se fondant sur un prononcé de la commission AI du 19 janvier 1972, fixant le degré d'invalidité, comme par le passé, à 50 pour cent, la caisse informa l'assuré, par lettre du 2 août 1972, qu'étant donné les résultats de la revision effectuée d'office, le droit à la rente était maintenu sans changement; une nouvelle revision lui était annoncée pour le 31 août 1974. Contrairement aux décisions antérieures, il manquait dans ce document une indication des voies de recours; d'ailleurs, la caisse n'avait pas utilisé la formule habituelle d'avis de décision.

Le 2 octobre 1972, l'assuré demanda que son cas soit réexaminé. Il devait se rendre tous les matins à la clinique pour un traitement; c'est donc avec raison que le médecin avait estimé à deux tiers son incapacité de travail.

L'autorité cantonale de recours considéra la lettre du 2 août 1972 comme une décision sujette à recours; quant à celle de l'assuré, du 2 octobre 1972, elle devait — faute d'indication des voies de droit — être regardée comme un recours formé à temps. Elle a admis celui-ci, annulé la décision attaquée et accordé à l'assuré, avec effet au 1^{er} juillet 1972, une rente entière simple de l'AI.

Dans son recours de droit administratif, l'assuré demande que le début du versement de cette rente soit fixé au 1^{er} août 1971, puisque le Dr A. a estimé à deux tiers son incapacité de travail à partir de cette date. Il demande, en outre, qu'on lui dise pourquoi il n'a obtenu une demi-rente que depuis le 1^{er} mars 1966 et non pas déjà en 1960.

La caisse et l'OFAS ont conclu au rejet de ce recours.

Le TFA a rejeté le recours pour les motifs suivants:

1. ...

2. Selon l'article 41 LAI, si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée. Selon l'article 87, 2^e alinéa, RAI, la revision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du degré d'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modifica-

tion importante du degré d'invalidité. La condition de la revision d'office est donc, dans tous les cas, une modification importante du degré d'invalidité.

Cependant, le principe selon lequel l'administration peut modifier, d'après les règles développées par la pratique, une décision passée en force l'emporte sur la norme énoncée ci-dessus. Une rente peut donc, le cas échéant, être supprimée en vertu de ce principe, alors même que les conditions d'une revision selon l'article 41 LAI font défaut (ATFA 1966, pp. 56-57; RCC 1964, p. 397).

Le TFA en a conclu (ATF 98 V 53) que l'administration n'est, juridiquement, pas liée à la date de revision annoncée lorsqu'une modification du degré d'invalidité, susceptible d'influencer le droit à la rente, se produit avant cette date ou lorsque la décision de rente en cause se révèle, après coup, sans nul doute erronée. L'indication d'une date de revision dans une décision de rente n'a pas part à la force de chose jugée — au demeurant purement formelle — acquise par cette décision; une telle indication n'a pas pour effet de garantir à l'assuré le versement de la rente jusqu'au terme fixé. L'administration n'est pas tenue de lui indiquer une date de revision; si elle le fait néanmoins, il n'y faut voir juridiquement qu'une mention d'ordre interne (cf. RCC 1964, p. 397). Mieux vaut d'ailleurs poser en principe — pour éviter que les règles de l'article 77 RAI concernant l'avis obligatoire ne s'émoussent — que la date de revision ne doit pas être communiquée à l'assuré. L'arrêt paru sous ATF 98 V 52, qui vient d'être cité, demande à être précisé dans ce sens.

3. Le TFA a statué dans l'arrêt A. V. du 28 avril 1971 (RCC 1971, p. 493) que lorsqu'une décision est reconsidérée d'office sans qu'il en résulte une modification du droit à la rente, la caisse ne doit pas notifier une nouvelle décision. En revanche, si le nouvel examen a eu lieu à la requête de l'assuré, une décision susceptible de recours doit être rendue dans tous les cas (cf. aussi, à ce sujet, le N° 1039 des directives concernant les rentes, valables dès le 1^{er} janvier 1971).

Dans l'espèce, la caisse de compensation a informé le recourant, par lettre du 2 août 1972 — ce en se fondant, semble-t-il, sur ledit arrêt et sur le N° 1039 desdites directives — que la demi-rente continuerait à lui être versée jusqu'à la date de la prochaine revision (31 août 1974). Il n'est aucunement certain que l'arrêt A. V. puisse vraiment être invoqué ici comme élément juridique de comparaison; dans cette cause-là, en effet, la question était de savoir si l'administration est habilitée à rendre une nouvelle décision sur un état de faits ayant déjà été naguère à la base d'une décision qui n'avait, alors, pas été attaquée, ce qui reviendrait à rouvrir les voies de droit. Le TFA avait déclaré à ce sujet que contrairement à ce qui arrive dans une revision demandée par l'assuré, il suffit, en cas de revision d'office conduisant au maintien pur et simple du statu quo, que cet aboutissement de la procédure soit communiqué à l'assuré sous forme de lettre.

Or, la situation est différente dans le cas présent. On a, en effet, annoncé chaque fois au recourant que la rente lui était accordée jusqu'à certaines échéances, où elle serait soumise à revision. Dans ces conditions, l'hypothèse d'une non-prolongation de la rente n'était pas exclue; ceci ressort nettement des communications du 1^{er} août 1968 et du 1^{er} août 1969 informant l'assuré que son cas était présentement l'objet d'une revision, mais que la rente continuerait à lui être versée provisoirement pendant six mois.

Il n'était donc pas correct de communiquer au recourant le résultat de la revision d'office sans respecter les formes appropriées. Lorsqu'un assuré a été informé d'avance de la date de revision, ce qui l'a peut-être dissuadé de recourir immédiatement contre le taux du premier octroi, le résultat de cette revision doit lui être notifié par décision conforme aux exigences légales. Il importe de préciser dans ce sens l'arrêt A. V. D'ail-

leurs, on peut se demander si le but visé par le N° 1039 des directives concernant les rentes est réellement atteint. On ne voit en effet pas en quoi une communication par simple lettre, en lieu et place de la formule de décision imprimée ad hoc avec indication des voies de droit, devrait représenter une simplification administrative.

Enfin, il faut constater que l'autorité judiciaire de première instance a considéré à bon droit comme un recours la lettre de l'assuré datée du 2 août 1972 (ATF 98 I b 333, 97 V 187).

4. Dans son jugement auquel soit renvoi sur ce point, l'autorité de première instance a montré, très pertinemment, que l'assuré remplit les conditions d'octroi d'une rente entière. En outre, l'OFAS fait remarquer, également avec raison, qu'on en serait venu au même résultat si l'invalidité avait été évaluée d'après les principes posés dans l'arrêt ATF 97 V 56.

5. Aux termes de l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré a droit à la rente dès qu'il 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). D'après une jurisprudence constante, une incapacité permanente de gain, au sens de la première variante, présuppose l'existence très probable d'une atteinte à la santé en bonne partie stabilisée, essentiellement irréversible, qui réduira — même en tenant compte de mesures de réadaptation éventuellement nécessaires — la capacité de gain du requérant, vraisemblablement à titre permanent et dans une mesure suffisante pour ouvrir droit à une rente (cf. ATF 97 V 244, et les références).

Ainsi que l'a montré, d'une manière également pertinente, l'autorité de première instance, la variante I de l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI n'est pas applicable en l'espèce, parce que les affections dont souffre le recourant manquent, manifestement, de la stabilité nécessaire. Celui-ci ne peut donc demander la rente entière que dès le moment où il a présenté, pendant les 360 derniers jours sans interruption notable, une incapacité moyenne de travail de deux tiers. Ce temps d'attente de 360 jours a commencé le 1^{er} août 1971 et s'est terminé en juillet 1972, si bien que le droit à la rente entière, selon l'article 29, 1^{er} alinéa, 2^e phrase, LAI, est né le 1^{er} juillet 1972.

Dans une revision d'office dont la date a été fixée d'avance, c'est cette date-là qui joue un rôle déterminant quant à la possibilité de commencer à verser à un assuré la rente entière à laquelle son droit théorique était déjà né précédemment. L'article 88 bis, 1^{er} alinéa, RAI n'est alors pas applicable, contrairement à l'avis de l'OFAS. Dans de tels cas, la caisse de compensation doit rappeler à la commission AI, en temps opportun, quelle est la date retenue pour la revision (N° 225 des directives concernant l'invalidité et l'impotence, valables dès le 1^{er} janvier 1971). La commission AI doit prendre des mesures pour que la procédure de revision puisse être achevée dans les délais. Si l'administration ne fait pas le nécessaire à cet effet, ou ne le fait que trop lentement, cela ne saurait influencer le délai de revision; ceci d'autant moins lorsque — comme dans le cas particulier — le terme de cette revision a été fixé au 31 août 1971, mais que le prononcé de la commission AI a été rendu le 19 janvier 1972 et la décision de caisse le 2 août suivant.

6. Enfin, il y a lieu de remarquer que l'article 48 LAI, dans la teneur valable en mars 1966, époque de la deuxième demande de prestations, ne permettait pas d'octroyer la rente avec effet rétroactif dans un cas tel que celui-ci. Par ailleurs, la décision négative initiale, du 1^{er} décembre 1961, rendue au vu d'une première demande présentée le 30 juin 1961, était passée en force, faute d'avoir été attaquée par l'assuré.

Articles 45 LAVS et 76 RAVS; article 84 RAI. Si une décision rendue par une caisse de compensation aux fins d'assurer un emploi des rentes conforme à leur but se heurte à des dispositions prises en vertu du droit de tutelle, celles-ci doivent l'emporter. Lorsqu'une caisse de compensation verse la rente d'invalidité, conformément aux directives du tuteur, en main de l'autorité d'assistance, elle remplit son obligation de fournir la prestation avec effet libératoire.

Articolo 45 della LAVS, articolo 76 dell'OAVS, articolo 84 dell'OAI. Quando la decisione, emanata da una cassa di compensazione per garantire l'impiego della rendita conformemente al suo scopo, viene a trovarsi in conflitto con delle disposizioni prese in virtù del diritto tutorio, sono queste ultime che hanno la preminenza. Allorchè una cassa di compensazione, conformemente alle istruzioni del tutore, versa la rendita d'invalidità ad un autorità che si occupa dell'assistenza, adempie con effetto liberatorio al suo obbligo di fornire la prestazione.

Les époux I., sans enfants, ont recueilli en 1951, à titre gratuit, l'assurée A. W., née le 6 août 1948, qui a pris ensuite leur nom. Devenue majeure, l'assurée a été placée par l'autorité compétente sous la tutelle de sa mère nourricière, dame I.

Le 1^{er} août 1969, celle-ci demanda une rente AI en faveur de sa pupille, en précisant que cette prestation devrait lui être versée à elle, dame I., en sa qualité de tutrice. La caisse de compensation, par décision du 30 avril 1971, accorda une rente entière simple de l'AI qui avait pris théoriquement naissance le 1^{er} janvier 1968; cette prestation n'était toutefois payable, en vertu de l'article 48, 2^e alinéa, LAI, qu'à partir du 1^{er} août 1968. Le paiement des arriérés depuis cette date jusqu'à celle de la décision donnait une somme totale de 6600 francs, y compris la rente de mai 1971. Sur la formule d'avis de décision, la caisse nota que les rentes devaient être versées à dame I.

Entre le dépôt de la demande et le moment où fut rendue la décision, soit le 19 juin 1970, dame I. avait écrit au bureau des œuvres sociales de la commune dans laquelle elle était domiciliée qu'elle approuvait, en sa qualité de tutrice, le versement de la totalité de la rente AI à l'autorité communale d'assistance comme contribution aux charges financières occasionnées par la pupille. Par lettre du 7 mai 1971, adressée à la caisse de compensation, le bureau des œuvres sociales fit valoir son droit à la rente payable avec effet rétroactif, ainsi qu'à la rente en cours, parce que l'assurée était entretenue, depuis assez longtemps déjà, par l'assistance publique. Dame I., déclarait-il, en sa qualité de tutrice de l'assurée, « acceptait sans réserve que la rente AI, et plus tard éventuellement aussi la PC, soient versées au bureau communal des œuvres sociales ». Grâce à ces versements, ce bureau pourrait payer entièrement les frais de pension et les notes de médecin pour lesquels des acomptes avaient été avancés depuis plusieurs mois.

Dame I. n'approuva pas, apparemment, le contenu de cette lettre dont elle avait reçu une copie. Dans une autre lettre, datée du 10 mai 1971, le bureau communal des œuvres sociales, se référant aux objections orales de dame I., lui annonça que l'office cantonal des affaires sociales procéderait à une répartition de la rente. Le 12 mai, dame I. écrivit au bureau communal qu'à son avis, la rente due depuis août 1968 jusqu'au mois de mars 1970, soit en tout 3700 francs, devait lui être versée à elle, en tant que tutrice, parce que, pendant cette période, elle avait dû supporter toutes les

dépenses pour sa pupille. Elle envoya une copie de cette lettre, le 19 mai, à la caisse de compensation.

Comme elle ne recevait aucun paiement, dame I. adressa à la caisse, en date du 27 mai 1971, la demande suivante: « J'exige le paiement à la tutrice, dame I., conformément à la communication faite dans la décision de caisse du 30 avril 1971, des rentes AI accordées à l'assurée par ladite décision. Ce paiement direct à l'assurée ou plus exactement à sa tutrice doit englober, pour le moins, les arriérés dus pour la période allant du mois d'août 1968 au mois de mars 1970, ce qui représente une somme de 3700 francs. Si vous ne pouvez donner suite à cette demande, contrairement au mode de paiement prévu dans votre décision du 30 avril 1971, la présente lettre devrait être considérée comme un recours... »

La caisse répondit à la tutrice, le 22 juin suivant, que le montant total de ces rentes — 6600 francs — avait été versé le 14 mai au bureau communal des œuvres sociales conformément à la procuration du 19 juin 1970. En ce qui concernait la part qu'elle revendiquait en sa qualité de tutrice, dame I. devait s'adresser directement à ce bureau.

Dans sa lettre du 25 juin 1971, dame I. répliqua en précisant qu'elle avait approuvé le paiement des rentes au bureau des œuvres sociales seulement en ce qui concernait les prestations en cours, mais que cette cession ne s'étendait pas aux arriérés dus pour la période allant jusqu'au mois de mars 1970; elle maintint donc son recours, que l'autorité cantonale rejeta par jugement du 4 novembre 1971.

Dans l'intervalle, le bureau communal des affaires sociales avait, au moyen des rentes encaissées, auxquelles s'ajoutèrent des PC (dues à partir du 1^{er} décembre 1970), couvert toutes ses dépenses pour la période du 1^{er} avril 1970 au 30 juin 1971; selon un décompte du 13 juillet 1971, il restait un excédent de 2354 fr. 60, que le bureau versa sur un carnet d'épargne au nom de l'assurée. Celui-ci fut remis plus tard à dame I.

Agissant de nouveau en sa qualité de tutrice, dame I. a interjeté recours de droit administratif en concluant à l'annulation du jugement cantonal. Elle demande au TFA de reconnaître que les rentes revenant à sa pupille pour la période du 1^{er} août 1968 au 30 mars 1970 étaient incessibles et que, par conséquent, elles ne pouvaient être versées qu'à l'assurée ou à son tuteur. La caisse de compensation devait donc verser à la recourante ces prestations, dont la somme s'élevait à 3700 francs, moins les 2354 fr. 60 remis entre-temps à la tutrice, soit un montant de 1345 fr. 40, ainsi que les dépens. Juridiquement, le recours était fondé sur les articles 20 LAVS et 50 LAL. L'autorité tutélaire a ratifié ce mode d'agir.

Le bureau des affaires sociales, appelé à se prononcer, a estimé avoir veillé correctement aux intérêts de la pupille.

La caisse de compensation propose le rejet de cette demande, estimant qu'elle n'avait pas à tenir compte d'une prétention récursoire éventuelle de la tutrice. Une telle décision incombe bien plutôt à l'autorité tutélaire, en liaison avec les bureaux d'affaires sociales de la commune et du canton.

L'OFAS propose au TFA d'annuler le jugement de première instance, de reconnaître que les rentes dues pour la période d'août 1968 à mars 1970, s'élevant à un total de 3700 francs — ou, plus précisément, le solde encore litigieux de 1345 fr. 40 — ont été versées à tort au bureau communal des affaires sociales et d'ordonner à la caisse de compensation de réclamer ce montant audit bureau pour le verser à la tutrice. L'OFAS considère que la procuration donnée à l'autorité d'assistance par la tutrice a été valablement révoquée ou limitée par celle-ci, encore avant le versement, par une démarche auprès du bureau des affaires sociales. Ladite autorité aurait dû transmettre immédiatement cette révocation à la caisse de compensation. L'encais-

sement, par cet office, de la totalité du montant versé, en connaissance de cette révocation, apparaîtrait comme un abus de droit. A partir du moment où elle était désignée, par la décision de rente, comme destinataire des paiements, la tutrice devait compter que ceux-ci lui seraient adressés. On ne saurait donc lui reprocher de ne pas avoir elle-même porté à la connaissance de la caisse la révocation ou l'interprétation restrictive de son autorisation.

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

1. Selon l'article 45 LAVS, le Conseil fédéral peut prendre les mesures propres à garantir que les rentes et allocations pour impotents servent, si cela est nécessaire, à l'entretien du bénéficiaire et des personnes à sa charge. Le Conseil fédéral a fait usage de cette compétence à l'article 76 RAVS. Selon cette disposition, il incombe en général aux caisses de compensation de prendre, à certaines conditions, des mesures garantissant un emploi des rentes conforme à leur but. Cependant, si l'ayant droit est sous tutelle, la rente doit être versée au tuteur ou à une personne désignée par celui-ci (art. 76, 2^e al., RAVS). Le 3^e alinéa de ce même article prévoit que les rentes versées à un tiers ou à une autorité ne peuvent être compensées par celui-ci avec des créances à l'égard de l'ayant droit; elles doivent être utilisées exclusivement pour l'entretien de l'ayant droit et des personnes à sa charge. Selon l'article 84 RAI, ces dispositions sont valables également dans le domaine de l'AI.

Ces règles comportent, entre autres, une délimitation de compétence entre les caisses de compensation et d'autres organes administratifs qui sont intéressés à un emploi des rentes conforme à leur but, notamment les autorités tutélaires et d'assistance. Le sens de cette délimitation est d'empêcher que les organes d'exécution de l'AVS soient tenus d'examiner la manière dont le tuteur utilise la rente; ce contrôle incombe bien plutôt aux autorités tutélaires. Selon la jurisprudence, l'article 45 LAVS et ses dispositions d'exécution ne sauraient, en tout cas, servir de support à des décisions de caisse qui contreviendraient à des décisions clairement énoncées des organes tutélaires responsables et compétents. Si une décision rendue par une caisse en application de l'article 76 RAVS se heurte à des dispositions prises en vertu du droit de tutelle, celles-ci doivent l'emporter. Ces principes sont fondés notamment sur le fait que les institutions du droit de la famille constituent un ordre dont la sécurité sociale reconnaît d'emblée l'existence et qui, par conséquent, a la priorité sur elle. Le tribunal renvoie à ce propos aux arrêts publiés dans les ATFA 1959, pp. 197 ss et 1951, pp. 138 ss; RCC 1948, p. 24; Binswanger: *Kommentar zum AHVG*, p. 198; voir aussi, dans ce même sens, ATF 97 V 178 = RCC 1972, p. 402 (concernant la priorité de principe du droit de la famille).

Conformément à cette pratique, la norme spéciale de l'article 76, 3^e alinéa, RAVS n'est, elle non plus, pas applicable comme telle aux organes tutélaires, parce que la compétence qu'ont ces organes de disposer des rentes est fondée uniquement et directement sur les règles très complètes que contient, à ce sujet, le CCS (cf. ATFA 1959, p. 198).

2. En l'espèce, la caisse de compensation devait donc s'en tenir, en ce qui concerne le versement de la rente, aux instructions de la tutrice. Il faut par conséquent examiner si elle les a observées effectivement.

a. Sur la formule officielle de demande de rente présentée en 1969, on a indiqué, sous N° 29, que le tuteur lui-même était le destinataire des paiements. Avant la notification de la décision de rente du 30 avril 1971, la caisse n'a pas reçu d'instruction contraire de la part du tuteur, si bien que celui-ci est désigné, aussi dans la décision, comme la personne autorisée à recevoir les paiements.

Toutefois, dans l'intervalle, l'office communal des affaires sociales avait avancé certaines sommes en faveur de la pupille, et ceci — ainsi que l'on peut l'admettre d'après le dossier — à partir du 1^{er} avril 1970. Là-dessus, dame I., en sa qualité de tutrice, a déclaré à cet office, en date du 19 juin 1970, qu'elle approuvait le versement de la rente AI, dont l'octroi était prévu, à l'autorité d'assistance. Malgré l'expression de « vollumfänglich » (dans sa totalité) utilisée dans cette lettre, il est évident, compte tenu de toutes les circonstances telles qu'elles se dégagent des pièces du dossier, que la tutrice entendait faire remettre à l'office d'assistance seulement les rentes en cours et non pas d'éventuelles prestations pour la période antérieure au 1^{er} avril 1970. Ceci devait être également clair pour l'office en question. Néanmoins, la déclaration faite à ce sujet par la tutrice pouvait être comprise autrement par des tiers ignorant les circonstances concrètes; à cet égard, ladite déclaration n'avait donc pas toute la netteté voulue.

Après que fut rendue la décision de rente du 30 avril 1971, avec une remarque précisant que le tuteur était autorisé à recevoir les paiements, mais avant le versement de l'arriéré de 6380 francs et de la rente en cours du mois de mai 1971, le bureau communal des affaires sociales annonça à la caisse de compensation que le tuteur approuvait « sans réserve » le paiement de la rente à l'autorité d'assistance, sans toutefois envoyer à la caisse, en même temps, une copie de la déclaration du 19 juin 1970; il fit parvenir à la tutrice une copie de cette communication à la caisse. Quant à la révocation ou plutôt à la délimitation expresse immédiate de l'assentiment donné par la tutrice, le bureau des affaires sociales ne la transmit manifestement pas à la caisse. Cette mise au point fut effectuée d'abord oralement, ainsi qu'il appert de la lettre adressée à la tutrice le 10 mai 1971 par ce bureau; ensuite, elle fut confirmée par écrit dans une lettre datée du 12 mai 1971, mais remise à la poste déjà le 11. Le 12 mai, donc à un moment où le bureau était probablement en possession de cette lettre, mais savait en tout cas déjà que la tutrice n'entendait pas faire appliquer ses instructions sous la forme adoptée le 19 juin 1970, le bureau confirma, par un téléphone à la caisse de compensation, sa communication du 7 mai 1971; il reçut, le 14 mai, le versement des rentes arriérées et de celle du mois courant opéré par la caisse, d'un montant total de 6600 francs. Il affecta cette somme — destinée en principe à l'entretien de l'assurée dès le 1^{er} août 1968 — à la couverture des frais occasionnés depuis le 1^{er} avril 1970, bien qu'il sût que la tutrice réclamait le paiement des rentes arriérées jusqu'à fin mars 1970 pour couvrir ses propres dépenses (assumées d'ailleurs à titre bénévole depuis une vingtaine d'années).

b. Contrairement à l'avis exprimé dans le mémoire de recours de droit administratif, la déclaration faite par la tutrice à l'autorité d'assistance, en date du 19 juin 1970, n'équivaut pas à une cession de rente dont l'effet serait nul selon l'article 20 LAVS et que par conséquent la caisse aurait dû, d'office, ignorer. Il s'agit là, bien plutôt, d'une procuration d'encaissement en faveur de l'autorité d'assistance, que la tutrice a établie en vertu de son droit de donner des instructions et que la caisse devait prendre en considération en vertu de l'article 76, 2^e alinéa, RAVS; une telle procuration peut être révoquée en tout temps par le tuteur.

c. Se fondant sur la communication du bureau des affaires sociales du 7 mai 1971, la caisse de compensation pouvait admettre qu'il existait une procuration d'encaissement établie par la tutrice en faveur de ce bureau. La lettre en question indiquant que la tutrice en avait reçu une copie, la caisse n'avait pas à éprouver de doutes — tant qu'elle n'avait reçu aucun démenti de la part de la tutrice — au sujet de cette communication, qui d'ailleurs avait encore été confirmée par le téléphone du 12 mai. Ainsi, lorsque la caisse a versé la somme totale de 6600 francs à ce bureau, en date

du 14 mai 1971, elle était fondée à admettre l'existence d'une procuration valable en faveur de l'autorité d'assistance. Si la caisse n'a été informée que plus tard du contenu exact des instructions données par la tutrice, ce n'est pas elle qui en est responsable, mais c'est bien plutôt la tutrice elle-même.

La caisse de compensation a donc agi conformément aux instructions — valables à son égard — données naguère par la tutrice et, par conséquent, rempli ses obligations envers la personne qui avait droit à la rente, ou envers son représentant légal. Le recours de droit administratif par lequel une somme de 1345 fr. 40 lui est réclamée doit ainsi être rejeté.

3. On ne peut dire, en l'état du dossier, si la recourante est en droit, le cas échéant, d'obtenir le remboursement de la somme litigieuse en vertu du droit civil. En tout cas, une telle prétention ne saurait être jugée par le TFA, puisqu'elle ne relève pas du droit des assurances sociales.

Arrêt du TFA, du 8 mars 1973, en la cause J. B.

Article 77 RAI. Le silence d'un bénéficiaire qui, après avoir annoncé un changement pouvant avoir des répercussions sur le droit aux prestations, continue à toucher ces dernières sans réagir d'aucune sorte peut devenir à la longue incompatible avec les règles de la bonne foi, lorsque ce bénéficiaire sait ou devrait savoir qu'il n'y a plus droit. Passé un certain délai, une telle passivité est en tous points assimilable à la violation de l'obligation de renseigner.

Articolo 77 dell'OAI. Il silenzio di un beneficiario che, dopo aver comunicato un cambiamento tale da poter avere delle ripercussioni sul diritto alle prestazioni, continua a ricevere le stesse senza intraprendere alcunchè in contrario, può, a lungo andare, divenire incompatibile con la buona fede, quando il beneficiario sa, o dovrebbe sapere, di non aver più diritto alle prestazioni. Trascorso un certo periodo di tempo, un simile comportamento passivo può essere parificato, sotto tutti gli aspetti, a una violazione dell'obbligo di informare.

L'assurée, née en 1942, est atteinte de paraplégie à la suite d'un accident de la circulation dont elle a été victime en 1965. Elle a repris progressivement, dans le courant de l'année 1966, sa précédente activité de secrétaire; elle a pu l'exercer à près de la moitié du temps dès le 1^{er} septembre 1966, tout en poursuivant parallèlement sa rééducation.

L'AI lui a accordé de nombreuses prestations, destinées à la réadaptation fonctionnelle, à la réadaptation professionnelle et à l'adaptation à la vie quotidienne. De plus, par décision de la caisse de compensation du 12 octobre 1967, l'assurée a été mise au bénéfice d'une demi-rente simple d'invalidité dès le 1^{er} mars 1967, qui s'est substituée aux indemnités journalières versées jusqu'alors.

A la suite d'une remarque de l'OFAS, dont elle avait demandé l'avis sur une autre question, la commission AI s'est enquis vers fin 1970 de la situation professionnelle de l'intéressée. Par lettre du 3 avril 1971, celle-ci a indiqué avoir touché un salaire de 6809 fr. 10 pour 1967, de 13 965 fr. 95 pour 1968, de 15 000 francs pour 1969 et de 16 200 francs pour 1970; elle déclarait que son salaire serait également de 16 200 francs pour 1971 si elle pouvait continuer à travailler en plein, ce dont elle doutait.

La commission AI a considéré, au vu de ces revenus, que le droit à la rente n'était plus donné et en a prononcé la suppression avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 1969 en vertu de l'article 77 RAI. Ce prononcé a été notifié à l'assurée par décision du 3 novembre 1971, qui réclamait restitution des arrérages touchés à tort du 1^{er} janvier 1969 au 31 octobre 1971 pour un montant total de 6932 francs.

L'assurée a recouru, demandant en quoi elle avait violé son obligation d'annoncer tout changement. Informée par l'autorité cantonale de recours qu'il lui était reproché de n'avoir pas fait part à l'administration de la reprise d'emploi à plein temps et que ladite autorité envisageait de reporter la date de la suppression de la rente au 1^{er} janvier 1968, l'assurée a contesté l'exactitude du reproche qui lui était fait; elle a produit à l'appui une photocopie d'une lettre du 13 avril 1968, qu'elle disait avoir adressée à la caisse et qui signalait la reprise du travail à 100 pour cent dès le 1^{er} avril 1968.

L'autorité de première instance a constaté après enquête que la lettre du 13 avril 1968 paraissait n'être jamais parvenue à l'administration et que l'expédition même par l'intéressée en était douteuse. Considérant, d'une part, que les conditions du droit à la rente n'étaient plus données dès le 1^{er} janvier 1968 déjà et, d'autre part, que l'assurée devait savoir qu'elle n'y avait désormais plus droit et avait commis pour le moins une négligence, qui excluait la bonne foi, elle a réformé la décision attaquée au détriment de la recourante. Par jugement du 19 septembre 1972, elle a ainsi prononcé la suppression de la rente avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 1968 et invité la caisse à réclamer restitution des rentes indûment touchées dès cette date.

L'assurée a interjeté recours de droit administratif. Elle reprend point par point les éléments retenus par le juge cantonal, les rectifie ou les réfute, affirme avoir bien expédié la lettre du 13 avril 1968 et invoque à l'appui divers faits et documents, soutient avoir entièrement satisfait aux exigences de l'article 77 RAI, nie toute négligence, conteste non pas la suppression de la rente dès fin octobre 1971 mais l'effet rétroactif de cette suppression et conclut à la remise du remboursement de la somme qui lui est réclamée selon le jugement de première instance.

L'autorité de première instance conclut au rejet du recours, tandis que la caisse intimée s'en remet à justice. L'OFAS propose quant à lui l'admission partielle du recours. D'une part, il estime que le recours doit en tout cas être admis pour la période d'avril à octobre 1971, l'assurée ayant dûment informé les organes de l'AI au plus tard par sa lettre-réponse du 3 avril 1971. D'autre part, il pense que l'année 1968 peut être considérée comme temps d'essai et met de plus l'assurée au bénéfice d'une présomption de véracité quant à la rédaction et à l'envoi de sa lettre du 13 avril 1968; mais la passivité ultérieure de l'assurée, que la continuation du versement de la rente durant trois ans encore devait alerter, ne lui paraît plus conciliable avec les exigences de la bonne foi, à partir d'une date qu'il laisse au tribunal le soin de fixer *ex aequo et bono*.

Le TFA a admis le recours notamment pour les motifs suivants:

1. 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 (art. 41 LAI). En règle générale, une réduction ou suppression de rente à la suite d'une telle revision prend effet dès le moment où la décision de revision a été rendue (art. 88 bis, 1^{er} al., RAI). La rente est toutefois réduite ou supprimée avec effet rétroactif à la date où la modification déterminante est intervenue, lorsque le bénéficiaire a violé l'obligation de renseigner prescrite à l'article 77 RAI (art. 88 bis, 2^e al., RAI).

L'article 77, 1^{er} alinéa, RAI dispose que « l'ayant droit ou son représentant légal, toute personne ou autorité à qui la prestation est payée, doit communiquer immédiatement à la caisse de compensation tout changement important qui peut avoir des répercussions sur le droit aux prestations, en particulier ceux d'entre eux qui concernent l'état de santé, la capacité de gain ou de travail, l'impotence, la situation personnelle et éventuellement économique de l'assuré ». Cette obligation est depuis longtemps déjà expressément rappelée aux bénéficiaires de rentes, par sa mention au verso de la décision d'octroi de la rente.

2. Dans l'espèce, la recourante admet en soi la suppression de la demi-rente qui lui avait été antérieurement allouée. Ce en quoi elle a indiscutablement raison, tant il est évident que le taux de son invalidité au sens des articles 4 et 28 LAI n'atteint de longue date plus la moitié. La commission AI a estimé que la modification déterminante était intervenue le 1^{er} janvier 1969, et l'OFAS se rallie à cet avis en qualifiant l'année 1968 de temps d'essai. L'autorité de première instance a considéré au contraire que les conditions du droit à la rente avaient cessé d'être données le 1^{er} janvier 1968 déjà. Ce point souffre de demeurer indécis, ainsi qu'il résulte des considérants suivants.

La recourante conteste en effet le caractère rétroactif attribué à cette suppression: bien qu'elle conclue formellement à la « remise de remboursement », toute son argumentation tend à démontrer qu'elle a satisfait aux exigences de l'article 77 RAI. Il faut ainsi décider au premier chef si l'on se trouve ou non en présence de l'état de fait visé par l'article 88 bis, 2^e alinéa, RAI. Ce n'est que si et dans la mesure où cette question est résolue affirmativement que se pose le problème de la répétition d'un indû et de son éventuelle remise.

3. L'intéressée affirme avoir informé la caisse de compensation intimée de la pleine reprise de son emploi et produit à l'appui une photocopie d'une lettre qu'elle dit avoir adressée à la caisse le 13 avril 1968.

Lors de son prononcé, notifié par la décision attaquée, la commission AI n'avait aucune connaissance de cette lettre, qui n'est apparemment jamais parvenue à l'administration, et devait donc nécessairement tenir l'article 88 bis, 2^e alinéa, RAI pour applicable. Elle n'avait pas de motif de modifier son attitude lors de sa prise de position sur le recours, qui ne mentionnait pas une telle communication. C'est en effet dans le cours ultérieur de la procédure cantonale que la recourante a fait état pour la première fois de ce document. Les premiers juges en tirent argument pour mettre en doute la réalité de la rédaction ou, en tout cas, de l'expédition de la lettre en question.

Il est certes fort exceptionnel qu'une lettre s'égare à tout jamais et sans laisser de trace. Des pertes sont néanmoins parfois possibles, comme aussi des erreurs d'acheminement ou de classement, même au sein du service le mieux organisé. Le fait que la lettre du 13 avril 1968 ne figure pas au dossier de son destinataire ne vaut donc pas preuve qu'elle ne lui a pas été adressée. De même, la production tardive de cette lettre en cours de procédure ne permet aucune conclusion. Si la décision administrative mentionnait une violation de l'article 77 RAI, elle n'en indiquait pas la nature; la caisse elle-même ne la connaissait pas et, en réponse à la question que l'assurée lui posait à ce propos, déclarait tout ignorer du dossier médical et ne pouvoir par conséquent prendre parti. Il est dans tous les cas contraire aux pièces de prétendre — comme le fait le jugement cantonal — que l'intéressée ait contesté dans son mémoire de recours « avoir commis une négligence en n'informant pas l'administration de changements importants survenus dans sa situation professionnelle ». On doit plutôt admettre que la recourante n'a eu connaissance de la nature de la violation

qui lui était reprochée qu'à réception de la lettre de la commission de recours du 19 juillet 1972 attirant son attention sur le fait que la décision allait être réformée à son détriment. La recourante n'avait ainsi aucune raison de faire état auparavant déjà de ce document.

Sans doute peut-il paraître surprenant que l'abondante correspondance ultérieure ne fasse aucune allusion à la lettre du 13 avril 1968, alors qu'elle renvoie fréquemment à d'autres lettres. Mais cette correspondance traitait de questions étrangères au droit à la rente, et même les lettres par lesquelles la commission AI s'est enquisse à fin 1970 de la situation professionnelle de l'intéressée concernaient d'abord d'autres prestations et ne spécifiaient pas le but des renseignements demandés. Il est enfin inconcevable que l'assurée ait pu songer en 1968 à se créer un alibi pour l'avenir, en écrivant une lettre factice, qu'elle était décidée à ne pas expédier. La recourante établit à ce propos que celle du 13 avril 1968 a été dactylographiée au moyen d'une machine dont les caractères n'apparaissent plus dans la correspondance postérieure à l'achat d'une nouvelle machine (avec reprise de l'ancienne); d'ailleurs, même en l'absence d'un tel élément, une accusation de cette nature serait trop grave pour être lancée sans indices concrets, dont il n'existe aucune trace en l'espèce...

Rien ne permet ainsi de suspecter l'honnêteté de la recourante. Il faut donc admettre la réalité tant de la rédaction que de l'expédition de la lettre du 13 avril 1968. Cela étant, l'assurée a satisfait en 1968 aux exigences de l'article 77 RAI, en communiquant comme il se devait à la caisse de compensation les changements survenus dans sa situation professionnelle.

4. Si l'assurée a satisfait en 1968 aux exigences de l'article 77 RAI, il n'en découle pas nécessairement qu'elle doit être réputée avoir rempli ses obligations tout au long de la période ultérieure de perception des prestations et que la suppression de la rente lors d'une révision subséquente ne saurait avoir jamais d'effet rétroactif. Le silence d'un bénéficiaire qui, après avoir annoncé un changement pouvant avoir des répercussions sur le droit aux prestations, continue à toucher ces dernières sans réagir d'aucune sorte peut devenir à la longue incompatible avec les règles de la bonne foi, lorsque ce bénéficiaire sait ou devrait savoir — ou même a ou devrait avoir des motifs de penser — qu'il n'y a plus droit. Passé un certain délai, une telle passivité est en tous points assimilable à la violation de l'obligation de renseigner selon l'article 77 RAI.

Dans l'espèce, l'OFAS relève avec raison combien il est surprenant que la continuation du versement de la demi-rente des années durant n'ait pas alerté l'assurée, alors qu'elle travaillait à plein temps et avec un salaire entier. Quoi qu'en dise la recourante, on ne peut lui épargner le reproche d'une certaine négligence. Cette négligence atteint-elle un degré tel que, à partir d'une date à déterminer, elle serait devenue incompatible avec les règles de la bonne foi? La réponse ne peut résulter que d'une appréciation de l'ensemble des circonstances du cas concret.

Il est des éléments qui, pris isolément, peuvent donner l'impression que l'assurée savait ou tout au moins devait penser n'avoir plus droit à la rente. Cette impression toutefois s'estompe, au point de s'évanouir, si l'on place ces éléments dans leur contexte. On ne saurait ainsi tirer argument de déclarations faites dans le cadre du recours de droit administratif, soit à un moment où les questions litigieuses s'étaient clairement cristallisées, pour en déduire que l'intéressée avait auparavant déjà la même vue de la situation. Le fait que la lettre du 13 avril 1968, annonçant la reprise du travail à plein temps, pose la question d'une éventuelle influence sur le droit à la rente ne signifie pas non plus nécessairement que l'assurée devait avoir conscience ultérieu-

rement d'une perte de son droit, tant l'exercice de l'activité était conditionné par d'autres frais et mesures.

L'autorité de première instance relève les nombreuses requêtes et démarches de l'assurée, en vue d'obtenir les prestations les plus diverses. Mais certaines des mesures accordées par l'AI étaient en relation directe avec une plus ample utilisation de la capacité de travail (ainsi par exemple les aménagements au lieu de travail), ce qui devait amener la requérante à croire que les organes de l'assurance connaissaient l'évolution de sa situation; si la coordination entre ces organes n'a pas toujours été parfaite et si jamais une vérification du droit à la rente n'a été envisagée, on ne saurait l'imputer à faute à l'assurée. La multitude des requêtes et démarches ne permet pas non plus de conclure, à l'instar du juge cantonal, à une connaissance parfaite des règles de l'AI... Si la complexité extrême du cas concret et les imbrications des diverses mesures expliquent les incertitudes parfois manifestées par l'administration, à plus forte raison faut-il admettre de la part d'une assurée certaines ignorances non fautives.

L'appréciation de l'ensemble des circonstances du cas concret aboutit ainsi à la conclusion que, si le long silence de la recourante reflète certes quelque négligence, celle-ci n'apparaît pas telle que la passivité pût être assimilée à une violation de l'obligation de renseigner selon l'article 77 RAI.

5. Cela étant, la suppression de la demi-rente à la suite de la revision ne saurait avoir d'effet rétroactif. Cette suppression doit bien plutôt intervenir dès le moment où la décision de revision a été rendue, conformément à l'article 88 bis, 1^{er} alinéa, RAI.

La décision de revision a été prise le 3 novembre 1971. Une application littérale des instructions administratives (Directives concernant les rentes, chiffre 1041) aboutirait à supprimer la rente dès le 30 novembre 1971, dont un arrérage devrait encore être versé pour le mois en cours. Toutefois, dans l'espèce, le service de la demi-rente a été suspendu dès le 31 octobre 1971, et il serait choquant d'accorder après coup une prestation dont les conditions d'octroi n'étaient de longue date plus remplies. La recourante d'ailleurs ne le demande pas. Aussi y a-t-il lieu de prononcer que la suppression de la demi-rente prend effet dès le 31 octobre 1971.

CHRONIQUE MENSUELLE

La *commission des questions d'organisation* a tenu sa 6^e séance le 12 mars sous la présidence de M. Granacher, de l'Office fédéral des assurances sociales. Elle a discuté du supplément II aux directives concernant le certificat d'assurance et le CI. En outre, ses membres ont été informés au sujet de l'utilisation du numéro AVS en dehors des assurances sociales fédérales.

*

La *sous-commission spéciale de l'assurance facultative*, constituée par la Commission fédérale de l'AVS/AI, s'est réunie le 15 mars sous la présidence de M. Frauenfelder, directeur de l'Office fédéral des assurances sociales. La discussion a porté sur des questions de principe touchant l'assurance facultative des Suisses à l'étranger. La sous-commission examinera de près, dans sa deuxième séance qui se réunira probablement en octobre, les règles actuellement appliquées en la matière.

*

La *modification de la LAVS* au 1^{er} janvier 1975 a été discutée par le Conseil national les 18 et 19 mars. Celui-ci a accepté le projet de la commission par 137 voix contre 4. On trouvera plus de détails à ce sujet à la page 146. Il appartiendra maintenant au Conseil des Etats de se prononcer.

*

Le 27 mars, le Conseil fédéral a décidé de compléter l'article 3 du *règlement d'exécution de la loi sur les allocations familiales dans l'agriculture* par un second alinéa. Aux termes de la nouvelle disposition, les personnes qui, en qualité d'indépendants, exploitent un alpage, au moins pendant trois mois sans interruption, ont droit pour la durée de cette activité aux allocations pour enfants.

Cette modification a pris effet le 1^{er} avril 1974.

Les modifications de la LAVS devant le Conseil national

Les lecteurs de la RCC ont été informés en détail, par le numéro de janvier 1974 (pp. 2 ss), des modifications de lois proposées dans le message du Conseil fédéral du 21 novembre 1973. On sait que la commission du Conseil national a décidé, néanmoins (RCC 1974, p. 98), de ne pas se prononcer, pour le moment, sur le projet du Conseil fédéral, mais de charger celui-ci de donner son avis sur une série de questions au moyen d'un message complémentaire. Etant donné qu'il faudra plusieurs mois pour mettre au point ce document, la commission a élaboré elle-même un projet de loi pour accélérer la procédure et l'a soumis au Conseil national. Celui-ci a examiné ce projet dans ses séances des 18 et 19 mars et l'a accepté, dans la teneur ci-après, par 137 voix contre 4.

Décisions du Conseil national du 19 mars 1974

I. Modifications de la LAVS

Article 42, 1^{er} alinéa, LAVS

¹ Les ressortissants suisses domiciliés en Suisse qui n'ont pas droit à une rente ordinaire ou dont la rente ordinaire est inférieure à la rente extraordinaire ont droit à cette dernière si les deux tiers de leur revenu annuel, auquel est ajoutée une part équitable de leur fortune, n'atteignent pas les limites ci-après :

Pour les bénéficiaires de	Francs
— rentes simples de vieillesse et rentes de veuves	7 800
— rentes de vieillesse pour couples	11 700
— rentes d'orphelins simples et doubles	3 900

Article 101 LAVS (nouveau)

Subventions pour la construction

¹ L'assurance peut allouer des subventions pour la construction, l'agrandissement et la rénovation d'établissements et d'autres installations pour personnes âgées.

² Le Conseil fédéral détermine les établissements et les installations prévus au 1^{er} alinéa pour lesquels des subventions sont allouées, ainsi que les conditions d'octroi des subventions. Il fixe le montant des subventions.

³ Les subventions de l'assurance sont allouées dans la mesure où des subventions conformes au 1^{er} alinéa ne sont pas accordées en vertu d'autres lois fédérales.

II. Modifications de la LPC

Article 2, 1^{er} alinéa, LPC

¹ Les ressortissants suisses domiciliés en Suisse qui peuvent prétendre une rente de l'AVS, une rente ou une allocation pour impotent de l'AI, doivent bénéficier de prestations complémentaires si leur revenu annuel déterminant n'atteint pas un montant à fixer dans les limites ci-après:

- pour les personnes seules et pour les mineurs bénéficiaires de rentes d'invalidité, 6600 francs au moins et 7800 francs au plus;
- pour les couples, 9900 francs au moins et 11 700 francs au plus;
- pour les orphelins, 3300 francs au moins et 3900 francs au plus.

Article 4, 1^{er} alinéa, lettre b, LPC

¹ Les cantons sont autorisés à

b. Prévoir une déduction pour loyer jusqu'à concurrence d'un montant annuel de 1800 francs pour les personnes seules et de 3000 francs pour les couples et les personnes qui ont des enfants ayant ou donnant droit à une rente pour la part du loyer qui dépasse 780 francs dans le premier cas ou 1200 francs dans le second.

Article 10, 1^{er} alinéa, lettre a, LPC

¹ Il est alloué annuellement:

a. Un montant maximum de 11,5 millions de francs à la fondation suisse Pro Senectute;

Article 10, 2^e alinéa, LPC

² Les subventions en faveur des fondations suisses Pro Senectute et Pro Juventute sont allouées à l'aide des ressources de l'AVS, et celles dont bénéficie Pro Infirmis à l'aide des ressources de l'AI.

Article 11, 1^{er} alinéa, lettre b, LPC

¹ Les subventions sont allouées aux institutions

b. Pour verser des prestations uniques ou périodiques à des ressortissants étrangers, à des réfugiés et à des apatrides nécessiteux qui sont domiciliés en Suisse et y résident depuis cinq ans au moins, à la condition qu'un événement assuré au sens des lois sur l'AVS ou sur l'AI se soit réalisé.

III. Compensation du renchérissement pour l'année 1974

1. Allocation unique

¹ Une allocation unique sera versée en 1974 en sus des rentes et allocations pour impotents de l'AVS/AI.

² L'allocation consiste en un second versement de toute rente ou allocation pour impotent à laquelle le bénéficiaire a droit selon les lois fédérales sur l'AVS/AI pour un mois donné, qui sera déterminé par le Conseil fédéral.

³ Les allocations forfaitaires ne seront pas versées à double.

2. Non-imputation de l'allocation lors de la détermination du droit aux rentes extraordinaires et aux prestations complémentaires

L'allocation n'est pas considérée comme revenu au sens de l'article 42 de la loi fédérale sur l'AVS et de l'article 3 de la loi fédérale sur les PC.

3. Financement

Les pouvoirs publics n'ont pas à verser, pour les prestations mentionnées au chiffre 1, les contributions prévues aux articles 103 à 105 de la loi fédérale sur l'AVS et à l'article 78 de la loi fédérale sur l'AI.

4. Supplément de prestation complémentaire

¹ Les cantons qui versent un supplément de prestation complémentaire pour le mois fixé par le Conseil fédéral conformément au chiffre 1^{er}, 2^e alinéa, reçoivent, pour leurs dépenses supplémentaires, mais au maximum pour un supplé-

ment égal au montant mensuel, des subventions conformément à l'article 9 de la loi fédérale sur les PC.

² Dans les cantons qui ne sont pas en mesure d'adapter à temps leur législation sur les PC, le gouvernement cantonal peut décider le versement d'un supplément de prestation complémentaire au sens du 1^{er} alinéa et en fixer le montant.

IV. Augmentation des rentes en cours au 1^{er} janvier 1975

¹ Les rentes ordinaires de l'AVS/AI en cours au 1^{er} janvier 1975 sont converties en rentes complètes et partielles selon le nouveau droit. A cet effet, on augmente, par conversion, le revenu annuel moyen déterminant jusqu'ici à l'aide du facteur 1,25 pour les rentes qui sont nées avant le 1^{er} janvier 1974 et du facteur 1,2 pour celles qui sont nées en 1974.

² Le montant des nouvelles rentes ne peut en aucun cas être inférieur à celui des anciennes rentes. Sont réservées les réductions pour cause de surassurance.

V. Dispositions transitoires

1. Subventions pour la construction pendant la période transitoire

Des subventions au sens de l'article 101 de la loi fédérale sur l'AVS peuvent être allouées aussi pour les constructions et les installations dont l'exploitation a commencé en 1974.

2. Abrogation de dispositions légales

Les dispositions suivantes de la loi fédérale du 30 juin 1972 modifiant celle qui concerne l'AVS ainsi que les lois qui sont en rapport avec elle (huitième révision de l'AVS) sont abrogées:

- section VI/1, article 42, 1^{er} alinéa,
- section VI/2,
- section VIII/1/c, 2^e alinéa.

VI. Dispositions finales

¹ Le Conseil fédéral est chargé de l'exécution.

² La présente modification est soumise au référendum facultatif.

³ Les sections I, II, IV et V entrent en vigueur le 1^{er} janvier 1975. Le Conseil fédéral fixera la date de l'entrée en vigueur de la section III.

Quelques extraits des délibérations

Le partage du projet en deux catégories de mesures, les mesures immédiates et les mesures à long terme, a été accueilli favorablement; il permet, en effet, de reconsidérer à fond la politique à suivre, depuis 1976, dans le domaine des rentes AVS. Cependant, le programme immédiat a été controversé sur divers points, et il a fallu plusieurs votes pour le mettre à jour.

Dafflon (Parti du travail, Genève) avait demandé des limites de revenu plus élevées pour les rentes extraordinaires et les PC. Toutefois, sa proposition de modifier l'article 42, 1^{er} alinéa, LAVS fut rejetée par 117 voix contre 7, si bien qu'il renonça à un deuxième vote concernant l'article 2, 1^{er} alinéa, LPC.

A propos du nouvel article 101 LAVS, qui doit permettre à l'AVS de subventionner la construction, l'agrandissement et la rénovation de homes et autres établissements pour les personnes âgées, la Chambre dut examiner deux propositions émanant du même conseiller, ainsi que de *Bräm* (rép., Zurich). Ces deux députés estimaient que le versement de telles subventions ne devrait pas incomber à l'AVS, bien que le nouvel article 23 quater Cst. le prévoie expressément à son 7^e alinéa. Un vote éventuel donna la préférence à la proposition *Bräm*; toutefois, le vote principal rejeta les deux suggestions par 130 voix contre 7.

La question d'une compensation du renchérissement pour 1974 fut également controversée. Dans son projet du 21 novembre 1973, le Conseil fédéral n'avait proposé que le versement d'un supplément aux bénéficiaires de PC; il avait renoncé à une double rente AVS mensuelle, analogue à celle de 1972. Depuis lors, cependant, le coût de la vie a augmenté à tel point (et cette hausse se poursuivra sans doute cette année) qu'il a fallu adopter une autre solution. La commission du Conseil national a donc proposé le versement d'une double rente mensuelle qui, convertie en un montant annuel, représentera une compensation du renchérissement de 8,3 pour cent. La Confédération et les cantons doivent être dispensés de contribuer à cette dépense spéciale (AVS 20 pour cent, AI 50 pour cent). Cette proposition de la commission a été combattue par *Aubert* (lib., Neuchâtel) qui a repris l'ancienne proposition gouvernementale, bien que le conseiller fédéral Hürlimann ait déclaré expressément que le pouvoir exécutif se ralliait désormais à l'avis de la commission. L'intervention *Aubert* fut repoussée par 136 voix contre 11.

De longs débats furent consacrés à la section IV du projet de loi, qui concerne la hausse des rentes en cours le 1^{er} janvier 1975. Il s'agissait de se prononcer, ici, sur deux propositions *Brunner* (rad., Zoug). Dans sa proposition principale, ce conseiller voulait biffer ce passage du projet; cela aurait entraîné — conformément aux décisions du 30 juin 1972 — une augmentation de 25 pour cent dans le cas des nouvelles rentes, mais dans le cas des rentes en cours (à l'exception des rentes minimales) une augmentation de 20 pour cent seulement. Les partisans de la proposition présentée par la commission pouvaient cependant alléguer que la compensation du renchérissement survenu depuis le 1^{er} janvier 1973 justifiait, pour 1975, une hausse de 25 pour cent; on devrait être content de parvenir, ainsi, à rattraper le renchérissement des

années 1973 et 1974. La proposition éventuelle de Brunner prévoyait également une hausse de rentes de 25 pour cent, mais était liée à une modification du facteur de revalorisation pour les moyennes déterminantes des revenus. Par 124 voix contre 25, le Conseil donna la préférence à la proposition de la commission, contre cette proposition éventuelle, et rejeta ensuite, par 127 voix contre 22, la proposition principale. D'après la teneur finalement adoptée, il y aura non pas une augmentation purement linéaire des rentes de 25 pour cent, mais une conversion des revenus déterminants, conçue de manière que la même table de rentes soit applicable aux anciennes et aux nouvelles rentes. Pour les rentes prenant naissance en 1974, on appliquera cependant un facteur de conversion un peu plus bas en ce qui concerne la moyenne des revenus, parce que le niveau nominal du revenu des assurés en cause est déjà un peu plus haut que chez les rentes nées précédemment.

La suite des travaux

La loi adoptée par le Conseil national, avec ses *mesures immédiates*, doit encore être discutée par le Conseil des Etats. La commission de celui-ci étudiera le projet les 13 et 14 mai, et le Conseil lui-même l'examinera lors de la session d'été qui doit commencer le 10 juin. Le vote final interviendra probablement en juin; peu après, la loi sera publiée, et le délai d'opposition de 90 jours commencera à courir. Si aucune opposition aux décisions prises ne semble se manifester, le Conseil fédéral ordonnera probablement, avant l'expiration du délai, le versement de la double rente mensuelle pour septembre 1974.

En ce qui concerne la *réglementation à long terme dès 1976*, c'est pour le moment au Conseil fédéral de jouer. Avant de présenter aux Chambres son message complémentaire, il consultera — ainsi que le prescrit l'article 73 LAVS — la Commission fédérale de l'AVS/AI qui se compose de 50 membres. Lorsque le message sera rédigé, la commission du Conseil national reprendra ses discussions. Selon le désir de la commission, ce message doit répondre aux questions suivantes:

1. *Possibilités de dynamisation partielle des rentes en cours avec des renseignements précis sur leurs répercussions financières et administratives et sur leurs rapports avec la loi, en préparation, concernant le deuxième pilier.*

2. *Etude et indications sur la manière dont les contributions des pouvoirs publics découlant du projet de loi pourront être couvertes, à court et à long terme.*

3. *En relation avec la revalorisation individuelle des revenus, innovation envisagée dans le domaine du calcul des rentes:*

a) *Renseignements (avec exemples) concernant les effets d'un tel système sur les rentes des survivants et des invalides; informations quant à la question de savoir si ce système implique ou non la nécessité d'augmenter le taux maximum du supplément au revenu des invalides, prévu à l'article 36, 3^e alinéa, LAI;*

- b) *Etude de la possibilité, lors du calcul des rentes, de revaloriser dans une mesure plus forte les revenus des femmes qui sont inférieurs à ceux des hommes en raison de l'inégalité de rémunération.*

Les jeunes invalides et l'AI

(deuxième suite) ¹

4. Mesures de réadaptation professionnelles

(Bases: art. 15 à 18 LAI; art. 5, 6, 6 bis et 7 RAI; circulaire concernant les mesures de réadaptation d'ordre professionnel)

a) Généralités

En principe, toutes les mesures de réadaptation professionnelles prévues par la LAI visent une formation et une intégration professionnelles aussi parfaites que possible. Le TFA, dans la mesure où il s'est occupé de cette question, ne s'est prononcé que sur l'étendue des prestations dues par l'AI. Il a reconnu que le but de cette formation aussi bonne que possible, donnée aux frais de l'AI, était atteint lorsque l'assuré — donc aussi l'assuré jeune — était parvenu, dans la profession qu'il avait choisie et qui paraissait la plus adéquate en tenant compte de tous les facteurs de réadaptation, à un niveau de perfectionnement qui correspondait à celui de candidats bien portants.

Pour qu'il soit possible d'atteindre un tel but, il faut prendre en considération non seulement les conditions posées par la loi, mais aussi un certain nombre d'autres facteurs objectifs et subjectifs, par exemple la demande de certaines spécialités sur le marché de l'emploi, les perspectives de gain et d'avancement professionnel, les exigences posées par les employeurs à leurs candidats, les possibilités de mettre à profit les connaissances acquises, les préférences professionnelles de l'intéressé, etc. C'est en tenant compte au mieux de toutes les données dont dépend le succès d'une formation professionnelle et d'une tentative de réadaptation, et alors seulement, que l'on aura des chances de réaliser la réadaptation durable et optimale visée par l'AI.

Les mesures d'ordre professionnel que la loi prévoit à l'intention des jeunes gens comprennent, en premier lieu, l'orientation professionnelle, la formation professionnelle initiale et le placement; on peut citer en outre le reclassement dans une autre activité lucrative et l'aide en capital.

¹ Voir RCC 1974, pp. 67 et 106. Cette série d'articles sera terminée dans le prochain numéro. On peut en commander des tirages à part.

b) Orientation professionnelle

Les jeunes assurés à qui l'invalidité impose des restrictions dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité ont droit à l'orientation professionnelle en vertu de l'article 15 LAI. Les conseils pour le choix d'une profession leur sont donnés par un personnel spécialisé (personnel d'un office régional AI ou d'un service social). L'orientation professionnelle prise en charge par l'AI peut être ambulatoire ou stationnaire; elle comprend toutes mesures visant à révéler à l'assuré ses possibilités professionnelles, y compris les essais pratiques, par exemple les séjours d'observation et les stages.

L'orientation professionnelle des jeunes gens par des organes spécialisés, prévus dans la LAI, joue un rôle essentiel, puisqu'il s'agit avant tout de déterminer quels sont les éléments qui garantissent une réadaptation aussi bonne que possible. On établit donc à cet effet un plan de réadaptation systématique.

c) Formation professionnelle initiale

On considère comme formation professionnelle initiale, selon l'article 5, 1^{er} alinéa, RAI, tout apprentissage ou formation accélérée, ainsi que la fréquentation d'écoles supérieures, professionnelles ou universitaires, faisant suite aux classes de l'école publique ou spéciale fréquentées par l'assuré. La préparation des jeunes invalides à un travail auxiliaire ou à une activité dans un atelier protégé, leur formation dans une nouvelle profession (au cas où ils auraient entrepris, par suite d'invalidité, mais sans l'intervention de l'AI, une activité lucrative qui ne leur convient pas à la longue), ainsi que le perfectionnement professionnel susceptible d'améliorer sensiblement la capacité de gain sont assimilés, selon l'article 16, 2^e alinéa, lettres *a* à *c*, LAI, à la formation professionnelle initiale au sens du 1^{er} alinéa de cette disposition.

En cas de formation professionnelle initiale, l'AI prend en charge les frais supplémentaires occasionnés par l'invalidité, dans la mesure où ils dépassent 400 francs par an et où la formation envisagée correspond aux aptitudes du jeune invalide, qui ne doit pas avoir exercé déjà une activité lucrative. L'AI assume donc, d'après cette règle fixée par la loi, seulement les frais supplémentaires dus à l'invalidité; elle se borne ainsi — selon la volonté du législateur — à la prise en charge du surcroît de dépenses que l'invalidité impose dans la formation professionnelle. D'après ce principe, on calcule ces frais supplémentaires en comparant les dépenses faites pour la formation professionnelle, après la survenance de l'invalidité, aux frais qui auraient dû être supportés, avec un apprenti valide, pour atteindre le même but professionnel ou un but analogue. Il existe cependant deux exceptions à cette règle, qui doivent être signalées ici pour tenir compte des diverses possibilités s'offrant dans la pratique. Si le jeune assuré a déjà entrepris une formation avant de devenir invalide, mais ne peut la poursuivre à cause de son infirmité, les frais qui auraient été consacrés à l'achèvement de cette formation sont comparés à ceux qui doivent, effectivement, être pris en compte pour la nouvelle formation mieux adaptée à l'état de santé de l'intéressé. Dans les cas où le jeune assuré aurait manifestement reçu une formation professionnelle moins coûteuse, n'étant pas invalide, on s'écarte également du principe habituel pour

déterminer les frais supplémentaires si l'invalidité a été la cause essentielle qui a dicté le choix de la formation ou du métier. Les dépenses faites pour préparer un jeune invalide à un travail auxiliaire ou à une activité dans un atelier protégé, alors que la capacité de gain de l'intéressé ne peut être sensiblement améliorée même par les mesures les plus adéquates et les plus complètes, sont considérées, en règle générale, comme étant nécessitées exclusivement par l'invalidité, parce que ce genre de formation n'aurait pas — dans le cas d'un apprenti valide — entraîné de frais spéciaux et qu'ainsi, aucune préparation n'aurait été nécessaire.

On englobe, dans les frais déterminants de la formation professionnelle initiale, les dépenses occasionnées par l'acquisition des connaissances et de l'habileté nécessaires, par exemple l'écolage et autres taxes dues pour l'instruction dans les ateliers, les séminaires, les stages pratiques, etc.; les frais du matériel utilisé pour l'instruction; les frais de transport; les dépenses consacrées à l'achat et à l'entretien des outils personnels et des vêtements de travail; les frais de repas et de logement hors du domicile, nécessités par la formation professionnelle (art. 5, 3^e al., RAI).

Les limites imposées par la loi et la jurisprudence du TFA aux prestations accordées pour la réadaptation professionnelle peuvent, dans l'essentiel, être définies de la manière suivante:

- La formation professionnelle initiale doit se borner à ce qui est nécessaire et adéquat pour atteindre le but de réadaptation fixé (art. 8, 1^{er} al., LAI). Cette règle est déterminante, notamment, pour l'étendue de l'instruction. C'est ainsi que, par exemple, on ne peut, par principe, donner à un jeune invalide une formation plus complète que celle qui serait acquise, normalement, par un apprenti valide pour atteindre le même but professionnel.
- Le genre et la gravité de l'invalidité sont déterminants, en tout premier lieu, pour le choix de la profession, en corrélation avec les aptitudes exigées par l'article 16, 1^{er} alinéa, LAI; des considérations subjectives ne peuvent être acceptées comme décisives pour fixer le niveau de l'instruction entrant en ligne de compte si cela doit entraîner, pour l'AI, des dépenses dépassant les frais supplémentaires fixés d'après la règle ci-dessus.
- Si c'est par exemple une préférence personnelle, et non pas l'invalidité, qui détermine avant tout un choix professionnel plus ambitieux, il faudra calculer les frais supplémentaires, dans tous les cas, d'après la règle de l'article 5, 2^e alinéa, RAI (formation du même genre en cas d'invalidité et de non-invalidité). Le droit de l'AI ne fait donc pas obstacle au choix d'une profession plus élevée; cependant, il faudra que dans un cas de ce genre, les frais supplémentaires soient calculés d'après la règle.

Pour mieux préciser ou définir ces limites, on citera ici quelques arrêts du TFA:

- Le perfectionnement professionnel est mis juridiquement sur le même pied que la formation initiale dans les seuls cas où l'invalidité de l'assuré l'a rendu nécessaire, et autant qu'il en résulte un notable accroissement des

chances de gain. Les prestations de l'AI sont limitées au montant du surcroît de frais lié à l'invalidité. Elles ne sont accordées que si l'assuré utilise toute occasion de gagner sa vie dans la mesure raisonnablement exigible. (Arrêt du 22 février 1972, RCC 1972, p. 697).

- La formation professionnelle initiale doit permettre à l'assuré de mener d'une manière importante et durable des activités grâce auxquelles il gagnera une partie au moins de son entretien... (Arrêt du 26 août 1971, RCC 1972, p. 64).
- L'assuré a droit à une formation dans une nouvelle profession lorsque l'activité lucrative exercée jusqu'ici ne saurait être raisonnablement poursuivie en raison de la nature et de la gravité de l'atteinte à la santé. Cet état de faits doit résulter directement d'une affection au sens de l'article 4 LAI. (Arrêt du 28 janvier 1971, RCC 1971, p. 346).
- La formation professionnelle initiale ne commence qu'au moment où l'assuré est réputé avoir accompli sa scolarité obligatoire. La durée de cette dernière peut varier d'un canton à l'autre. (Arrêt du 14 octobre 1970, RCC 1971, p. 260).
- Par perfectionnement professionnel au sens de l'article 16, 2^e alinéa, lettre c, LAI, il faut entendre la continuation ou le perfectionnement de la formation déjà acquise, en vue d'atteindre un niveau professionnel supérieur dans le même genre de métier. Une seconde formation professionnelle visant un but sensiblement différent ne peut être entreprise qu'à titre de reclassement dans le cadre de l'article 17 LAI. (Arrêt du 11 février 1970, RCC 1970, p. 462).
- Lorsqu'un assuré ne peut, à cause de son invalidité, exercer sa profession — apprise aux frais de l'AI — d'une manière suffisante pour couvrir ses frais d'entretien et doit, par conséquent, choisir un autre métier, il a droit à des prestations de l'AI en vertu de l'article 16, 2^e alinéa, lettre b, LAI, à titre de formation professionnelle initiale.
- Si, conformément à l'article 92 CPS, un assuré a été placé dans un établissement par le tribunal des mineurs, l'octroi des prestations pour la formation professionnelle initiale n'est pas exclu lorsqu'il apparaît que la formation dans un établissement est également nécessaire à cause de l'invalidité. (Arrêt du 16 septembre 1969, RCC 1970, p. 116).

d) Reclassement dans une nouvelle activité lucrative

Lorsqu'un jeune assuré, qui a déjà eu une activité lucrative, ne peut plus continuer à l'exercer à cause de la survenance d'une invalidité ou à cause d'une invalidité imminente, ou lorsque l'exercice de cette activité est sérieusement entravé pour une telle raison, l'AI assume tous les frais qu'entraîne le reclassement dans une autre activité, celle-ci devant toutefois convenir à l'état de santé de l'assuré et à ses aptitudes.

L'expérience a montré que les cas de reclassement étaient plutôt rares chez les jeunes gens; cet aspect de la réadaptation n'est donc que brièvement évoqué ici.

e) *Aide en capital*

En principe, les jeunes assurés invalides, domiciliés en Suisse et capables d'être réadaptés, peuvent demander une aide en capital pour entreprendre ou développer une activité indépendante, ainsi que pour financer des transformations de leur entreprise nécessitées par l'invalidité. Toutefois, jusqu'à présent, aucune prestation de cette catégorie n'a pu être accordée à des jeunes gens. La principale raison en est que les conditions posées sont assez difficiles à remplir. L'assuré doit, en effet, avoir les connaissances professionnelles et les qualités personnelles qu'exige l'exercice d'une activité indépendante; il faut en outre que les conditions économiques de l'affaire paraissent garantir de manière durable l'existence de l'assuré et que les bases financières soient saines (art. 7, 1^{er} al., RAI). Or, il est évident que bien des jeunes gens n'ont pas encore les connaissances professionnelles voulues; dès lors, le succès de cette mesure de réadaptation ne serait pas assuré, ou ne le serait pas suffisamment.

Il est vrai que l'administration a, dans des cas particuliers, mis sur le même pied les travailleurs à domicile, qui doivent installer leur atelier à leurs frais, et les travailleurs indépendants au sens donné à ce terme dans le droit de l'AVS, lorsqu'il s'agissait d'octroyer une aide en capital. Elle a fixé assez bas, dans la pratique, les conditions posées par la loi en ce qui concerne la garantie des moyens d'existence, de manière que les travailleurs à domicile puissent, eux aussi, obtenir des mesures de réadaptation professionnelles. Pourtant, il s'est révélé que de telles prestations étaient peu demandées par des jeunes gens; là où elles étaient sollicitées, elles durent être refusées par les commissions AI, et ceci pour diverses raisons (par exemple parce que les perspectives de gain étaient insuffisantes).

f) *Placement*

Les organes spécialisés de l'orientation professionnelle, notamment (offices régionaux AI et services sociaux), s'efforcent de procurer aux jeunes gens susceptibles d'être réadaptés une activité rétribuée qui leur convienne, éventuellement aussi des places d'apprentissage (cf. art. 18, 1^{er} al., LAI). Toutefois, il ne faut pas y voir un « droit à l'emploi » ou un « droit à une place d'apprentissage ». Cela signifie, bien plutôt, que les jeunes gens qui désirent travailler peuvent bénéficier des démarches — souvent très longues — de l'administration en vue de l'obtention d'un emploi, si cela se révèle nécessaire à la réalisation aussi parfaite que possible du plan de réadaptation. Les frais occasionnés par ces démarches sont entièrement pris en charge par l'AI.

À propos de la réédition de la circulaire concernant les mesures médicales de réadaptation

(1^{er} avril 1974)

La modification de l'article 2 RAI à partir du 1^{er} janvier 1973, ainsi que la nécessité de certaines précisions, ont incité l'OFAS à adapter ou à compléter quelques dispositions de la circulaire du 1^{er} janvier 1972 sur les mesures médicales de réadaptation. Ces modifications concernent en tout 32 chiffres marginaux (désignés ici par l'abréviation ch. m.); nous les reproduisons ci-après, en mettant en parallèle les anciennes dispositions (à gauche) et les nouvelles (à droite).

Les innovations ont porté essentiellement sur les points suivants:

- Application et durée des mesures physiothérapeutiques en cas de paralysie;
- Hippothérapie ou poneythérapie (n'est pas une mesure médicale de l'AI);
- Acupuncture (n'est pas une mesure médicale de l'AI);
- Remise d'appareils de redressement en cas de défauts de la colonne vertébrale chez les jeunes gens;
- Raisons de suivre des cures de bains et d'appliquer l'eurythmie curative; champ d'application de ces mesures;
- Malformations de tous genres des vertèbres;
- Traitement dentaire gêné par une infirmité congénitale (prise en charge des frais de narcose).

Tableau comparatif des dispositions modifiées

(le texte des nouvelles dispositions est valable dès le 1^{er} avril 1974)

*b) Durée de la réadaptation médicale dans les cas de paralysies
et d'autres troubles fonctionnels de la motricité*

Ch. m. 16 a (nouveau)

Dans les cas de paralysies et d'autres troubles fonctionnels de la motricité, qui peuvent être pris en charge conformément à l'article 12 LAI (voir

ch. m. 14 à 16), les mesures physiothérapeutiques doivent être accordées aussi longtemps que, dans l'état actuel des connaissances, l'on peut attendre une amélioration de la fonction de la musculature. Cette amélioration de la capacité de gain ou de l'aptitude à accomplir des tâches particulières (par exemple, le ménage), doit être à vues humaines importante et durable (voir ch. m. 17 à 19 et plus particulièrement ch. m. 18 a).

Ch. m. 16 b (nouveau)

Après la reprise de l'activité lucrative ou des tâches habituelles, les mesures physiothérapeutiques ne peuvent être prolongées au sens du ch. m. 16 a, ou répétées plus tard périodiquement que s'il n'y a pas d'autre moyen de maintenir la capacité fonctionnelle de la musculature nécessaire à l'exercice de l'activité lucrative ou à l'accomplissement des tâches habituelles. La capacité de gain prévisible à long terme doit être d'un tiers au moins.

Ch. m. 16 c (nouveau)

Dans les cas prévus par le ch. m. 16 b, il faut réexaminer de manière appropriée les possibilités d'exercer une activité professionnelle.

Répercussions requises sur la capacité de gain

Ch. m. 18 a (nouveau)

On admet qu'il y a influence importante sur la capacité de gain si les fonctions de la musculature nécessaires à l'exercice d'une activité ou à d'autres tâches peuvent être manifestement améliorées ou maintenues par la physiothérapie.

Maladies infectieuses et parasitaires

Ch. m. 26. Poliomyélite (603) ¹

Le droit aux mesures médicales de réadaptation commence, en règle générale, 4 semaines après le début des paralysies (voir art. 2, 2^e al., RAI et ch. m. 14 ss). Ces mesures peuvent être accordées aussi longtemps que, dans le cas particulier, l'optimum possible de la réadaptation n'est pas atteint.

Le droit aux mesures de réadaptation commence, en règle générale, 4 semaines après le début des paralysies (voir art. 2, 2^e al., RAI et ch. m. 14 ss). La durée de la physiothérapie est précisée par les ch. m. 16 a et 16 b.

Ch. m. 27. Polyradiculite (Guillain-Barré)

Le droit aux mesures médicales de réadaptation commence, en règle générale, 4 semaines après le début des paralysies; dans la forme atypique, évoluant par poussées, de la polyradiculite de Guillain-Barré, ce droit commence 4 semaines après la dernière poussée de paralysies (voir ch. m. 14 ss).

Le droit aux mesures médicales de réadaptation commence, en règle générale, 4 semaines après le début des paralysies; dans la forme atypique, évoluant par poussées, de la polyradiculite de Guillain-Barré, ce droit commence 4 semaines après la dernière poussée de paralysies (voir ch. m. 14 ss). La durée de la physiothérapie est précisée par les ch. m. 16 a et 16 b.

Système nerveux

Ch. m. 36 a (nouveau)

Remarque: En cas de lésions congénitales ou acquises du système nerveux, l'hippothérapie ou poneythérapie n'est ni une mesure médicale de réadaptation au sens des articles 1^{er}, 3^e alinéa, OIC ou 2, 1^{er} alinéa, RAI, ni une mesure pédago-thérapeutique au sens de l'article 19, 2^e alinéa, lettre c, LAI.

¹ Les numéros entre parenthèses renvoient aux numéros de la circulaire concernant la statistique des infirmités.

Organes des sens

Ch. m. 44

Après une opération bilatérale de la cataracte, les assurés ont droit à :
une paire de lunettes pour aphaque, à double foyer,
et une paire de lunettes de remplacement, pour aphaque, à double foyer;
ou à

une paire de lunettes pour aphaque, pour la vision de près,
et une paire de lunettes de remplacement, pour aphaque, pour la vision de loin;
ou à

des verres de contact.

Ceux-ci ne peuvent être fournis que sur indication particulière du médecin;

en plus à une paire de lunettes pour la vision de près,
et une paire de lunettes de remplacement à double foyer pour aphaque.

Après une opération bilatérale de la cataracte, les assurés ont droit à :
une paire de lunettes pour aphaque, à double foyer,
et une paire de lunettes de remplacement, pour aphaque, à double foyer;
ou à

une paire de lunettes pour aphaque, pour la vision de près,
et une paire de lunettes pour aphaque, pour la vision de loin,
et une paire de lunettes de remplacement, pour aphaque, pour la vision de loin;
ou à

des verres de contact.

Ceux-ci ne peuvent être fournis que sur indication particulière du médecin;

en plus à une paire de lunettes pour la vision de près,
et une paire de lunettes de remplacement à double foyer pour aphaque.

Os et organes du mouvement

Ch. m. 68. Spondyloses et ostéochondroses, y compris la maladie de Scheuermann (736-936)

Les spondyloses, les ostéochondroses et la maladie de Scheuermann sont des états pathologiques labiles. Les mesures nécessaires à leur traitement conservateur (repos couché, gymnastique, cure de bains) ne sont pas des prestations de l'AI. L'AI remet comme moyen auxiliaire un appareil orthopédique permettant la fréquentation de l'école ou améliorant la capacité de gain.

Les spondyloses, les ostéochondroses et la maladie de Scheuermann (affection non congénitale appelée aussi épiphysite vertébrale douloureuse de l'adolescence ou cyphose douloureuse des adolescents) sont des états pathologiques labiles. Les mesures nécessaires à leur traitement conservateur (repos couché, gymnastique et massages, cures de bains) ne sont pas des prestations de l'AI.

Toutefois, l'AI peut prendre à sa charge le traitement de ces affections, y compris les appareils correcteurs, lorsque des assurés mineurs sont menacés de graves séquelles stables au sens du ch. m. 21. On admettra le risque de telles séquelles lorsqu'il faut compter avec une progression importante du processus pathologique, qu'existent des déformations cunéiformes de plusieurs corps vertébraux qui peuvent conduire à un enraidissement en dos rond et que le médecin ordonne le port d'un appareil correcteur (un corset à trois points ou un corset de redressement, par exemple) pendant une année au moins.

L'AI prend en charge tout le traitement à partir du moment de la remise de l'appareil correcteur et tant que celui-ci est porté, au plus tard cependant jusqu'à la fin de la vingtième année.

Ch. m. 72. Scoliose idiopathique (non congénitale) (737-937)

En cas de scoliose idiopathique, le traitement conservateur (gymnastique, physiothérapie, appareils de redressement) représente le traitement de l'affection comme telle et n'est pas pris en charge par l'AI.

Ch. m. 72. Scolioses idiopathiques (737-937)

En cas de scoliose idiopathique (affection non congénitale), le traitement conservateur (gymnastique, physiothérapie, appareils de redressement) représente le traitement de l'affection comme telle et n'est pas pris en charge par l'AI chez les assurés majeurs.

En cas de scolioses graves chez des assurés mineurs, le traitement est pris en charge par l'AI selon le ch. m. 21 aussitôt et aussi longtemps qu'il y a menace de séquelles graves. Cela est admis dès le moment où un orthopédiste ordonne le port d'un appareil de redressement (un corset de Milwaukee, par exemple) pendant une année au moins. Les prestations de l'AI ces-

sent aussitôt que l'appareil ne doit plus être porté, au plus tard à la fin de la vingtième année.

Les opérations d'enraidissement, y compris l'opération de Harrington, qui permettent la formation professionnelle ou améliorent considérablement la capacité de gain (ch. m. 17 ss) sont, dans les cas les plus graves, des mesures médicales de réadaptation de l'AI, mais non les traitements conservateurs.

Le traitement par extension qui précède immédiatement une opération d'enraidissement est à la charge de l'AI.

Les opérations d'enraidissement, y compris l'opération de Harrington, qui permettent la formation professionnelle ou améliorent considérablement la capacité de gain (ch. m. 17 et ss) sont, dans les cas les plus graves, des mesures médicales de réadaptation de l'AI.

Le traitement par extension qui précède immédiatement une opération d'enraidissement est à la charge de l'AI.

Délimitation selon la nature de la mesure

Ch. m. 80 a. Acupuncture (nouveau)

L'acupuncture n'est pas une mesure médicale reconnue par l'AI.

Ch. m. 84. Cures de bains

En règle générale, les cures de bains ne constituent un *complément aux mesures chirurgicales de réadaptation prises en charge par l'AI* que si elles ont lieu dans les six mois qui suivent l'intervention. Sinon il faut admettre — sous réserve de circonstances particulières — que le traitement de la maladie primaire (par exemple l'arthrose) est au premier plan (voir aussi ch. m. 62).

Les cures de bains ne constituent un *complément aux mesures chirurgicales de réadaptation* que si elles ont lieu dans les six mois qui suivent l'intervention.

La physiothérapie ambulatoire appliquée pendant trois mois après une opération est l'équivalent d'une cure de bains stationnaire. Après ces délais, l'AI ne peut octroyer des cures de bains ou de la physiothérapie que si celles-ci conduiront probablement à une reprise du travail. Après la reprise du travail, cures de bains et physiothérapie ont valeur de traitement de l'affection comme telle.

Les cures de bains et la physiothérapie pré-opératoires doivent être refusées conformément au ch. m. 13. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse ne donne aucun droit à de la physiothérapie ou des cures de bains post-opératoires.

Ch. m. 85

Les prescriptions spéciales des ch. m. 26, 37 et suivants sont valables pour les *cures de bains après des paralysies*.

Cures de bains lors de paralysies, voir ch. m. 16 a et 16 b.

Ch. m. 86

L'AI prend à sa charge les frais d'une cure de bains effectuée dans la division commune d'un établissement de bains suisse placé sous direction médicale.

Les cures de bains ne sont pas reconnues par l'AI au titre de mesures médicales de réadaptation si leur but prépondérant est d'améliorer l'état général.

Les cures de bains ne sont octroyées que si la physiothérapie ambulatoire (avec logement à domicile) paraît inadéquate ou de pronostic douteux.

Ch. m. 86 a (nouveau)

Les cures de bains, accordées conformément aux ch. m. 84 et 85, seront effectuées dans un établissement de bains suisse, placé sous direction médicale. Elles doivent nécessairement comprendre, outre l'hydrothérapie, des mesures physiothérapeutiques et de la gymnastique médicale active.

Ch. m. 86 b (nouveau)

A la fin de la cure, le médecin de cure oriente le médecin traitant sur le genre de traitement appliqué et son

résultat. Si l'assuré ne peut pas reprendre son travail dans la même mesure que précédemment, la capacité de travail doit être expressément évaluée. D'autres indications importantes pour l'AI figureront sur la formule « rapport médical intermédiaire » (form. 318.537).

Ch. m. 86 c (nouveau)

Lors d'un traitement appliqué dans un établissement qui a conclu une convention tarifaire avec l'OFAS, le paiement des frais est effectué sur la base d'une facture remise directement à l'AI.

A l'exception des frais de thérapie réglés selon les conventions tarifaires passées avec les médecins et les physiothérapeutes, l'assuré aura droit dans tous les autres cas à un forfait journalier approprié pour son logement et sa nourriture en vertu du « Tarif concernant le remboursement des frais lors de cures de bains », édicté par l'OFAS.

La feuille annexe concernant les cures de bains (form. 318.564) qui renseigne l'assuré et les médecins sur la façon de procéder sera toujours jointe à la décision.

Ch. m. 88

Dialyses

Les traitements au moyen de reins artificiels servent au maintien de la vie et ne sont pas des mesures de réadaptation de l'AI.

Dialyses - Hémodialyses

Le traitement, au moyen d'un rein artificiel, d'un adulte, ou d'un mineur qui n'est pas atteint d'une infirmité congénitale du système urogénital (art. 2, OIC, ch. 341 à 360), sert au maintien de la vie et n'est pas une mesure de réadaptation reconnue par l'AI.

Ch. m. 93

Eurythmie

La gymnastique curative eurythmique, destinée à corriger la motricité d'un aveugle, est une mesure médicale de l'AI (voir aussi ch. m. 107).

Eurythmie - « Heileurythmie » (Eurythmie curative)

L'eurythmie curative n'est pas une mesure médicale reconnue par l'AI. Elle peut cependant être prise en charge comme mesure pédago-thérapeutique aux conditions particulières valables pour ce genre de prestations.

Ch. m. 96 a (nouveau). Hippothérapie - Poneythérapie

L'hippothérapie (poneythérapie) n'est ni une mesure médicale de réadaptation au sens des articles 1^{er}, 3^e alinéa, OIC ou 2, 1^{er} alinéa, RAI, ni une mesure pédago-thérapeutique au sens de l'article 19, 2^e alinéa, lettre c, LAI.

Ch. m. 101. Transplantations d'organes

Les transplantations d'organes servent exclusivement au maintien de la vie et ne sont pas prises en charge par l'AI.

Les transplantations d'organes servent exclusivement au maintien de la vie et ne sont pas prises en charge par l'AI, sauf si elles servent au traitement d'une infirmité congénitale chez un assuré mineur.

Traitements dentaires

Ch. m. 208 a (nouveau)

Lorsqu'un traitement dentaire est rendu directement plus difficile par une infirmité congénitale figurant dans l'OIC, les frais de la narcose nécessaire peuvent être pris en charge par l'AI, mais non ceux du traitement dentaire. En règle générale, un tel traitement n'est possible qu'en clinique; dans chaque cas, la narcose doit être appliquée ou surveillée personnellement.

ment par un médecin qui établit lui-même sa note d'honoraires selon le tarif médical de l'AI.

Remarques particulières concernant quelques infirmités congénitales

Ch. m. 213 (152) (nouveau). **Malformations vertébrales congénitales** (vertèbre très fortement cunéiforme, vertèbres soudées en bloc [syndrome de Klippel-Feil], vertèbre bifide, vertèbre aplasique, vertèbre très fortement dysplasique)

Le spina bifida occulta (persistance de l'ouverture d'un ou plusieurs arcs vertébraux sans malformation simultanée du système nerveux central et de ses enveloppes) n'est pas une infirmité congénitale, mais un trouble post-natal de l'ossification de l'arc vertébral. Le ch. m. 381 OIC est réservé.

Ch. m. 213 (206). **Anodontie congénitale totale; anodontie congénitale partielle**, par absence des dents permanentes suivantes: au minimum trois dents antérieures ou cinq dents par mâchoire, ou deux dents juxtaposées par demi-mâchoire

Selon décision du Département fédéral de l'intérieur, l'absence congénitale des deux incisives médianes par mâchoire est également reconnue comme infirmité congénitale.

Pour l'appréciation de l'anodontie partielle, on reconnaît aux canines le caractère de dents antérieures. En revanche, les dents de sagesse sont exclues du compte.

Pour l'appréciation de l'anodontie partielle, on reconnaît aux canines le caractère de dents antérieures. En revanche, les dents de sagesse sont exclues du compte.

Ch. m. 213 (208-210)

La micrognathie inférieure (ch. 208 OIC), *le mordex apertus aut clausus* (ch. 209 OIC) et *la prognathie inférieure* (ch. 210 OIC) peuvent être des anomalies congénitales ou des affections acquises. Ils ne sont reconnus comme infirmités congénitales que s'il existe des déviations verticales ou sa-

La micrognathie inférieure (ch. 208 OIC), *le mordex apertus aut clausus* (ch. 209 OIC) et *la prognathie inférieure* (ch. 210 OIC) peuvent être des anomalies congénitales ou des affections acquises. Ils ne sont reconnus comme infirmités congénitales que s'il existe des déviations verticales ou sa-

gittales extrêmes dans le développement du squelette de la mâchoire.

Si une de ces infirmités est annoncée à une commission AI, celle-ci devra demander pour l'appréciation du cas une téléradiographie (radiographie à distance) du squelette de la face, prise et commentée par un institut universitaire d'orthopédie maxillaire ou par un expert désigné par l'Office fédéral.

gittales extrêmes dans le développement du squelette de la mâchoire.

Si le dentiste traitant atteste que l'assuré présente une telle infirmité, une expertise sera faite par la clinique d'orthopédie maxillaire de l'Institut dentaire universitaire suisse le plus proche ou par un expert désigné par l'Office fédéral. Si cet examen peut être exécuté par le dentiste traitant, celui-ci enverra au centre d'expertises les documents suivants:

- résultats de l'examen clinique (rapport médical)
- modèles sur socle avec marques d'occlusion
- radiographie à distance du crâne de profil et sa description.

Le dernier alinéa (en cas de graves anomalies...) ne change pas.

Ch. m. 213 (279). Coeliakie congénitale (intolérance à la gliadine et à l'albumine du lait)

Il faut distinguer entre

- les nombreuses spécialités diététiques qui sont des préparations enrichies de diverses substances nutritives (par exemple protéines, acides aminés, sels minéraux, vitamines), capables d'améliorer l'état de santé en général, mais *qui n'ont pas le caractère spécifique de médicaments*. L'AI n'accorde aucune contribution pour l'achat de cette sorte de spécialités,
- les spécialités diététiques *qui ont* le caractère spécifique de médicaments, par exemple tous les produits en poudre du commerce, pour la préparation des biberons de laits ou de crèmes, qui ne contiennent pas de gliadine ou d'albumine du lait.

Il faut distinguer entre

- les nombreuses spécialités diététiques qui sont des préparations enrichies de diverses substances nutritives (par exemple protéines, acides aminés, sels minéraux, vitamines), capables d'améliorer l'état de santé en général, mais *qui n'ont pas le caractère spécifique de médicaments*. L'AI n'accorde aucune contribution pour l'achat de cette sorte de spécialités,
- les spécialités diététiques *qui ont* le caractère spécifique de médicaments, par exemple tous les produits en poudre du commerce, pour la préparation des biberons de laits ou de crèmes, qui ne contiennent pas de gliadine ou d'albumine du lait.

L'OFAS fait connaître périodiquement aux commissions AI les limites dans lesquelles peut intervenir le remboursement des frais supplémentaires en cas d'intolérance à l'albumine du lait.

L'Office fédéral fait connaître périodiquement aux commissions AI le montant de la contribution forfaitaire mensuelle. On contrôlera périodiquement (par exemple par la vérification des factures pour les spécialités diététiques) si le régime est suivi. Si les frais déclarés représentent beaucoup moins que la moitié du remboursement forfaitaire, on demandera au médecin traitant un rapport intermédiaire. Si l'assuré ne suit pas le régime prescrit par le médecin, on renoncera, pour l'avenir, à lui rembourser ses frais.

Ch. m. 213 (390). Paralysies, athétoses et dyskinésies cérébrales congénitales

L'utilisation du spasmotron pour le traitement de patients qui souffrent de troubles cérébraux de la motricité (IMC) n'est possible que sous surveillance médicale intensive et ne peut être envisagée qu'en clinique. Les frais d'utilisation de tels appareils pour un traitement à domicile ne sont donc pas assumés par l'AI.

L'utilisation du spasmotron pour le traitement de patients qui souffrent de troubles cérébraux de la motricité (IMC) n'est possible que sous surveillance médicale intensive et ne peut être envisagée qu'en clinique. Les frais d'utilisation de tels appareils pour un traitement à domicile ne sont donc pas assumés par l'AI.

L'hippothérapie (poneythérapie) n'est ni une mesure médicale de réadaptation au sens des articles 1^{er}, 3^e alinéa, OIC ou 2, 1^{er} alinéa, RAI, ni une mesure pédago-thérapeutique au sens de l'article 19, 2^e alinéa, lettre c, LAI.

Ch. m. 213 (425). Anomalies congénitales de réfraction avec acuités visuelles de 0,2 ou moins à un œil avec moins de 0,6 à l'autre, ou 0,4 ou moins aux deux yeux (après corrections des vices de réfraction)

Les insuffisances d'acuité visuelle dont la cause, selon l'ophtalmologue, est une anomalie de réfraction (par exemple myopie ou astigmatisme graves) doivent être colloquées sous chiffre 425 OIC si les autres conditions concernant ce chiffre sont remplies.

Lorsque ces conditions sont remplies, l'assuré mineur a également droit aux contrôles par un ophtalmologue et aux *lunettes* nécessaires accordées au titre de « moyen de traitement ».

De verres de contact peuvent être remis à la place de lunettes si, en plus de la grave anomalie de la réfraction,

- a. il existe une anisométrie d'au moins 3 $\frac{1}{2}$ dioptries en général ou si
- b. on obtient une acuité visuelle bien meilleure qu'avec des verres de lunettes.

La suite ne change pas (voir ci-contre).

Ch. m. 213 (426). Amblyopie congénitale de 0,2 ou moins (après correction du vice de réfraction)

On ne rangera sous chiffre 426 que les faiblesses de l'acuité visuelle résultant d'une disposition congénitale *unilatérale* sans modification morphologique de l'œil amblyope ou des éléments correspondants du système nerveux central, si l'amblyopie atteint 0,2 ou moins après correction du vice de réfraction. On ne tiendra pas compte des anomalies de la réfraction qui n'ont certainement pas de répercussion sur l'amblyopie. S'il existe une amblyopie *bilatérale* de 0,2 ou moins, il faut rechercher en premier lieu une autre infirmité congénitale (ch. 422, 423, mais aussi 403, car les oligophrènes profonds n'acquièrent souvent que tardivement la fixation centrale).

Le reste ne change pas.

Ch. m. 213 (427) (nouveau). Strabisme concomitant unilatéral, s'il existe une amblyopie de 0,2 ou moins, après correction du vice de réfraction

Toute amblyopie de 0,2 ou moins, après correction du vice de réfraction,

associée à un strabisme unilatéral concomitant, est à colloquer sous ce chiffre.

Ch. m. 213 (451). Troubles congénitaux du métabolisme des hydrates de carbone (glycogénoses, galactosémie, intolérance au fructose, hypoglycémie de Mc Quarrie, hypoglycémie de Zetterstroem, hypoglycémie par leucino-dépendance), malabsorption du lactose, malabsorption du saccharose et diabète sucré, si celui-ci est constaté dans les quatre premières semaines de la vie ou s'il était sans aucun doute manifeste durant cette période

La galactosémie est une maladie congénitale rare due à un défaut d'enzyme. L'alimentation du porteur de cette maladie ne doit pas comporter de sucre de lait ou lactose, un disaccharide composé d'une molécule de *galactose* et d'une molécule de glucose. Le défaut de ferment empêche la transformation du galactose en glucose, si bien que la quantité du premier augmente dans le sang, ce qui provoque de graves lésions organiques secondaires (cerveau, rein, foie). Ce trouble enzymatique est d'une importance particulière pour le nouveau-né et le nourrisson, dont l'alimentation est d'abord exclusivement puis partiellement composée de lait.

Les laits en poudre du commerce qui ne contiennent pas de lactose doivent être considérés comme des spécialités diététiques ayant le caractère spécifique d'un médicament au sens des explications données sous chiffre marginal 213 (279).

L'Office fédéral communique périodiquement aux commissions AI les limites dans lesquelles peut intervenir le remboursement des frais occasionnés par l'emploi de ces préparations.

Lorsqu'un diabète sucré est diagnostiqué après les quatre premières semaines de la vie, les commissions AI doivent soumettre le cas à l'Office fédéral avant de prendre une décision.

La galactosémie est une maladie congénitale rare due à un défaut d'enzyme. L'alimentation ne doit pas comporter de sucre de lait (lactose), ce à quoi il faut prendre garde tout particulièrement chez les nouveau-nés et les nourrissons qui sont nourris exclusivement ou partiellement avec du lait.

Les laits en poudre du commerce qui ne contiennent pas de lactose doivent être considérés comme des spécialités diététiques ayant le caractère spécifique d'un médicament au sens des explications données sous chiffre marginal 213 (279).

Pour le remboursement des frais, voir ch. m. 213 (279).

Le dernier alinéa (Lorsqu'un diabète...) *ne change pas.*

Dispositions transitoires

Ch. m. 302

De même, les décisions accordant une prestation qui ont déjà été notifiées ne doivent pas être revues d'office. Lors de nouvelles décisions concernant des affaires en cours (prolongations, autres demandes de prestations), on appliquera toutefois le nouveau droit dès la date de la décision — au plus tôt cependant dès l'entrée en vigueur de ce nouveau droit. Si, en vertu du nouveau droit, l'assuré ne peut plus prétendre de prestations, une décision doit lui être notifiée dans ce sens.

Les décisions par lesquelles des prestations ont été accordées sur la base de l'Ordonnance abrogée du 10 août 1965 et des directives antérieures qui sont contraires au nouveau droit en vigueur doivent être réexaminées d'office, si une mesure a été octroyée au-delà de l'année 1974 ou pour une durée indéterminée. Dans ces cas, on appliquera uniformément le nouveau droit dès le 1^{er} janvier 1975.

Pour des nouvelles demandes de prestations ou des prolongations, seules les prescriptions en vigueur seront applicables.

Problèmes d'application

AVS. A propos de la notion d'année entière de cotisations

(Commentaire de l'arrêt du TFA du 30 janvier 1973 en la cause F. M., publié p. 180)

Le TFA confirme que la notion légale de l'année de cotisations exige une interprétation uniforme. Il rappelle, à ce propos, que les règles publiées sous le N° 362 des directives concernant les rentes ne sont pas applicables lorsqu'il est établi que les cotisations n'ont pas été payées pour plusieurs mois de l'année considérée. C'est d'ailleurs pourquoi — et ceci ne doit jamais être oublié — le N° 363 des directives prescrit que l'on peut prendre en compte une année entière de cotisations seulement si le requérant a été assuré et soumis à l'obligation de cotiser durant toute l'année.

AI. Cours organisés par l'association alémanique BSSV (Union des sociétés de déficients de l'ouïe)¹

(Articles 21 et 74 LAI; N^{os} 122 et 126 de la circulaire concernant la remise de moyens auxiliaires)

Le « Bund Schweizerischer Schwerhörigenvereine » (BSSV) organise chaque année, pour la Suisse alémanique, divers cours en vue de la réadaptation des personnes dures d'oreille. Voici — compte tenu du mode de remboursement des frais, qui varie — les genres de cours à prendre en considération par les commissions AI:

1. Cours d'introduction

Ces cours sont destinés aux assurés *qui reçoivent, pour la première fois, un appareil acoustique*. Les intéressés y apprennent à connaître leur appareil, à le manipuler, à le régler, etc., et subissent en outre un entraînement auditif qui les habituera à des conditions acoustiques nouvelles.

Ces cours sont organisés dans les centrales locales d'appareils acoustiques. Les déficients de l'ouïe qui habitent en Suisse alémanique peuvent également fréquenter le cours central de Lucerne, qui dure 3 jours et demi. Ces cours représentent des mesures individuelles de réadaptation au sens de l'article 8 LAI, dont l'octroi incombe aux commissions AI, notamment là où un appareil acoustique est remis pour la première fois (cf. N^{os} 122 et 126 de la circulaire). Le remboursement des frais s'effectue d'après le tarif conclu entre l'OFAS et le BSSV.

2. Cours centraux

Dans ces cours, qui durent deux semaines, l'assuré est entraîné à *mieux comprendre le langage parlé et à s'entretenir plus aisément* avec autrui (entraînement à l'audition, au langage et à la lecture labiale par des méthodes audiovisuelles et phonétiques modernes).

Ces cours servent avant tout à développer l'habileté au sens de l'article 74 LAI et sont subventionnés en conséquence par l'OFAS en vertu des dispositions régissant l'AI. Etant donné qu'il ne s'agit donc pas ici d'une mesure individuelle au sens de l'article 8 LAI, l'octroi de prestations n'appartient pas aux commissions AI.

Malgré cela, on doit constater encore souvent que des décisions sont rendues aussi pour ces cours centraux de 15 jours. Lorsque de nouvelles demandes seront présentées en vue de la prise en charge des frais occasionnés par la fréquentation de cours du BSSV, on devra par conséquent déterminer de quel genre de cours il s'agit. En cas de doute, on demandera l'avis de l'OFAS.

¹ Extrait du Bulletin de l'AI N^o 164.

Il existe également des cours à l'intention des déficients de l'ouïe en Suisse romande. Ils sont organisés sous l'égide de la Société romande pour la lutte contre les effets de la surdité (SRLS).

**PC. Divergences entre deux ou plusieurs cantons
quant à la compétence pour fixer et verser la PC;
versements provisoires²**

(Art. premier, 3^e al., LPC)

Si deux ou plusieurs organes d'exécution des PC ne peuvent pas se mettre d'accord sur la question du domicile d'un requérant de PC et, partant, sur celle du canton compétent pour fixer et verser la PC, l'organe d'exécution du canton où réside l'assuré doit — après en avoir référé avec les autres organes cantonaux d'exécution des PC pouvant aussi entrer en ligne de compte — lui verser une PC *provisoire*; celle-ci est fixée selon les dispositions du canton de résidence. Le requérant d'une PC doit, en effet, pouvoir bénéficier sans retard de cette dernière. La même réglementation est à appliquer lorsque l'assuré est entré dans un établissement ou y a été placé. Si, par la suite, grâce à une entente intervenue entre les cantons intéressés ou en raison d'un jugement entré en force, c'est un canton autre que celui où réside l'assuré qui est désigné comme compétent pour fixer et verser la PC, ce canton doit — dans le cadre de ses propres dispositions — rembourser au canton de résidence les PC que ce dernier a versées provisoirement.

EN BREF

Anciennes rentes, nouvelles rentes On parle souvent, à propos des travaux de révision de l'AVS actuellement en cours, d'anciennes et de nouvelles rentes. Que faut-il entendre par là, au juste? S'agit-il d'une différence faite entre générations? Nullement. Une nouvelle rente est une rente qui prend naissance à une certaine date, ainsi par exemple une rente simple de vieillesse, en cours dès le 1^{er} janvier 1975, revenant à un assuré qui a eu 65 ans révolus en décembre 1974. La rente de cet homme est donc une nouvelle rente dès le 1^{er} janvier 1975. En revanche, on qualifie d'« anciennes » toutes les rentes qui sont déjà en cours à une date donnée. Exemple: L'assuré qui atteint l'âge de 65 ans révolus en novembre 1974 reçoit, dès le 1^{er} décembre 1974, une nouvelle rente. Toutefois, celle-ci sera déjà devenue une « an-

² Extrait du Bulletin des PC N° 38.

cienne » en janvier 1975. Dans la terminologie habituelle de la loi, on appelle donc les rentes anciennes, d'une manière plus pertinente, les rentes en cours.

Pourquoi donc attache-t-on une si grande importance à la distinction entre les anciennes et les nouvelles rentes, lorsqu'il est question de la revision de l'AVS ? En cas de modification des dispositions légales sur le calcul des rentes, il est évident qu'il faut utiliser, pour la fixation de rentes nouvelles (par exemple de rentes qui prennent naissance le 1^{er} janvier 1975 ou à une date postérieure), la formule de rentes valable dès le 1^{er} janvier 1975. Comment procéder alors pour les rentes anciennes, donc celles qui sont déjà en cours à cette date ? La loi du 30 juin 1972 prévoyait, dans leur cas, une hausse de 20 pour cent (au lieu de 25 pour cent comme il résulte si l'on se fonde, dans le calcul des nouvelles rentes, sur la nouvelle formule). Cependant, d'après la décision prise par le Conseil national le 19 mars 1974 (voir p. 149), cette discrimination entre anciennes et nouvelles rentes doit être abandonnée. La section IV de la loi de revision, dans la teneur adoptée par le Conseil national, prévoit que les rentes en cours doivent être converties en rentes selon le nouveau droit. Cela signifie que dès le 1^{er} janvier 1975, on les calculera d'après la même table que les rentes nouvelles, sous réserve cependant de la décision que prendra, en juin prochain, le Conseil des Etats.

L'adaptation automatique des PC cantonales au droit fédéral modifié

La loi fédérale sur les PC, du 19 mars 1965, est une loi de subventionnement. C'est pourquoi il incombe aux cantons de promulguer, dans le cadre du droit fédéral, des dispositions concernant le calcul et le versement des PC. Les cantons doivent, notamment, fixer les limites de revenu qui sont déterminantes pour le calcul de ces prestations (tandis que la Confédération ne prévoit ici que des taux limites); en outre, ils peuvent augmenter, jusqu'au maximum admis par le droit fédéral, les déductions fixes du revenu tiré de l'activité lucrative et du revenu sous forme de rentes et admettre, en outre, une déduction pour frais de loyer. Lorsque les taux limites de la loi fédérale sont révisés, cela entraîne en général une modification des lois cantonales. Ces revisions occasionnent, la plupart du temps, un gros travail, et ceci tout particulièrement dans les cantons où l'adaptation aux modifications du droit fédéral est de la compétence des autorités législatives et non pas du Conseil d'Etat.

Compte tenu de l'évolution rapide des prescriptions fédérales, le Conseil d'Etat zurichois, se fondant sur l'initiative populaire pour une revision de la loi sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI fédérale, du 7 février 1971, a demandé au Grand Conseil que l'on adopte un « automatisme » permettant une adaptation immédiate aux modifications du droit fédéral. Selon ce projet, il faudrait, dans chaque cas où il s'agit d'établir quel est le droit de l'assuré aux PC, appliquer les taux maximaux admis par le droit fédéral pour les limites de revenu, la déduction forfaitaire du revenu et la déduction des frais de loyer.

Un canton a déjà opté pour l'adaptation automatique des taux cantonaux aux montants maximaux prévus par le droit fédéral: c'est Bâle-Campagne, par une loi sur les PC qui a été votée le 15 février 1973.

BIBLIOGRAPHIE

Sylvia Arnold-Lehmann: **Die Stellung der Frau in der Eidgenössischen Alters- und Hinterlassenenversicherung.** « Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung » (Revue suisse des assurances sociales), 1974, fascicule 1, pages 41-68.

Marcel Bourgeois: **Zur Frage der Erwerbstätigkeit von Pensionierten.** « Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung », 1974, fascicule 1, pages 26-40.

Arnold Gysin: **Die Durchsetzung von Leistungsansprüchen im Bereich der sozialen Sicherheit.** Conférence donnée pour la Suisse lors du 8^e Congrès international de droit du travail et de sécurité sociale. « Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung », 1974, fascicule 1, pages 1-25.

A. Kölz: **Prozessmaximen im schweizerischen Verwaltungsprozess.** Tome 4 des « Zürcher Schriften zum Verfahrensrecht », publiées par le professeur H. U. Walder. 144 pages. Schulthess Polygraphischer Verlag, Zurich, 1973.

Hélène Thalmann-Antenen: **Die Institution der Sozialgerichtsbarkeit, insbesondere die Gerichtsbarkeit auf dem Gebiet des Arbeitsrechts und der sozialen Sicherheit.** Tome 2 des « Zürcher Schriften zum Verfahrensrecht », publiées par le professeur H. U. Walder. 110 pages. Schulthess Polygraphischer Verlag, Zurich, 1973.

Hans Thomae et Ursula Lehr: **Berufliche Leistungsfähigkeit im mittleren und höheren Erwachsenenalter.** Eine Analyse des Forschungsstandes. 98 pages. Editions Otto Schwartz & Co., Göttingen, 1973.

INTERVENTIONS PARLEMENTAIRES

AVS

Petite question
Mugny
du 31 janvier 1974

Le Conseil fédéral a donné, en date du 15 mars, la réponse suivante à la petite question Mugny (RCC 1974, p. 120):

« Selon les instructions de l'OFAS actuellement valables, les dossiers des caisses de compensation AVS doivent être, en principe, conservés 10 ans. Ce délai correspond à celui qui est fixé par l'article 962, 1^{er} alinéa, du Code des obligations; il concerne avant tout les pièces comptables, qui constituent la majeure partie des documents traités par l'administration. On a cependant prévu aussi, dans la mesure du possible, des délais plus courts.

Doivent être, en revanche, conservés indéfiniment les décomptes de cotisations des années 1948 à 1968. Ces pièces-ci n'ont pas été livrées à la destruction parce qu'elles peuvent jouer un rôle important dans le calcul des rentes des étrangers ayant accompli, pendant cette période, des durées de cotisations inférieures à un an. Depuis 1969, les périodes de cotisations des étrangers sont inscrites, à un mois près, dans les comptes individuels. En outre, l'OFAS a publié, en 1971, des tables permettant de calculer approximativement les périodes de cotisations pour les années 1948 à 1968 d'après les sommes de cotisations et les branches de l'économie. Cette méthode d'évaluation ayant donné de bons résultats, l'office en question examinera s'il est encore nécessaire de conserver indéfiniment les attestations de cotisations et revenus. En outre, il devra étudier la possibilité de fixer des délais plus courts pour le remplacement des pièces originales par des microfilms. »

Petite question
Ziegler
du 14 mars 1974

M. Ziegler, conseiller national, a présenté la petite question suivante:

« Un nombre élevé de travailleurs suisses et étrangers, employés par les missions diplomatiques à Genève, ne sont pas au bénéfice de la législation sociale de notre pays, leurs employeurs refusant de payer les cotisations à l'AVS/AI.

Cette discrimination paraît choquante. Il n'y a en effet aucune raison pour libérer les missions diplomatiques étrangères fixées chez nous de leur devoir de cotisation en faveur de leurs employés.

Nous croyons savoir que le Département politique fédéral mène actuellement une enquête sur cette affaire.

Le Conseil fédéral peut-il nous dire quels sont les résultats de son enquête et quelles démarches il entend entreprendre auprès des missions diplomatiques pour mettre fin à une situation intolérable frappant de nombreux travailleurs suisses et étrangers ? »

Cette intervention est de la compétence du Département politique.

AI

Petite question
Bräm
du 3 décembre 1973

Voici la réponse du Conseil fédéral à la petite question Bräm (cf. RCC 1974, p. 29); elle a été donnée le 11 mars:

« L'AI verse à la Bibliothèque sonore suisse pour aveugles, à Zurich, en vertu de l'article 74 LAI, une subvention annuelle qui s'élève à 80 pour cent des salaires et charges sociales de l'ensemble du personnel occupé à la production et au prêt des bandes sonores. Un soutien financier plus étendu de cette institution n'est pas possible en vertu des dispositions actuellement valables. Etant donné, cependant, qu'il est question, en perspective de la prochaine révision de l'AI, d'encourager davantage la réadaptation sociale des invalides, le Conseil fédéral a chargé l'OFAS d'examiner si l'on pourrait, par des subventions directes de l'AI aux frais de production de littérature sur bandes sonores et d'autre littérature destinée aux loisirs des invalides, soutenir encore plus efficacement des activités telles que celle de ladite bibliothèque. »

PC

Postulat Meier Kaspar
du 28 janvier 1974

M. Meier, conseiller national, a retiré, en date du 21 mars 1974, son postulat concernant les conflits de compétence dans le versement des PC (RCC 1974, p. 120).

Coordination des assurances sociales

Motion Meier Josi
du 3 octobre 1973

Dans cette motion, publiée à la page 558 de la RCC 1973, il avait été demandé que le Conseil fédéral assure une meilleure coordination dans la sécurité sociale et prépare un projet de loi à cet effet. Lors de la séance du Conseil national du 14 décembre 1973, le Conseil fédéral s'est déclaré prêt à accepter cette intervention, avec quelques réserves toutefois quant à la date de sa réalisation. Le Conseil national a alors transmis la motion (p. 30 de la RCC de 1974). Le 13 mars, le Conseil des Etats a pris une décision analogue sans opposition.

INFORMATIONS

Allocations familiales dans le canton de Neuchâtel

Le 5 mars 1974, le Grand Conseil a adopté un projet de loi prévoyant, d'une part, l'adaptation des allocations cantonales pour enfants versées aux agriculteurs indépendants aux nouveaux taux des allocations fédérales pour enfants, en vigueur depuis le 1^{er} avril 1974, et, d'autre part, le paiement d'allocations de formation professionnelle pour les agriculteurs et viticulteurs. Par ailleurs, les travailleurs agricoles bénéficieront, comme jusqu'ici, des mêmes allocations familiales que les salariés non agricoles. Dans le détail, la réglementation est la suivante:

I. Travailleurs agricoles

1. Allocation pour enfant

Les travailleurs agricoles ont droit à une allocation pour enfant de 60 francs par mois et par enfant. Ce taux correspond à celui de l'allocation fédérale pour enfant aux travailleurs agricoles de la région de montagne. Pour les salariés occupés en région de plaine, une allocation cantonale pour enfant de 10 francs est servie.

Une allocation cantonale de 60 francs par mois est versée pour l'enfant âgé de 16 à 18 ans qui n'est pas apprenti ou étudiant et ne donne pas droit à l'allocation fédérale, si son gain mensuel ne dépasse pas 550 francs par mois.

2. Allocation de naissance

L'allocation de naissance est de 400 francs; elle est versée pour toute naissance d'enfant donnant droit à l'allocation pour enfant.

3. Allocation de formation professionnelle

Les travailleurs agricoles bénéficieront d'une allocation de formation professionnelle de 80 francs par mois et par enfant, dans laquelle est englobée l'allocation fédérale pour enfant. Cette prestation est versée pour tout enfant qui fait un apprentissage ou des études, dès la fin de la scolarité obligatoire jusqu'au moment où sont terminés les études ou l'apprentissage, mais au plus tard jusqu'à l'âge de 25 ans révolus. Le gain propre de l'enfant ne doit pas dépasser 550 francs par mois.

II. Agriculteurs indépendants

1. Allocation pour enfant

Les agriculteurs qui ne bénéficient pas des allocations fédérales pour enfants peuvent prétendre une allocation cantonale pour enfant de 60 francs par mois et par enfant. Il est payé une allocation cantonale pour enfant de 10 francs par mois et par enfant aux petits paysans de la plaine qui touchent l'allocation fédérale de 50 francs.

2. Allocation de formation professionnelle

A l'instar des travailleurs agricoles, les agriculteurs indépendants ont droit à une allocation de formation professionnelle de 80 francs par mois et par enfant (voir ci-dessus chiffre I, 3), dans laquelle est englobée l'allocation fédérale pour enfant.

Nouvelles
personnelles

Paul Casetti, gérant de la caisse de compensation « Détaillants genevois », va prendre sa retraite à la fin d'avril 1974. Le comité de direction a nommé son successeur, *Charles Bohnenblust*.

JURISPRUDENCE

Assurance-vieillesse et survivants

RENTES

Arrêt du TFA, du 30 janvier 1973, en la cause F. M.

Articles 29, 2^e alinéa, 29 bis, 1^{er} alinéa et 38, 2^e alinéa, LAVS; article 50 RAVS. Il n'est pas admissible de considérer une année de cotisations comme entière lorsqu'un compte individuel présente, certes, une inscription de 12 francs de cotisations pour l'année en question, mais que son titulaire n'était assuré et soumis à cotisations que durant une partie de cette année. (Confirmation de la pratique dans ce domaine.)

Articoli 29, capoverso 2, 29 bis, capoverso 1, e 38, capoverso 2, della LAVS; articolo 50 dell'OAVS. Un anno di contribuzione non è completo quando il conto individuale presenta bensì l'iscrizione di un pagamento di contributi dall'ammontare di 12 franchi per l'anno in questione, ma l'avente diritto alla rendita era sottoposto all'obbligo di pagare i contributi e assicurato soltanto per una parte di tale anno. (Conferma della giurisprudenza in questo campo.)

F. M., né le 19 mai 1906, a été mis au bénéfice d'une rente de vieillesse pour couple de 634 francs par mois, ainsi que d'une rente complémentaire double de 238 francs par mois dès le 1^{er} juin 1971. Ces prestations étaient calculées sur la base des éléments suivants: revenu annuel moyen de 50 000 francs; durée de cotisations de 20 années et 5 mois; échelle de rentes 19. Il ressort du rassemblement des CI de l'assuré qu'aucune cotisation n'a été payée pour lui du 1^{er} janvier 1948 au 31 juillet 1950.

L'intéressé recourut, en concluant à l'application de l'échelle de rentes 20. Il alléguait avoir « admis sans autre » que les cotisations AVS étaient payées par la société dont il était le délégué en Turquie, au moment de l'introduction du régime de l'AVS en Suisse. La commission cantonale de recours procéda à diverses mesures d'instruction, auprès de ladite société notamment, qui déclara n'avoir payé aucune cotisation AVS pour F. M. « pendant son déplacement en Turquie du 1^{er} janvier 1948 au 31 août 1950 », aucun salaire ne lui ayant été versé en Suisse.

L'autorité cantonale rejeta le recours.

L'assuré a porté la cause devant le TFA. Il allègue — comme il l'avait déjà fait en première instance — n'avoir pas eu la qualité de salarié en Turquie, en raison de la situation existant dans ledit pays. Il affirme avoir touché alors « uniquement (ses) frais effectifs de séjour là-bas » et avoir rendu des comptes à l'entreprise suisse à la fin de chaque mois. A l'appui de son dire, il produit deux notes de frais. Il y joint un extrait de compte arrêté le 20 septembre 1950 et conclut à l'octroi d'une rente calculée sur la base de l'échelle 20.

Le TFA a rejeté ce recours pour les motifs suivants:

1. L'article 16, 1^{er} alinéa, LAVS précise que les cotisations dont le montant n'a pas été fixé par décision notifiée dans un délai de cinq ans à compter de la fin de l'année civile pour laquelle elles sont dues ne peuvent plus être exigées ni payées. Cette règle s'applique aussi à l'ensemble des cotisations paritaires (ATFA 1956, p. 174 = RCC 1957, p. 401).

En l'espèce, les cotisations éventuellement dues pour la période pendant laquelle l'assuré résidait en Turquie ne peuvent plus être exigées ni payées, au regard de la disposition sus-mentionnée: l'intéressé est rentré en Suisse dans le courant de 1950 et le délai de cinq ans précité est écoulé depuis longtemps. Une prise en compte des dites cotisations dans le cadre des articles 52 LAVS et 138 RAVS (réparation des dommages) n'est pas possible non plus (voir art. 82 RAVS). Quant à la circonstance que le recourant pourrait avoir été assujéti à l'AVS suisse pendant son séjour à l'étranger, elle est sans intérêt dans la présente cause: à supposer que tel ait été le cas, il n'en resterait pas moins que les cotisations n'ont pas été payées — cela est incontesté — pendant la première partie de 1950; même si les cotisations versées le reste de l'année ont dépassé 12 francs, seuls les mois de cotisation effectifs devaient être pris en considération, pour les raisons qui vont être exposées ci-après.

2. Suivant la jurisprudence, la notion légale de l'année de cotisations appelle une interprétation uniforme. A cet égard, l'article 50 RAVS dispose qu'une année de cotisations est entière « lorsque l'assuré a été soumis pendant plus de onze mois au total à l'obligation de payer des cotisations et que les cotisations correspondantes ont été payées ». La Cour de céans a d'abord jugé qu'une année entière de cotisations ne peut avoir de conséquences juridiques que si, durant cette année, 12 francs de cotisations au moins ont été payés (sous l'empire des anciennes règles légales), la question demeurant toutefois indécise de savoir si l'année entière est accomplie lorsque le CI n'indique que ce montant minimum (ATFA 1958, p. 194 = RCC 1958, p. 312). Ultérieurement, la Cour a dit que, par années pendant lesquelles un assuré doit avoir payé des cotisations, conformément à l'article 29 bis, 1^{er} alinéa, LAVS, pour compter une durée complète de cotisations, il faut entendre uniquement des années de cotisations entières au sens de l'article 50 RAVS (ATFA 1960, p. 314 = RCC 1961, p. 38). Statuant sur un recours à propos duquel la durée de cotisations était au centre du débat, s'agissant de déterminer le revenu annuel moyen, la Cour a déclaré qu'il incombe à l'administration d'instruire d'office sur les périodes de cotisations effectives, en tout cas quand l'application des prescriptions administratives contenues dans les directives de l'OFAS concernant les rentes conduirait à léser une veuve ou une épouse.

Il n'y a pas lieu de s'écarter de ces principes s'il s'agit d'arrêter l'échelle de rentes selon les normes d'exécution des articles 29, 2^e alinéa, 29 bis, 1^{er} alinéa et 38, 2^e alinéa, LAVS, en établissant le rapport entre la durée des cotisations de l'assuré et la durée de cotisations de sa classe d'âge. Autrement, on risquerait de favoriser des calculs destinés à éluder les règles légales relatives à l'octroi de rentes partielles.

3. Dans le cas particulier, on l'a vu, aucune cotisation n'a été payée pour F.M. pendant la première moitié de 1950. Celles qui ont été effectivement versées pour le semestre suivant dépassent pourtant 12 francs. L'application des directives concernant les rentes (chiffre 362) pourrait conduire en l'occurrence au choix de l'échelle de rentes 20, si l'on admettait que l'intéressé était assujéti à l'AVS suisse pendant son séjour en Turquie. Lesdites directives disposent en effet: « Si, durant une année, une partie seulement des cotisations dues ont été payées (en raison du fait, par exemple, qu'une partie de celles-ci a été déclarée irrécouvrable), l'année entière est prise en compte comme période de cotisations, à condition que: ... pour les années civiles antérieures à 1969, les cotisations AVS payées par des salariés, des indépendants ou des personnes sans activité lucrative s'élèvent à 12 francs au moins. » Or la règle susmentionnée des directives n'est pas applicable lorsque, comme en l'espèce, il est établi qu'aucune cotisation n'a été payée pour plusieurs mois de l'année considérée. Dans les cas douteux, l'administration doit instruire à ce sujet.

4. Dans ces conditions, les éléments de calcul de la prestation litigieuse sont exacts, et c'est bien l'échelle de rentes 19 qu'il faut adopter.

Assurance-invalidité

RÉADAPTATION

Arrêt du TFA, du 12 octobre 1973, en la cause V. T. (traduction de l'allemand).

Article 11, 2^e alinéa, LAI. Si un assuré souffre d'une invalidité pouvant ouvrir droit à une rente ou s'il en est menacé dans un avenir peu éloigné, l'AI assume, dès l'instant où une mesure de réadaptation raisonnablement exigible et ordonnée par elle entraîne une maladie ou un accident, non seulement les frais de guérison, mais aussi la couverture de tous autres dommages plus étendus.

Articolo 11, capoverso 2, della LAI. Se un assicurato è portatore di un'invalidità in misura tale da poter giustificare l'erogazione di una rendita, o se ne è minacciato in un prossimo futuro, l'AI risponde nel caso di malattie o infortuni dovuti a provvedimenti d'integrazione, ragionevolmente esigibili e prescritti, non soltanto per le spese di cura, ma anche per i danni eventuali di maggior portata.

L'assurée, née en 1942, souffrait d'un raccourcissement congénital de la jambe droite, qui a provoqué une déformation du bassin et des douleurs dorsales.

Le 19 octobre 1966, elle a demandé à l'AI de prendre en charge la correction chirurgicale de ce raccourcissement. Dans son prononcé du 5 décembre 1966, la commission AI a accepté de prendre en charge les frais d'une opération et du traitement post-opératoire. Pendant l'intervention, qui fut effectuée le 4 février 1967, il se révéla que l'ostéotomie de raccourcissement de 4 cm. 5, prévue à l'origine, était

irréalisable. Le Dr H., qui procédait à cette opération, se décida par conséquent à greffer, sur le plateau tibial droit, un segment osseux de 1 cm. 5, prélevé sur le côté gauche.

Dans un rapport daté du 17 mai 1967, ce médecin informa la commission AI qu'une grave infection par staphylocoques était survenue après l'opération; il en était résulté une nécrose du segment osseux inséré sur le tibia droit et, pratiquement, un détachement total de la musculature de la jambe. Il s'ensuivit plus tard une paralysie du péroné droit avec pied pendant et orteils en griffe.

Pour compléter son prononcé, la commission AI accorda, par un nouveau prononcé du 22 janvier 1968, une opération plastique de la jambe droite et des examens complémentaires par un médecin appelé en consultation. Il fut décidé en outre, le 16 juin 1969, de prendre en charge les frais entraînés par la correction de la malposition du pied.

Dans une requête datée du 14 juillet 1971, Me X demanda, au nom de l'assurée, la réparation du dommage causé par les mesures de réadaptation, en se fondant sur l'article 11, 2^e alinéa, LAI. Il évaluait à 81 906 fr. 65 la perte de gain déjà subie et encore à subir par sa cliente.

Se fondant sur un nouveau rapport du Dr H. et sur l'avis de l'OFAS, la commission AI a rejeté cette demande par prononcé du 31 janvier 1972.

Le représentant de l'assurée a formé recours contre la décision notifiée dans ce sens le 9 février 1972. Il constate que la loi n'indique pas expressément à quel moment doit exister le droit à la rente, ici déterminant. Mais, étant donné que les assurés menacés d'une invalidité imminente sont assimilés aux invalides (art. 8, 1^{er} al., LAI), il ne serait pas juste qu'ils soient traités moins favorablement en ce qui concerne les risques de la réadaptation. Compte tenu du principe selon lequel la réadaptation vient avant la rente, on ne saurait, en outre, faire une différence selon que l'assuré a demandé lui-même des mesures médicales ou qu'il a présenté, pour commencer, une demande de rente, au vu de laquelle la commission AI a néanmoins ordonné tout d'abord de telles mesures.

Dans son jugement, daté du 23 novembre 1972, l'autorité judiciaire cantonale a rejeté le recours. Selon elle, la teneur de l'article 11, 2^e alinéa, LAI indique clairement que le dommage subi doit être intégralement réparé dans les seuls cas où l'AI a exigé de l'assuré, au lieu de donner suite à une demande de rente, qu'il se soumette d'abord à des mesures de réadaptation. Quant à savoir si une invalidité imminente, au sens de l'article 8, 1^{er} alinéa, LAI suffirait à justifier l'application du 2^e alinéa de l'article 11, c'est une question qui souffre de rester indécise, puisqu'il ne s'agit pas ici d'une mesure de réadaptation que l'AI aurait préférée à une demande de rente.

Le représentant de l'assurée a interjeté recours de droit administratif. Il estime, de nouveau, que la responsabilité de l'AI est déjà engagée, pour la totalité des risques de la réadaptation, dans les cas où l'assuré aurait probablement droit à la rente dans un proche avenir si des mesures de réadaptation n'étaient pas appliquées. Du moment que l'AI a ordonné l'intervention chirurgicale, considérée comme une mesure médicale de réadaptation, elle a implicitement reconnu que l'assurée était menacée d'une invalidité imminente. L'AI est donc responsable des conséquences de cette intervention exécutée, d'ailleurs, de manière contraire à la volonté de l'assurée.

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

1. Selon l'article 11, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré a droit au remboursement des frais de guérison résultant des maladies ou des accidents qui lui sont causés par des

mesures de réadaptation. Cette responsabilité de l'AI n'est engagée, en principe, que si une mesure ordonnée par l'AI représente la cause adéquate de la maladie ou de l'accident qui frappe l'assuré; elle l'est également lorsque la mesure en question n'en constitue qu'une des causes (ATFA 1968, p. 199 = RCC 1968, p. 631; ATFA 1965, p. 77 = RCC 1965, p. 467).

Lorsque l'assuré remplit, par son invalidité, les conditions qui lui donneraient droit à une rente AI, mais qu'on exige de lui qu'il se soumette à une mesure de réadaptation, ses droits envers l'assurance englobent également la réparation du dommage qui n'a pas été couvert en vertu de l'article 11, 1^{er} alinéa, LAI (art. 11, 2^e al., LAI).

2. Il est incontestable que l'AI devait, en vertu de l'article 11, 1^{er} alinéa, LAI, prendre en charge les frais de guérison entraînés par les complications qui suivirent l'opération. En revanche, on doit se demander si la responsabilité de l'AI est engagée également pour d'autres dommages.

La recourante voudrait interpréter l'article 11, 2^e alinéa, LAI de telle manière que l'AI soit tenue de réparer les dommages autres que les frais de guérison même dans les cas où aucune rente n'a été demandée, mais où l'on devrait prévoir pour un proche avenir — en renonçant à la mesure de réadaptation — la survenance d'une invalidité suffisante pour donner droit à une rente, au sens de l'article 8, 1^{er} alinéa, LAI.

3. Lorsqu'elle reçoit la demande d'un assuré, la commission AI doit examiner d'office si la situation commande de mettre en œuvre des mesures de réadaptation avant l'octroi d'une rente, même si l'assuré ne les demande pas. Aussi doit-on donner raison à la recourante lorsqu'elle estime que l'étendue de la réparation du dommage ne dépend pas de la question de savoir si l'assuré a demandé une rente ou la prise en charge d'une mesure de réadaptation. Il faut, bien plutôt, déterminer objectivement s'il a existé, d'après les circonstances données, une invalidité de nature à ouvrir droit à une rente et qui justifiait l'exécution préalable de mesures de réadaptation. Sinon, les assurés qui, bien que présentant une invalidité de 50 pour cent au moins, ont demandé tout d'abord, conformément aux dispositions de la loi, l'octroi de mesures de réadaptation seraient désavantagés par rapport à ceux qui, bien qu'un essai de réadaptation soit indiqué dans leur cas, ont réclamé d'emblée une rente.

4. L'article 11, 2^e alinéa, LAI suppose entre autres que l'accomplissement des mesures de réadaptation soit exigé de l'assuré. La teneur de cette disposition ne doit cependant pas faire conclure que la réparation élargie du dommage soit obligatoire seulement lorsque ces mesures ont été ordonnées contre la volonté de l'assuré. Ainsi qu'il appert des commentaires publiés dans le message du 24 octobre 1958 (FF 1958 II 1197; tirage à part, p. 38), on entendait simplement préciser, en utilisant ce terme de «exiger», que même dans le cadre de cette norme spéciale, il ne peut s'agir que de mesures de réadaptation raisonnablement exigibles. Cette disposition veut donc exprimer, en substance, que la réparation élargie des dommages est accordée lorsque des mesures de réadaptation exigibles ont été ordonnées.

On ne saurait interpréter autrement le «mais» qui figure au début de ladite disposition. Ainsi que la recourante le relève pertinemment, cette conjonction ne fait que rappeler le principe légal selon lequel la réadaptation a la priorité sur la rente.

5. Une autre condition de la réparation élargie du dommage est, selon l'article 11, 2^e alinéa, LAI, que l'assuré réponde, en ce qui concerne son invalidité, aux exigences dont la réalisation donne droit à une rente AI.

La teneur de cette disposition permet de conclure que les conditions du droit à la rente doivent être remplies au moment où, au lieu de l'octroi d'une rente, des mesures de réadaptation sont ordonnées. La recourante fait cependant observer que selon l'article 8, 1^{er} alinéa, LAI, ce ne sont pas seulement les invalides, mais aussi les personnes menacées d'une invalidité imminente qui ont droit aux mesures de réadaptation. On devrait, dans le cadre de l'article 11, 2^e alinéa, LAI, traiter d'une manière analogue les cas où un droit à la rente naîtra dans un avenir proche, voire immédiat, si des mesures de réadaptation ne sont pas appliquées. C'est d'ailleurs ce que le Conseil fédéral a clairement exprimé dans son message du 24 octobre 1958 (FF 1958 II 1197 et 1284; tirage à part, pp. 38 et 124).

Cette opinion de la recourante doit être approuvée. Le principe posé à l'article 8, 1^{er} alinéa, LAI est également applicable dans le cadre de l'article 11, 2^e alinéa. Il ne faut donc faire aucune différence selon que les conditions du droit à la rente sont déjà remplies au moment de l'application de la mesure ou que ce droit prendra naissance dans un tout proche avenir.

En ce qui concerne la notion d'« invalidité imminente » au sens de l'article 8, 1^{er} alinéa, LAI, le TFA a statué dans un arrêt (ATF 96 V 76 = RCC 1970, p. 525) qu'il y a imminence lorsqu'une invalidité menace de s'établir dans un proche avenir, mais non pas lorsque la survenance de celle-ci, certaine en soi, doit se produire à un moment qui reste par trop incertain. Ces principes sont également applicables dans le cadre de l'article 11, 2^e alinéa, LAI.

6. Dans l'espèce, il est incontesté que la recourante ne présentait pas une invalidité ouvrant droit à une rente au moment de la décision de caisse qui ordonnait la mesure de réadaptation. Le dossier n'indique pas avec une sûreté suffisante si une telle invalidité menaçait alors de s'établir dans un proche avenir. En novembre 1966, le Dr H. avait informé la commission AI que l'opération permettrait d'empêcher les maux de reins futurs, qui nuiraient certainement à la capacité de travail et de gain de l'assurée. Cependant, on ne sait s'il fallait admettre alors que ce handicap à venir ouvrirait droit à une rente, et si le moment de la survenance de ce facteur d'invalidité pouvait être à peu près déterminé.

La commission AI devra procéder, sur ce point, à un complément d'enquête. Si elle parvenait à la conclusion que les conditions de l'article 11, 2^e alinéa, LAI sont remplies, elle devrait encore fixer l'étendue de la créance en indemnisation. La caisse de compensation rendra alors, dans tous les cas, une nouvelle décision sujette à recours.

Arrêt du TFA, du 23 octobre 1973, en la cause S. R. (traduction de l'allemand).

Article 21, 1^{er} alinéa, LAI; article 14, 1^{er} alinéa, RAI. Les attelles de nuit, de même que les gouttières de lit ou de repos représentent, en principe, des appareils de traitement. L'AI ne peut pas les prendre à sa charge lorsqu'il s'agit du traitement de l'affection comme telle, contrairement aux attelles de Thomas qui permettent de marcher et, partant, de fréquenter l'école et d'exercer une activité professionnelle.

Articolo 21, capoverso 1, della LAI; articolo 14, capoverso 1, dell'OAI. Le stecche per la notte, come pure le valve per il decubito rappresentano, di regola, degli apparecchi occorrenti per il trattamento; l'AI non ne può prendere a carico le spese quando si tratta di cura della malattia, a differenza

di ciò che avviene con le stecche di Thomas, che permettono la deambulazione e quindi la frequenza delle scuole e lo svolgimento di un'attività lucrativa.

L'assuré, âgé actuellement de 53 ans, souffre entre autres de polyarthrite chronique progressive. En outre, ses poignets ont une forte tendance à la déviation cubitale. Il a donc demandé à l'AI, le 12 octobre 1972, de lui remettre deux attelles de nuit pour ses mains. La commission AI conclut cependant, le 22 novembre 1972, au rejet de cette demande, parce que, d'après les données médicales de ce cas, il s'agissait ici non pas d'un moyen auxiliaire au sens de l'article 21 LAI, mais d'un élément du traitement de l'affection comme telle, que l'AI ne doit pas prendre en charge. Ce prononcé fut notifié à l'assuré sous forme de décision de caisse le 23 novembre 1972.

L'assuré recourut en proposant que cette décision soit annulée et que l'AI accepte la prise en charge de deux attelles de nuit. Celles-ci seraient, selon lui, effectivement des moyens auxiliaires en vertu de l'article 21 LAI.

L'autorité cantonale de recours a admis ce recours le 6 juillet 1973. Elle a mis à la charge de l'AI les frais de ces attelles servant à corriger la position des poignets, parce qu'elles avaient le caractère de moyens auxiliaires.

Dans son recours de droit administratif, l'OFAS conclut à l'annulation du jugement de première instance et au rétablissement de la décision du 23 novembre.

Le TFA a admis ce recours; voici ses considérants:

1. Selon l'article 21, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré a droit, d'après une liste que dressera le Conseil fédéral, aux moyens auxiliaires dont il a besoin pour exercer une activité lucrative ou accomplir ses travaux habituels, pour étudier ou apprendre un métier ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle. La liste dressée par le Conseil fédéral à l'article 14, 1^{er} alinéa, RAI prévoit notamment les moyens auxiliaires suivants: « Appareils de soutien et de marche, tels qu'appareils pour les jambes ou les bras, corsets orthopédiques, supports de tête, attelles, gouttières et bandages orthopédiques, chaussures orthopédiques et supports plantaires » (lettre b).

L'administration de l'AI, y compris l'OFAS, estime que les attelles en question sont des appareils dont l'usage n'est que l'élément d'un traitement; le Tribunal cantonal, au contraire, admet — avec l'assuré — que ces objets doivent être qualifiés de moyens auxiliaires.

2. L'autorité cantonale de recours rappelle, avec raison, un ancien arrêt (ATFA 1963, p. 144 = RCC 1963, p. 466), dans lequel le TFA avait reconnu qu'une attelle de Thomas représentait un moyen auxiliaire au sens de la loi quand elle était demandée par un assuré, souffrant d'épiphyséolyse, dont elle servait à faciliter la marche; elle était en effet de nature à permettre à l'assuré d'exercer une activité lucrative ou d'étudier, celui-ci en ayant besoin pour se rendre à l'école. L'autorité de recours en conclut que les attelles de nuit ici litigieuses assument la même fonction que les attelles de Thomas; en effet, bien qu'elles ne soient pas portées en travaillant, elles permettent néanmoins à l'assuré, manifestement, d'exercer son activité lucrative manuelle pendant la journée.

Cet avis n'est pas pertinent. Ainsi que l'OFAS le relève à juste titre dans son recours de droit administratif, les attelles de Thomas ne sont portées que de jour; elles servent principalement aux enfants et jeunes gens qui souffrent de la maladie de Perthes ou d'épiphyséolyse de la tête du fémur et qui, grâce à ce moyen auxiliaire, sont en mesure de marcher, ce qui leur permet d'aller à l'école ou de suivre quelque

autre formation. Ce but n'est, en règle générale, pas ce qui caractérise les attelles de nuit; celles-ci constituent bien plutôt un moyen de traitement et peuvent être comparées, à cet égard, à la coquille plâtrée dont l'acquisition n'est pas prise en charge par l'AI (ATFA 1964, p. 24 = RCC 1964, p. 204). Même le médecin traitant a d'ailleurs déclaré, en réponse à une question de la commission AI, que les attelles de nuit n'étaient pas un moyen auxiliaire au sens de l'article 21 LAI, mais qu'elles servaient « au traitement de la maladie ». A ce propos, on peut encore rappeler que le TFA, dans un arrêt du 17 janvier 1973 (RJAM, Assurance-maladie, jurisprudence et pratique administrative, 1/1973, p. 31), a reconnu que la pose d'une attelle pour l'avant-bras et la main, prescrite par le médecin après une fracture du coude, est une mesure thérapeutique, à prendre en charge par la caisse-maladie et non par l'AI.

Arrêt du TFA, du 11 octobre 1973, en la cause J. R.

Article 2, chiffre 451, OIC. La nouvelle définition, plus restrictive, de la notion de diabète sucré congénital (*diabetes mellitus*) est conforme à la loi.

OIC du 20 octobre 1971; droit transitoire. Les décisions administratives rendues sous l'empire de dispositions de l'OIC abrogées par la suite ne confèrent pas de « droits acquis ». (Confirmation de la pratique.)

Articolo 2, N. 451 dell'OIC. La nuova e più restrittiva definizione della nozione di diabete zuccherino congenito (diabete mellito) è conforme alla legge.

L'OIC del 20 ottobre 1971; diritto transitorio. Le decisioni amministrative che sono state emanate secondo le disposizioni dell'OIC, in seguito abrogate, non conferiscono dei « diritti acquisiti ». (Conferma della pratica.)

L'assurée, née le 11 janvier 1962, est atteinte d'un diabète sucré, qui a été constaté le 11 octobre 1970 et a entraîné une hospitalisation du 12 au 22 octobre 1970. Saisie le 15 octobre 1970 d'une demande de prestations, et après que le médecin traitant eut affirmé le caractère congénital de l'affection, la commission AI a accordé les mesures médicales requises, soit un traitement hospitalier et les soins donnés par un médecin privé jusqu'au 31 janvier 1982, en vertu de l'article 2, chiffre 451, OIC du 10 août 1965. Ce prononcé a été notifié par décision de la caisse de compensation du 8 avril 1971.

Le 15 novembre 1972, le père de l'enfant a annoncé une aggravation de la maladie et demandé que l'AI prenne en charge des consultations dans un autre hôpital, ainsi que les frais de transport avec personne accompagnante. Cependant, la commission AI a constaté que le nouvel article 2, chiffre 451, OIC du 20 octobre 1971 ne permettait plus en l'espèce d'octroyer des prestations. Elle a donc refusé de prendre en charge les consultations et décidé en sus de supprimer les prestations précédemment accordées, avec effet dès la notification de son nouveau prononcé, notification qui a été faite par décision de la caisse du 21 novembre 1972.

Le représentant de l'assurée a recouru en concluant à l'annulation de la décision du 21 novembre 1972, à la prise en charge par l'AI des consultations à l'hôpital et au maintien des prestations octroyées par la précédente décision.

Par jugement du 19 juin 1973, l'autorité cantonale a rejeté le recours dans la mesure où il concernait la nouvelle demande de prestations et confirmé sur ce point la décision attaquée. Elle a en revanche admis partiellement le recours dans la

mesure où il concernait les prestations précédemment accordées, en ce sens qu'elle a prolongé jusqu'au 31 décembre 1974 le bénéfice de ces prestations.

Le représentant de l'assurée interjette recours de droit administratif et reprend ses conclusions de première instance. Il fait valoir en fait que l'affection est incontestablement congénitale et en droit, d'une part, que les prestations promises par la décision du 8 avril 1971 ont le caractère de droits acquis et, d'autre part, que le Conseil fédéral a outrepassé ses pouvoirs en restreignant, à l'article 2, chiffre 451, OIC du 20 octobre 1971, la portée de l'article 13 LAI.

Alors que la caisse de compensation, à l'instar de la commission AI, déclare n'avoir aucune observation à formuler, l'OFAS propose le rejet du recours.

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

1. L'article 2, chiffre 451, OIC du 10 août 1965, dans sa teneur en vigueur à partir du 1^{er} janvier 1968, comptait le diabète sucré au nombre des infirmités congénitales ouvrant droit à des prestations selon l'article 13 LAI, « si celui-ci est constaté dans les quatre premières semaines de la vie ou s'il est incontestablement congénital ». Mais cette ordonnance a été abrogée et remplacée dès le 1^{er} janvier 1972 par l'OIC du 20 octobre 1971, dont l'article 2, chiffre 451, ne reconnaît le diabète sucré que « si celui-ci est constaté dans les quatre premières semaines de la vie ou s'il était sans aucun doute manifeste durant cette période ».

Le médecin traitant, dont l'avis repose apparemment sur l'anamnèse familiale, a affirmé en l'espèce le caractère congénital du diabète sucré, constaté pour la première fois alors que l'enfant avait près de 9 ans. La commission AI était donc en droit d'admettre, à la date de son premier prononcé, que le droit à prestations selon l'article 13 LAI était donné. L'OFAS soutient certes que tel n'était pas le cas; mais il n'est pas besoin d'élucider la question, vu le sort qui doit être réservé à la cause (considérant 3 ci-dessous).

Il est en revanche évident que le droit à prestations n'est plus donné, aux termes du nouvel article 2, chiffre 451, OIC en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1972. Le diabète ne s'est manifesté et n'a été constaté qu'en octobre 1970; les contrôles périodiques auxquels l'enfant était soumise, en raison des antécédents familiaux, avaient toujours eu jusqu'alors des résultats négatifs.

2. Le mandataire de la recourante fait valoir que, en ne s'en tenant plus au sens médical de la congénitalité et en restreignant la portée de l'article 13 LAI, l'article 2, chiffre 451, OIC du 20 octobre 1971 serait contraire à la loi.

L'interprétation littérale de l'article 13 LAI, en sa version française, pourrait laisser entendre que le principe du droit des assurés mineurs au traitement des infirmités congénitales ne supporte aucune limitation — hormis pour des infirmités peu importantes — voire interdit toute définition autre que purement médicale. Mais, si le texte français se borne à dire que « le Conseil fédéral établira une liste de ces infirmités », les textes allemand et italien précisent qu'il s'agit d'une liste des infirmités « pour lesquelles de telles mesures sont accordées » (« Der Bundesrat bezeichnet die Gebrechen, für welche diese Massnahmen gewährt werden... »; « Il Consiglio federale designa le infermità per le quali sono concessi tali provvedimenti... »). Pareille délégation de compétence emporte à l'évidence pouvoir de définir les infirmités congénitales dont l'AI assume le traitement et de poser des critères qui pourront déborder le cadre strictement médical.

Ce pouvoir n'autoriserait certes pas le Conseil fédéral à faire abstraction des connaissances médicales et, par exemple, à écarter de la liste une infirmité dont le corps

médical unanime reconnaîtrait le caractère nécessairement congénital. Mais il est des affections à propos desquelles la science médicale est partagée, notamment lorsque l'affection ne se manifeste que bien après la naissance. Ainsi en va-t-il du diabète sucré, au sujet duquel la science n'est apparemment point en mesure, en l'état actuel des connaissances, de faire avec certitude le départ entre affection existante à la naissance et simple prédisposition, si aucun trouble quelconque n'est apparu durant les premières semaines de vie; l'anamnèse familiale peut certes fournir un indice, mais non pas une preuve. Le principe de l'égalité exigeant des normes, il n'est donc pas arbitraire de poser pour critère que, lorsque le diabète sucré n'a pas été constaté ni ne s'est manifesté durant les quatre premières semaines de la vie, son caractère congénital n'est pas établi à satisfaction de droit. Ce faisant — et comme le TFA l'a admis déjà, du moins tacitement — le Conseil fédéral n'a pas outrepassé les bornes de la délégation légale.

Le recours ne peut par conséquent qu'être rejeté, dans la mesure où il conclut à l'octroi de nouvelles prestations.

3. Le mandataire de la recourante fait valoir que, la décision du 8 avril 1971 ayant octroyé des prestations jusqu'au 31 janvier 1982, ces prestations ont le caractère de droits acquis.

L'OIC du 20 octobre 1971 ne contient aucune disposition transitoire. Il faut donc examiner ce qu'il advient des décisions rendues sous l'empire de l'ancienne réglementation, lorsque le droit à prestations n'est plus donné selon la nouvelle réglementation. Le TFA a eu l'occasion déjà de procéder à cet examen; rejetant implicitement la thèse des droits acquis, il a considéré que, si ces décisions ne devenaient certes pas automatiquement obsolètes, les principes de la légalité et de l'égalité devant la loi exigeaient qu'elles fussent expressément adaptées à la réglementation nouvelle (ATF 99 V 37, RCC 1974, p. 38). Il n'existe aucun motif de s'écarter de cette jurisprudence.

Vu l'impossibilité, pour l'administration, de revoir sans délai l'ensemble des décisions en cause, lors de l'entrée en vigueur de l'OIC du 20 octobre 1971, l'OFAS a édicté des instructions propres à garantir au mieux le respect de la loi et l'égalité de traitement (Circulaire concernant les mesures médicales de réadaptation, valable dès le 1^{er} janvier 1972, chiffre 302; complétée par une communication publié dans RCC 1973, p. 22). Le principe en est la limitation au 31 décembre 1974 des prestations accordées sous l'empire de l'ancienne réglementation, lorsque la réglementation nouvelle ne permet plus un tel octroi. Bien que ces instructions ne le lient pas, le TFA a reconnu qu'elles étaient en harmonie avec les principes généraux du droit fédéral.

En l'espèce, le juge cantonal s'est tenu aux règles ainsi exposées, en prolongeant jusqu'au 31 décembre 1974, mais aussi en limitant à cette date le bénéfice des prestations précédemment accordées. Le recours ne peut par conséquent qu'être rejeté, dans la mesure également où il conclut au maintien de ces prestations au-delà du 31 décembre 1974.

RENTES

Arrêt du TFA, du 27 juillet 1973, en la cause G. G. (traduction de l'allemand).

Articles 41 LAI et 88 bis, 1^{er} alinéa, RAI. Lors d'une revision, entreprise pour apprécier le droit à la rente dans le cas d'une maladie évoluant par

poussées, il y a lieu de suivre la pratique administrative qui veut qu'on détermine le degré d'invalidité en considérant, durant une assez longue période, l'atteinte moyenne subie par la capacité de gain.

Articoli 41 della LAI e 88 bis, capoverso 1, dell'OAI. Se a seguito di una revisione si deve valutare il diritto ad una rendita, nel caso di malattie ad attacchi intermittenti è opportuno seguire la pratica amministrativa secondo la quale il grado d'invalidità è determinato, tenendo presente, per un periodo di tempo abbastanza lungo, la diminuzione media della capacità di guadagno.

G. G., célibataire, né en 1938, souffre de schizophrénie qui exerce une influence plus ou moins variable depuis 1964 sur sa capacité de travail et de gain.

A l'image de cette mobilité de son état de santé et de sa situation financière, l'AI lui a accordé dès le 1^{er} mars 1965 tour à tour une rente entière pendant 19 mois, une demi-rente pendant 9 mois, une rente entière pendant 23 mois, une demi-rente pendant 4 mois et enfin, jusqu'à fin avril 1972, une rente entière pendant 31 mois. Le recourant a ainsi touché une rente AI entière pendant 73 mois et une demi-rente pendant 13 mois.

Le service de la rente a été supprimé par décision du 21 avril 1972 pour la fin du mois d'avril. Dans son prononcé, la commission AI avait admis que l'assuré travaillait auprès de la maison X depuis février 1971 et gagnait 15 400 francs par an. En comparaison d'un salaire normal d'un employé de commerce se situant à environ 25 000 francs, on obtenait un degré d'invalidité de seulement 39 pour cent; on ne se trouvait pas en présence d'un cas pénible.

L'autorité de recours a rejeté, pour les mêmes motifs, le recours formé contre cette décision. Le père de l'assuré interjette recours de droit administratif en temps utile en concluant à l'octroi d'une demi-rente, car il estime que son fils est invalide à 50 pour cent. Le revenu d'invalidité est inférieur, selon lui, à la moitié du revenu hypothétique de 25 000 francs, étant donné que son fils ne peut pas travailler selon un horaire normal.

Tandis que la caisse de compensation a renoncé à donner son avis, l'OFAS a proposé d'admettre le recours de droit administratif et d'accorder une demi-rente pour la période après le 30 avril 1972. L'office a estimé que l'on était en présence d'une maladie à poussées et que le degré d'invalidité moyen devait être déterminé en fonction d'une durée d'observation assez longue (deux ans).

La commission AI a produit après coup divers documents complémentaires dont il appert que des troubles psychiques apparurent à nouveau depuis le printemps 1972. L'assuré a présenté d'abord une incapacité de travail de 100 pour cent du 4 mai au 14 juin 1972 et ensuite de 50 pour cent. Il a séjourné du 8 juin au 12 octobre 1972 dans une clinique psychiatrique. Le 7 mai 1973, il a recommencé à travailler selon un horaire réduit dans l'entreprise X pour un salaire mensuel de 860 francs.

Le TFA a admis le recours pour les motifs suivants:

1. Aux termes de l'article 28 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide pour les deux tiers au moins, et à une demi-rente s'il est invalide pour la moitié au moins. Dans les cas pénibles, cette demi-rente peut être allouée lorsque l'assuré est invalide pour le tiers au moins (al. 1^{er}). Pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonna-

blement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (al. 2).

L'article 29, 1^{er} alinéa, LAI dispose que l'assuré a droit à la rente dès qu'il présente une incapacité permanente de gain de la moitié au moins ou dès qu'il a subi, sans interruption notable, une incapacité de travail de la moitié au moins en moyenne pendant 360 jours, pour autant qu'il présente encore une incapacité de gain de la moitié au moins. Pour déterminer à quel moment le droit à la rente est né, il est décisif de savoir si l'assuré présente une incapacité de gain présumée permanente (première variante de l'art. 29, 1^{er} al., LAI) ou une maladie dite de longue durée (2^e variante de l'art. 29).

En vertu d'une jurisprudence constante et de la pratique administrative, il faut admettre qu'il y a incapacité de gain permanente lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle est de nature à réduire la capacité de gain de l'assuré avec effet permanent, dans une mesure qui justifie l'octroi d'une rente de l'AI. Une affection typiquement labile ne peut être considérée comme relativement stabilisée que si sa nature s'est modifiée à tel point que l'on puisse admettre qu'il n'y aura pratiquement plus de changement dans un avenir prévisible (ATF 97 V 245, RCC 1971, p. 437).

Selon l'article 41 LAI, si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée. La revision a lieu d'office ou sur demande. Suivant l'article 88 bis, 1^{er} alinéa, RAI, l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI est applicable par analogie pour fixer la date à laquelle la modification déterminante du degré d'invalidité est le cas échéant réputée survenue.

Par conséquent, dans les cas relevant de la deuxième variante, une rente entière ne peut être supprimée que si l'assuré a présenté, sans interruption notable, une incapacité de travail moyenne de moins de la moitié pendant 360 jours et à la condition qu'il présente encore une incapacité de gain inférieure à la moitié. La rente entière doit être remplacée par une demi-rente si l'assuré a présenté pendant cette période de carence une incapacité moyenne de travail de moins des deux tiers, mais d'au moins la moitié, et qu'il présente encore une incapacité de gain du même ordre.

2. Le recourant souffre depuis des années de schizophrénie. La maladie évolue selon la manière qui caractérise les maladies à poussées, par périodes de rémission succédant à des rechutes. En fonction des conditions changeantes, la commission AI, se fondant sur les dispositions relatives à l'évaluation de l'invalidité et à la revision des décisions de rentes, a soumis le droit à la rente de l'assuré à des procédures de revision en sept ans et admis cinq fois un changement déterminant dans le degré de son invalidité.

Comme l'expose l'OFAS de façon pertinente dans sa réponse du 9 novembre 1972, la réglementation en vigueur pour évaluer l'invalidité ne satisfait pas entièrement dans les cas de maladies à poussées. Dans ce genre de maladies, les périodes de capacité et d'incapacité de travail complète ou partielle se succèdent souvent à court terme. Si l'on apprécie chacune de ces périodes isolément à la lumière de la seconde variante, on aboutit souvent à une solution qui ne tient pas compte de l'entrave effective. Dans certaines circonstances, l'assuré risque d'être indéfiniment exclu du bénéfice de la rente parce que les diverses poussées de la maladie qui entravent sa capacité de travail durent régulièrement moins de 360 jours. D'autre part, en matière de revision, pour régler le sort de la rente dans les cas de maladies à poussées, on

n'arrive à un résultat satisfaisant que si l'on table sur l'entrave moyenne subie pendant un laps de temps notablement plus long. On évite ainsi que la rente doive être réduite ou supprimée du seul fait que l'incapacité de gain de l'assuré — importante, quant à sa moyenne au fil des années — s'est trouvée interrompue par de courtes rémissions où il a joui d'une capacité de gain à peu près complète. Au demeurant, la question de savoir si et sous quelle forme cette pratique doit aussi être appliquée à l'appréciation initiale du droit à la rente peut demeurer indécise en l'espèce.

3. La décision attaquée du 21 avril 1972 a pour origine un prononcé de la commission AI qui fixait au 29 février de la même année la date à laquelle la rente serait soumise à révision. Si l'on apprécie le cas en prenant pour base la période d'observation de deux ans proposée par l'OFAS, il en résulte pour ce laps de temps (de mars 1970 à février 1972) une incapacité de gain totale de l'assuré pendant onze mois (de mars 1970 à janvier 1971) et une incapacité partielle de 39 pour cent pendant 13 mois (février 1971 à février 1972). Pour ladite période de deux ans, le degré d'invalidité s'élève ainsi à 67 pour cent.

4. Reste à examiner si le recourant répond également à la deuxième des conditions qui sont énoncées à l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI dans le domaine de l'octroi de la rente, à savoir: que l'assuré doit continuer à présenter une incapacité de gain de la moitié au moins.

Cette règle, appliquée par analogie, veut que les organes de l'AI renoncent à notifier une décision de réduction ou de suppression de la rente par voie de révision si, à la date où ils l'auraient fait, ils sont amenés à constater que l'incapacité de gain de l'assuré atteint de nouveau un degré lui donnant droit à la rente, ou qu'il est menacé d'une telle aggravation imminente.

Le 21 avril 1972, date de la notification de la décision, l'assuré travaillait auprès de la maison X presque à cent pour cent. Cependant, deux semaines plus tard environ, il dut cesser toute activité pour une période assez longue. Il n'a manifestement pu reprendre une activité restreinte qu'en mai 1973.

Certes, le juge doit en principe apprécier les faits en se reportant au moment où fut rendue la décision attaquée. Cependant, les événements qui ne se produisent qu'au stade de l'instance de recours doivent être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et susceptibles de faciliter la constatation de l'état de faits déterminant (ATFA 1968, p. 16; RCC 1970, p. 582).

Tant la progression de l'affection jusqu'à ce jour que les renseignements médicaux contenus dans le dossier font prévoir une évolution défavorable quant à la capacité de gain de l'assuré. Il apparaît ainsi que, même au moment de notifier la décision, on pouvait s'attendre à une nouvelle incapacité de travail. En tout cas, dans la mesure où l'administration aurait eu connaissance de l'imminence d'une période d'incapacité de travail complète, elle se serait vue obligée d'en tenir compte lors de l'appréciation du droit à la rente. Comme cet élément de l'état de faits se répercute en définitive sur un pronostic du cas se situant au moment même où fut rendue la décision, il doit donc être pris en considération en instance de recours devant le TFA pour apprécier la consistance du droit à la rente.

Il s'ensuit qu'à l'époque ici déterminante, le recourant présentait une incapacité de gain de plus des deux tiers. Il a donc droit à ce qu'une rente entière continue à lui être versée dès le mois de mai 1972. Rien ne s'y oppose, bien qu'il n'ait conclu qu'à une demi-rente. En effet, en vertu de l'article 132, lettre c, OJ, le TFA peut s'écarter des conclusions des parties.

Prestations complémentaires

Arrêt du TFA, du 3 juillet 1973, en la cause N. R. (traduction de l'allemand).

Article 1^{er}, 3^e alinéa, LPC. Le domicile d'une personne se trouve, conformément aux articles 23 et 24 CCS, au lieu dont elle a fait, pour un temps plus ou moins long, le centre de ses relations personnelles et vitales. Ceci vaut — jusqu'à la création d'un nouveau domicile — également dans les cas où la personne quitte ce lieu provisoirement, par exemple pour cause de maladie. (Considérant 2).

Articolo 1, capoverso 3, della LPC. Il domicilio di una persona, secondo gli articoli 23 e 24 del CCS è nel luogo, che diventa per lei, durante un tempo più o meno lungo, il centro delle sue relazioni personali. Questa regola vale — sino a quando è stabilito un nuovo domicilio — anche nel caso in cui si lascia tale luogo temporaneamente (in special modo, per causa di malattia). (Considerando 2.)

G. R. (né en 1887) et son épouse N. (née en 1897) étaient établis à X. L'épouse, souffrant de troubles dépressifs, n'a cependant passé que trois ans environ auprès de son mari entre 1953 et 1961; le reste du temps, elle a résidé dans une clinique psychiatrique à K. Le 9 janvier 1962, alors qu'elle se trouvait de nouveau à la maison, l'époux décéda.

Le 30 janvier suivant, le frère de l'assurée, A. F., domicilié à Y., retira les papiers que celle-ci avait déposés à X. et les remit à la commune d'Y. En même temps, il procura à l'assurée une chambre à Y. auprès d'une sœur. L'assurée habita en ce lieu jusqu'au 7 février 1962, après quoi elle entra de nouveau en clinique.

Par la suite, N. R. vécut, jusqu'au début de juillet 1967, environ un an et trois mois auprès de sa sœur, et le reste du temps à la clinique. Depuis le 19 juillet 1967, elle n'a plus quitté cet établissement.

Le 25 mai 1971, A. F. a demandé à la caisse de compensation d'Y., pour l'assurée, une PC en plus de la rente de vieillesse.

La caisse d'Y. transmet la demande à celle de X., qui toutefois contesta sa compétence en alléguant que le domicile de l'assurée était à Y. depuis le 30 janvier 1962 (lettre du 5 octobre 1971).

La caisse d'Y. écrit le 2 novembre 1971 au frère de l'assurée en se déclarant incompétente; en même temps, elle attaqua la décision de la caisse X., du 5 octobre 1971, auprès de l'autorité de recours du canton de X.

Le 27 novembre 1972, la caisse d'Y. informa ladite autorité que N. R. était inscrite, depuis le 19 avril 1972, auprès du contrôle des habitants de sa commune d'origine, Z.

Par jugement du 18 décembre 1972, l'autorité de recours de X. confirma la décision de la caisse de X. et rejeta le recours de la caisse Y.

Celle-ci a interjeté recours de droit administratif, en maintenant que l'assurée conservait son domicile à X.

La caisse de X. approuve le jugement cantonal, alors que l'assurée et l'OFAS concluent à l'admission du recours de dernière instance.

Le TFA a rejeté le recours pour les motifs suivants:

1. Selon l'article 1^{er}, 3^e alinéa, LPC, est compétent pour fixer et payer une PC le canton sur le territoire duquel le bénéficiaire de la rente a son domicile de droit civil. En cas de contestation, le juge des assurances sociales décide quel est ce canton (ATFA 1969, p. 178, considérant 2).

Dans l'espèce, la décision de la caisse de compensation Y., du 2 novembre 1971, ne saurait être prise en considération. Certes, elle n'a été attaquée ni par A. F., ni par la caisse X.; cependant, la caisse Y. ayant, le même jour, porté la décision de la caisse X., du 5 octobre 1971, devant le tribunal cantonal de X., la compétence de désigner le canton auquel il incombe de se prononcer sur l'octroi d'une PC a passé de l'administration au juge (ATFA 1958, p. 47, considérant 2 = RCC 1958, p. 140; ATFA 1960, p. 89, considérant 4, et 1962, p. 159, considérant 1).

2. En vertu des articles 23 et 24 CCS, le domicile d'une personne se trouve au lieu dont elle a fait, pour un temps plus ou moins long, le centre de ses relations personnelles et vitales. Il reste en ce lieu même si la personne le quitte provisoirement, par exemple pour cause de maladie, et il subsiste là jusqu'à la création éventuelle d'un autre domicile. Le TFA renvoie à ce propos aux arrêts publiés dans ATF 69 I 12 et 79, 69 II 277 ss, 89 III 8, considérant 2, 97 II 3, considérant 3, 98 V 204, considérant 2, ainsi que dans ATFA 1957, p. 97, considérant 2 (= RCC 1957, p. 275) et ATFA 1958, p. 96.

3. L'assurée avait fait un nouveau séjour auprès de son mari, à X., dès le 20 octobre 1961. Celui-ci étant décédé le 9 janvier suivant, et les papiers de l'assurée ayant été retirés de X., l'assurée s'est installée à la fin de janvier 1962 chez sa sœur à Y. Elle est retournée en clinique le 8 février suivant et a écrit le 28 mars à la caisse de compensation de X. que la rente de vieillesse devait être versée désormais à son adresse d'Y. Depuis lors, et jusqu'au début de juillet 1967, elle a passé chez sa sœur, en tout, une quinzaine de mois pendant lesquels elle pouvait être considérée comme sortie de la clinique, et en outre, probablement, de brefs congés. Son hospitalisation définitive et ininterrompue n'a commencé qu'à la mi-juillet 1967, ainsi qu'il appert d'un rapport de la clinique, du 24 novembre 1972, adressé à l'autorité de première instance.

Compte tenu de toutes ces circonstances, on doit admettre que l'assurée, en quittant X. pour aller habiter chez sa sœur à Y., a bel et bien transféré son domicile à Y., ainsi que le juge cantonal l'expose d'une manière irréfutable.

4. Par conséquent, c'est le canton d'Y. qui doit fixer et payer les PC revenant éventuellement à l'assurée, et demandées le 25 mai 1971. Il semble que la rente AVS constitue pour le moment le seul revenu de l'assurée et que celle-ci n'ait pas de fortune, ainsi que son frère l'a déclaré à l'autorité de première instance le 27 septembre 1972.

Comme celle-ci le relève pertinemment, l'assurée n'a, en vertu de l'article 26 CCS, jamais eu son domicile à K., lieu où se trouve la clinique dans laquelle elle a été hospitalisée. De même, ni l'assurée, ni son représentant actuel ne prétendent qu'elle ait été domiciliée dans la ville de Z. depuis le 19 avril 1972; l'existence d'un tel domicile

serait, effectivement, invraisemblable, puisque la patiente séjourne depuis le 19 juillet 1967, sans interruption, à la clinique de K., donc dans une autre commune.

5. D'ailleurs, on constate ici une lacune inquiétante dans les prescriptions régissant notre sécurité sociale. Le cas présent montre qu'un bénéficiaire de rente peut, éventuellement, être obligé d'attendre des années jusqu'à ce que l'administration examine sa demande de PC.

Il appartient au législateur de combler cette lacune en complétant sur ce point la LPC. On pourrait envisager par exemple une disposition selon laquelle le canton auquel s'adresse en premier lieu le requérant serait tenu de fixer provisoirement la PC et d'en payer des acomptes, lorsque le domicile de l'assuré (art. 1^{er}, 3^e al., LPC) est l'objet d'une contestation et tant que ce domicile n'a pas été déterminé valablement. Le TFA renvoie à cet égard à l'article 26, 4^e alinéa, LAMA, en corrélation avec les articles 18 et 19 de l'ordonnance N° III sur l'assurance-maladie, ainsi qu'aux articles 45 bis LAI et 88 quinquies RAI.

Arrêt du TFA, du 11 juillet 1973, en la cause H. Z. (traduction de l'allemand).

Article 3, 1^{er} alinéa, lettre b, LPC. Le droit d'habitation au sens de l'article 776 CCS est incessible et ne passe pas aux héritiers, ceci aussi bien dans son exercice qu'en raison de sa nature. Lorsque son titulaire ne peut plus l'exercer pour des raisons de santé, sa contre-valeur ne peut donc pas être prise en compte comme revenu lors de la fixation du montant des PC.

Articolo 3, capoverso 1 b della LPC. Il diritto di abitazione secondo l'articolo 776 del CCS non può essere né ceduto, né trasmesso per successione, questo tanto per la sua natura quanto con riguardo al suo esercizio. Qualora l'avente diritto non ne può più fare uso per delle ragioni di salute, il suo controvalore non può essere computato come reddito nel calcolo della PC.

Extrait des considérants du TFA:

1. ...

2. ...

3. Comme le relève le fils de la recourante dans le recours de droit administratif, sa mère est encore titulaire du droit d'habitation dans sa maison, stipulé dans l'acte de partage. Cependant, elle n'a plus la faculté de l'exercer pour raison de santé. La caisse de compensation estime que l'appartement pourrait être loué sans grande difficulté à un locataire permanent ou à des vacanciers à raison d'au moins 1200 francs par année. La Cour de céans ne partage toutefois pas cet avis.

Aux termes de l'article 776, 2^e alinéa, CCS, le droit d'habitation est incessible et ne passe point aux héritiers. Dans son exercice et en raison de sa nature même, il ne peut être cédé. Il n'appartient, bien plutôt, qu'à la seule personne de son titulaire. (Tuor, *Das Schweizerische Zivilgesetzbuch*, 8^e éd., Zurich 1968, p. 576.) Ce droit se limite donc à la faculté du titulaire d'habiter lui-même l'appartement ou de le faire habiter éventuellement par sa famille ou les gens de sa maison (cf. art. 777 CCS;

ATF 52 II 136). Or, la recourante est contrainte de renoncer à exercer son droit d'habitation et ne peut pas non plus, légalement, le céder. Il est donc inadmissible que la contre-valeur de ce droit soit prise en compte comme revenu lors du calcul des PC qui lui reviennent.

4. ...

5. ...

6. ...

Arrêt du TFA, du 10 janvier 1974, en la cause I. F. (traduction de l'italien).

Article 4, 1^{er} alinéa, lettre b, LPC. Le loyer d'un second appartement ne peut être pris en compte dans le cadre du montant maximum déductible à titre de déduction pour loyer que si cet appartement est, pour des raisons de santé ou d'ordre professionnel, indispensable au bénéficiaire de la PC.

Articolo 4, capoverso 1, lettera b, della LPC. Si potrà tener conto di un secondo alloggio nell'ambito dell'importo massimo previsto per la deduzione per la pigione soltanto se questo secondo alloggio è indispensabile al beneficiario della PC per ragioni professionali o di salute.

CHRONIQUE MENSUELLE

La *sous-commission des questions d'AI* a siégé le 4 avril sous la présidence de M. Frauenfelder, directeur de l'Office fédéral des assurances sociales. Cette séance a été consacrée à l'examen des modifications du RAI, prévues pour le 1^{er} janvier 1975 dans les domaines des prestations individuelles et de l'aide aux invalides. Les propositions faites à ce sujet par l'office fédéral ont été discutées; la sous-commission les soumettra à la Commission de l'AVS/AI dont elle fait elle-même partie.



La *commission mixte de liaison entre autorités fiscales et organes de l'AVS* a siégé le 9 avril sous la présidence de M. Wettenschwiler, de l'Office fédéral des assurances sociales. Elle a étudié, en particulier, la question de la hausse du taux du salaire en nature dans les entreprises non agricoles, celle des taux des salaires globaux versés aux membres de la famille travaillant avec l'exploitant, et enfin celle de la prise en compte du « goodwill » acquis à titre onéreux comme élément du capital propre engagé dans l'exploitation.

Un demi-siècle de politique AVS

L'AVS a fêté, l'année passée, les 25 ans de son existence. A cette occasion, on a rappelé principalement qui ont été les auteurs de la loi appliquée depuis 1948, ainsi que l'évolution subie depuis lors par cette assurance. Une brochure publiée en 1973 par la Chancellerie fédérale, intitulée « Lois et arrêtés fédéraux soumis au référendum, arrêtés urgents, initiatives populaires, votations », nous incite à jeter un coup d'œil sur les événements qui ont précédé la genèse proprement dite de l'AVS. C'est une histoire qui commence véritablement à l'époque de la Première Guerre mondiale. Nous allons donc, à l'aide de quelques extraits de la Feuille fédérale des années 1919 à 1929, évoquer les difficultés rencontrées alors dans les tentatives, d'abord vaines, de mettre sur pied une assurance-vieillesse; d'autre part, nous chercherons à montrer que les plans de perfectionnement aujourd'hui à l'étude (indexation des rentes, prévoyance professionnelle obligatoire, coordination, etc.) soulèvent des problèmes qui, à maints égards, ressemblent à ceux que l'on devait résoudre naguère.

Après un bref coup d'œil sur la « préhistoire » de l'AVS, nous donnerons, en nous fondant sur le document mentionné ci-dessus, la liste des modifications

constitutionnelles votées par l'Assemblée fédérale, des lois fédérales (LF) et arrêtés fédéraux (AF) concernant l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, ainsi que l'aide complémentaire aux personnes âgées, aux survivants et aux invalides. Seront énumérées ensuite les initiatives populaires se rapportant au même domaine, avec des commentaires sur leur sort ultérieur et quelques remarques concernant leur influence sur l'AVS.

On peut diviser en trois phases l'histoire de l'évolution de l'AVS. La *première phase* (N° I; voir page 201) comprend l'adoption de l'article constitutionnel en 1925, la tentative manquée de créer une loi AVS en 1931 (Lex Schulthess) et les essais de mise sur pied d'un régime fédéral d'aide à la vieillesse. L'institution d'une AVS échoua devant les difficultés économiques et politiques des années 1930. Le grand tournant de 1940, c'est-à-dire la création du régime des APG, institué grâce aux pleins pouvoirs du Conseil fédéral, ne sera pas évoqué ici; il convient toutefois de le signaler en passant, puisque l'évolution ultérieure serait inconcevable sans lui. La *deuxième phase* (II) commence avec le vote des Chambres approuvant la LAVS, en décembre 1946. Elle est caractérisée aussi par l'institution de l'aide complémentaire fédérale à la vieillesse et aux survivants, financée par les excédents de recettes des régimes d'allocations aux militaires de 1940-1947. Cette phase se termine par la quatrième révision de l'AVS. La *troisième phase* (III) s'ouvre par l'introduction de l'AI et la révision qui adapte l'AVS à cette innovation. Elle comprend les développements de l'AVS et de l'AI jusqu'au stade actuel, ainsi que la création et l'adaptation des PC.

Coup d'œil sur la « préhistoire » de l'AVS

Au début de notre siècle, déjà, on se mit à demander la création d'une « assurance-vieillesse et invalidité » fédérale, et les interventions dans ce sens se firent plus nombreuses après la Première Guerre mondiale. « Si, aujourd'hui, cet appel retentit plus fortement que jamais, écrivait-on en 1919, la raison en est aux circonstances économiques que la guerre a modifiées pour des catégories étendues de la population, à l'appréciation plus juste de la nécessité d'une solution, à la conscience plus nette des devoirs sociaux et enfin au désir toujours plus répandu d'adoucir les contrastes de classes par la mise en pratique d'une solidarité prête à faire les sacrifices nécessaires. » (FF 1919 IV 102.) De nombreuses interventions parlementaires, de 1912 à 1919, ainsi que diverses requêtes adressées au Conseil fédéral, sans oublier les avis exprimés par les partis politiques, visèrent le même but. C'est ainsi qu'une pétition commune présentée le 14 août 1918 par le Comité central des organisations ouvrières chrétiennes-sociales, le Syndicat chrétien-social et le Comité politique des organisations chrétiennes-sociales de la Suisse demanda « la mise en œuvre immédiate de l'assurance-vieillesse et invalidité pour le peuple suisse ». On remarquera notamment une intervention qui paraît plus actuelle que jamais, celle de la Fédération suisse des caisses d'entreprises, du 17 août 1918; en voici le texte:

« L'assemblée des délégués de la Fédération suisse des caisses d'entreprises, réunie les 10 et 11 août 1918 à Schaffhouse et représentant 42 000 membres

de ladite fédération, invite le Conseil fédéral à étendre le mandat donné à l'office suisse des assurances sociales d'étudier l'assurance en cas de vieillesse et d'invalidité en chargeant cet office d'examiner la réunion en un tout organique de l'assurance obligatoire en cas de maladie, d'accidents, de vieillesse et d'invalidité, et si possible de hâter la solution de ce problème. »

Le 21 juin 1919, le Conseil fédéral soumit aux Chambres un message de 220 pages concernant « l'attribution à la Confédération du droit de légiférer en matière d'assurance-invalidité, vieillesse et survivants, et la création des ressources nécessaires à la Confédération pour les assurances sociales ». Le ton de ce document est optimiste; ses auteurs semblent persuadés qu'il est temps, à présent, de mettre sur pied l'institution projetée. Le passage suivant montre cet état d'esprit presque euphorique:

« Toutes ces manifestations prouvent suffisamment que le vrai désir et la véritable volonté du peuple est que la Confédération parachève l'édifice des assurances sociales. Mentionner encore toutes les opinions émises par des associations, assemblées, par la presse, etc., et qui toutes demandent que la Confédération prenne la chose en mains, serait en conséquence chose superflue et conduirait trop loin. Contentons-nous de constater qu'à l'heure actuelle, tous les partis politiques postulent l'introduction de ces assurances, qu'une opposition ne s'est manifestée d'aucun côté et que la question est considérée comme urgente dans des milieux étendus de la population... Et enfin, puisque le besoin de ces assurances s'est révélé urgent, le dernier obstacle, la question financière, devra disparaître pour faire place à la ferme volonté des autorités de trouver les ressources nécessaires, ainsi qu'à l'esprit de sacrifice de tous les milieux de la population...

Si la Suisse s'attelle un peu plus tard que divers autres pays à la question de la solution uniforme du problème, cela a aussi son avantage, car elle peut ainsi profiter des exemples et des expériences de l'étranger, adapter ses institutions aux conditions économiques telles qu'elles existent aujourd'hui et créer de cette façon une œuvre qui la placera à la tête des autres nations et qui, par ses qualités, rachètera largement les retards survenus dans sa conception. »

Toutefois, une œuvre d'une telle envergure ne se laissa pas réaliser si vite et si aisément. Certes, l'article 34 quater, base constitutionnelle de l'assurance, fut adopté par une nette majorité du peuple suisse (environ 2:1) le 6 décembre 1925; pourtant, il fallut encore 22 ans jusqu'à ce que ce même peuple approuve la mise à exécution de ces principes.

Le principal obstacle, dans le projet de 1931, avait été la question financière. Déjà dans le message de 1919 cité plus haut, c'est le problème du financement qui fut désigné comme la plus grande difficulté à surmonter pour la réalisation du projet d'assurance. Le passage suivant du message montre que les soucis de ce genre étaient déjà très graves:

« Il n'aurait jamais pu être plus difficile à la Confédération de fournir les ressources en vue de cette œuvre sociale qu'à l'époque actuelle où elle doit se préoccuper de faire le service des intérêts et de l'amortissement de la dette de guerre, s'élevant à un milliard quatre cent millions de francs, dette énorme

pour nous, et penser en même temps à rétablir l'équilibre de notre budget. Le déficit du budget de la Confédération doit être, indépendamment des sommes nécessaires au service de l'intérêt et de l'amortissement de la dette de guerre, s'élevant à 40 millions en chiffre rond, évalué à au moins 70 millions de francs. Il faut l'attribuer pour sa plus grande partie à l'augmentation considérable des dépenses par suite du renchérissement de la vie et de la dépréciation de l'argent causés par la guerre...

Il est évident que, dans ces conditions, on ne peut plus dire à l'heure actuelle: nous introduisons telle et telle innovation, nous décidons telle et telle dépense; nous trouverons ensuite les ressources à cet effet, ainsi que cela a été si souvent le cas autrefois. Si cela était déjà une grande faute à cette époque, ainsi que nous nous étions vus forcés de le constater de la façon la plus énergique dans l'introduction au budget pour l'année 1912, à l'heure actuelle, la situation des finances de la Confédération exclut radicalement une telle manière de faire. L'introduction de l'assurance-invalidité, vieillesse et des survivants ne peut dès lors s'effectuer que si, en même temps, c'est-à-dire dans le même projet constitutionnel où sera octroyé à la Confédération le droit de procéder à cette introduction, il lui est accordé aussi les sources de revenu nécessaires pour lui procurer les moyens financiers qu'elle doit fournir en vue de cette assurance. »

L'article constitutionnel 34 quater adopté en 1925 (et de même l'article valable depuis le 3 décembre 1972) prévoient que les contributions financières de la Confédération et des cantons n'excéderont pas, en tout, la moitié du montant total nécessaire à l'assurance. Le message à l'appui du projet de loi de 1929 proposa que ces contributions soient portées, si possible, au maximum fixé par la Constitution¹, de manière que les prestations formées par les cotisations des assurés, cotisations uniformes et nécessairement modiques, et par les contributions des employeurs, puissent ainsi être augmentées notablement au bénéfice du plus grand nombre des assurés (FF 1929 II, p. 263). On était donc conscient de la forte opposition qui devait se manifester dans les milieux de l'économie, et même au sein du peuple, contre l'augmentation des charges financières. Le passage ci-après, lui aussi, montre que l'on tenait compte de ces appréhensions à l'égard d'un surcroît de dépenses:

« Les charges qui seront imposées à l'ensemble de la population ne devront naturellement pas excéder certaines limites. La capacité financière de la plupart des assurés et de certaines catégories d'employeurs est restreinte. La participation de l'Etat doit être limitée également et ne pas accroître outre mesure les charges budgétaires. C'est pourquoi les prestations de l'assurance ne pourront dépasser des montants relativement modestes. Mais elles constitueront dans tous les cas une garantie minimum fort appréciable et, du fait même de leur modicité, chacun sera incité à améliorer sa situation. Loin de paralyser l'effort individuel, l'assurance sociale stimulera l'ardeur au travail et l'énergie. »

¹ Les contributions annuelles des pouvoirs publics furent fixées à 160 millions de francs dans la LAVS de 1948. Depuis la sixième révision (1964), elles s'élèvent à un cinquième au moins des dépenses. Voir à ce sujet RCC 1973, page 4.

Les prestations très modiques prévues ici auraient dû atteindre, selon l'article 20 du projet de loi de 1929, la somme *annuelle* de 200 francs, payable aux hommes et femmes dès l'âge de 66 ans. Cependant, l'article 21 prévoyait que pendant les quinze premières années depuis l'entrée en vigueur de la loi, la moitié seulement des prestations de l'article 20 serait versée. « Les personnes aisées et celles qui bénéficient déjà d'une pension suffisante ne pourront prétendre, pendant la période de transition, à aucune prestation de l'AVS » (p. 317 de la FF 1929 II). Les cotisations annuelles étaient les suivantes: hommes 18 fr., femmes 12 fr. et employeurs 15 fr. par employé.

Ce projet, quoique modéré, ne trouva pas grâce auprès du peuple suisse, malgré les précautions prises par le Conseil fédéral; lors de la votation du 6 décembre 1931, il fut rejeté par 513 512 non contre 338 032 oui. La participation au scrutin fut de 78 %. Ce premier essai d'instituer un Etat social avait donc échoué. Vu la situation d'alors et les soucis provoqués par la crise, les besoins impérieux de la génération active reléguèrent au second plan l'idée d'une solidarité avec les « vieux ».

Modifications constitutionnelles, lois et arrêtés fédéraux, votés par l'Assemblée fédérale, concernant la prévoyance-vieillesse, survivants et invalidité
1925 - 1972

I

	Votation populaire	Entrée en vigueur
AF du 18 juin 1925 concernant l'assurance en cas de vieillesse, l'assurance des survivants et l'assurance en cas d'invalidité; financement par un impôt sur le tabac. Insertion des articles 34 quater et 41 ter dans la Cst.	6.12.1925 ²	19.2.1926
AF du 16 mars 1929 allouant une subvention en faveur des vieillards indigents	—	1.1.1929
LF du 17 juin 1931 sur l'assurance-vieillesse et survivants	6.12.1931 ³	Rejetée
LF du 18 décembre 1930 sur l'imposition du tabac	6.12.1931 ⁴	Rejetée

² Les articles constitutionnels concernant l'AVS/AI et l'impôt sur le tabac furent adoptés par 410 988 oui contre 217 483 non.

³ La première loi AVS fut refusée par le peuple lors de cette votation; 513 512 non contre 338 032 oui.

⁴ Cette loi aurait affecté une partie des ressources de la Confédération au financement de l'AVS. On percevait déjà des droits de douane sur le tabac, et leur produit était versé depuis 1926 à un fonds AVS. La loi fut rejetée par seulement 425 449 non contre 423 523 oui.

AF du 13 avril 1933 prolongeant la durée de l'AF du 16 mars 1929 qui alloue une subvention aux vieillards indigents	—	1.1.1933
---	---	----------

II

LF sur l'AVS, du 20 décembre 1946	6.7.1947 ⁵	1.1.1948
AF du 8 octobre 1948 concernant l'emploi des ressources prélevées sur les excédents de recettes des fonds centraux de compensation et attribuées à l'AVS (aide complémentaire fédérale)	—	1.1.1948
AF du 5 octobre 1950 prorogeant et modifiant celui qui concerne l'aide complémentaire à la vieillesse et aux survivants	—	1.1.1951
LF du 21 décembre 1950 modifiant celle sur l'AVS (1 ^{re} revision de l'AVS)	—	1.1.1951
LF du 1 ^{er} février 1952 modifiant les dispositions relatives à l'imposition du tabac de la loi fédérale sur l'AVS	5.10.1952	1.12.1952
LF du 30 septembre 1953 modifiant celle sur l'AVS (2 ^e revision de l'AVS)	—	1.1.1954
AF du 30 septembre 1955 prorogeant et modifiant celui qui concerne l'aide complémentaire à la vieillesse et aux survivants	—	1.1.1956
LF du 22 décembre 1955 modifiant celle sur l'AVS (3 ^e revision de l'AVS)	—	1.1.1956
LF du 21 décembre 1956 modifiant celle sur l'AVS (4 ^e revision de l'AVS)	—	1.1.1957
AF du 3 octobre 1958 prorogeant et modifiant celui qui concerne l'aide complémentaire à la vieillesse et aux survivants	—	1.1.1959

III

LF sur l'AI, du 19 juin 1959	—	1.1.1960
LF du 19 juin 1959 modifiant la loi sur l'AVS (revision d'adaptation)	—	1.1.1960

⁵ Votation historique ! L'AVS l'emporta par 4 contre 1. La participation au scrutin fut de 80 %. Il y eut 862 036 oui contre 215 496 non.

LF du 23 mars 1961 modifiant la loi sur l'AVS (5 ^e revision de l'AVS)	—	1.7.1961/ 1.1.1962
AF du 4 octobre 1962 sur le statut des réfugiés dans l'AVS et dans l'AI	—	1.1.1963
LF du 19 décembre 1963 modifiant celle sur l'AVS (6 ^e revision de l'AVS)	—	1.1.1964
LF du 19 mars 1965 sur les prestations complé- mentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité	—	1.1.1966
LF du 6 octobre 1966 sur l'augmentation des ren- tes de l'AVS/AI (revision de renchérissement) . .	—	1.1.1967
LF du 5 octobre 1967 modifiant celle sur l'AI (1 ^{re} revision de l'AI)	—	1.1.1968
LF du 5 octobre 1967 sur l'imposition du tabac .	19.5.1968	Rejetée ^a
LF du 4 octobre 1968 modifiant la loi sur l'AVS (7 ^e revision de l'AVS)	—	1.1.1969
LF du 21 mars 1969 sur l'imposition du tabac ⁷ .	—	1.1.1970
LF du 24 septembre 1970 augmentant les rentes de l'AVS/AI (revision de renchérissement)	—	1.1.1971
LF du 9 octobre 1970 modifiant la loi sur les pres- tations complémentaires à l'AVS/AI	—	1.1.1971
LF du 9 octobre 1970 modifiant la loi sur l'AI (revision de l'art. 19 LAI)	—	1.1.1971
AF du 28 avril 1972 modifiant l'arrêté qui concerne le statut des réfugiés dans l'AVS et dans l'AI . .	—	1.10.1972
LF du 30 juin 1972 modifiant celle qui concerne l'AVS, ainsi que les lois qui sont en rapport avec elle (8 ^e revision de l'AVS)	—	1.1.1973
AF du 30 juin 1972 concernant l'initiative popu- laire pour une véritable retraite populaire et la revi- sion de la Constitution en matière de prévoyance- vieillesse, survivants et invalidité	3.12.1972	3.12.1972

^a Cette loi devait remplacer les dispositions figurant alors dans le chapitre IV de la 2^e partie de la LAVS (art. 113-153). La disposition du projet qui prévoyait le maintien temporaire de la garantie des prix pour les tabacs manufacturés a donné naissance au référendum (FF 1968 II 345). Modifiée en conséquence, la loi est entrée en vigueur sans référendum le 1^{er} janvier 1970.

⁷ Voir note 6.

Initiatives populaires sur l'AVS/AI de 1920 à 1972

	Date de la demande	Votation populaire
<i>Insertion dans la Cst. d'un article 34 quater concernant l'assurance-invalidité, vieillesse et survivants</i> (initiative Rothenberger)	Janvier/ février 1920	24.5.1925 : Rejetée

L'initiative fut rejetée par 390 129 non contre 282 527 oui (cinq cantons et deux demi-cantons l'acceptèrent). Le refus du Conseil fédéral et du Parlement était motivé par le fait que le texte constitutionnel proposé n'apportait pas de solution au problème du financement. Après le rejet de cette initiative, l'Assemblée fédérale décida, le 18 juin 1925, de soumettre au peuple son propre projet constitutionnel; la votation populaire eut lieu le 6 décembre 1925 (voir p. 199).

<i>Insertion d'une disposition transitoire à l'article 34 quater Cst. Aide aux vieillards et survivants</i>	30.11.1931	Retirée le 22.10.1947
---	------------	--------------------------

Cette initiative fut lancée par le comité de référendum qui s'était constitué pour s'opposer à la loi AVS du 17 juin 1931. Elle demandait la création d'une action de secours provisoire (c'est-à-dire jusqu'à la mise en œuvre de l'AVS) et gratuite en faveur des vieillards, veuves et orphelins « qui ne peuvent, par leurs propres moyens et pensions, subvenir d'une manière suffisante à leur entretien ». Il fallut interrompre l'examen de cette requête par suite des mesures d'urgence que la Confédération dut prendre à cette époque pour sauvegarder notre situation financière. Toutefois, on tint compte des principes défendus par les auteurs de l'initiative en promulguant des règles concernant l'aide complémentaire à la vieillesse et aux survivants dans le cadre des programmes financiers (subventions aux cantons et à la fondation « Pro Senectute »); aussi a-t-on renoncé à suivre l'initiative jusqu'au bout. C'est la fin de la première phase de l'histoire de l'AVS; elle n'a pas été couronnée de succès.

<i>Adjonction à l'article 34 quater Cst.</i>		
<i>Transformation des caisses de compensation pour militaires en caisses d'AVS</i>	25.7.1942	Retirée le 23.12.1947

Cette initiative, présentée par le comité en faveur de l'assurance-vieillesse, visait à instituer ladite assurance en transformant les caisses de compensation pour militaires (versant les allocations pour perte de salaire et de gain) en caisses AVS. Une demande analogue avait été présentée par le canton de Genève le 16 juillet 1941; il y eut aussi d'autres initiatives cantonales (Neuchâtel, novembre 1941; Berne, juin 1943; Argovie, septembre 1943) invitant le Conseil fédéral à entreprendre les travaux préparatoires en vue de la réalisation de l'AVS. Compte tenu de ces initiatives et de nombreuses autres interventions parlementaires et requêtes, notre gouvernement fut chargé par les Chambres, en mars 1944, d'élaborer un projet de loi. Celui-ci put être présenté déjà en mai 1946 avec un message détaillé. A partir de ce moment-là, on peut dire que la « machine à faire les lois » fonctionna régulièrement. Les Chambres acceptèrent

le projet le 20 décembre 1946, le peuple suisse l'approuva par son vote du 6 juillet 1947, et la loi entra en vigueur le 1^{er} janvier 1948. L'idée directrice de l'initiative de juillet 1942 fut donc réalisée par la mise à exécution de la LAVS, si bien que l'on put retirer cette intervention à la fin de l'année 1947.

<i>Modification de l'article 34 quater Cst. Introduction de l'AI</i>	1.2.1955	Retirée le 8.12.1959
<i>Modification de l'article 34 quater Cst. Création d'une AI fédérale</i>	24.3.1955	Retirée le 5.12.1959

La première initiative, lancée par le Parti socialiste suisse, fut rejetée sur recommandation du Conseil fédéral parce que l'article 34 quater Cst. déjà en vigueur suffisait pour servir de base à la création de l'AI. Cette initiative, ainsi que celle du Parti du travail déposée peu après, furent retirées après la publication du projet de loi.

<i>Amélioration des rentes de l'AVS</i>	22.10.1959	Retirée le 22.8.1961
<i>Augmentation des rentes de l'AVS et adoption du principe de la répartition</i>	22.5.1959	Retirée le 13.6.1961

Ces deux initiatives, déposées par le Parti socialiste suisse et par le Comité hors partis pour des rentes plus élevées de l'AVS, ont contribué sérieusement, avec d'autres interventions qui ont été faites aux Chambres fédérales, à préparer la cinquième révision de l'AVS. Les modifications apportées effectivement à la loi ont tenu compte, dans une large mesure, des revendications formulées par le Parti socialiste et le comité; les deux initiatives ont donc pu être retirées.

<i>Augmentation des rentes de l'AVS et de l'AI en vue d'assurer le minimum vital suffisant</i>	21.6.1962	Retirée le 28.6.1965
--	-----------	----------------------

Cette initiative, déposée par le Comité suisse des associations cantonales de vieillards, invalides, veuves et orphelins (AVIVO), réclamait des rentes AVS et AI qui couvrent les besoins de leurs bénéficiaires. Les contributions financières des pouvoirs publics devaient couvrir au moins la moitié du montant nécessaire à l'assurance. Les rentes furent, effectivement, augmentées par la sixième révision; en revanche, l'octroi de « rentes de besoin » (c'est-à-dire de rentes liées à un revenu minimum ou à une fortune minimale) fut refusé, n'étant pas compatible avec le principe de l'assurance populaire. Le Conseil fédéral répliqua à l'initiative de l'AVIVO en préparant un projet de loi sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI; lorsque ladite loi eut été votée, le comité retira son initiative.

<i>Rentes AVS et AI mieux adaptées à la situation actuelle et tenant compte du renchérissement</i>	12.7.1962	Retirée le 10.9.1965
--	-----------	----------------------

Cette initiative, lancée par le « Schweizerischer Beobachter », demandait elle aussi une hausse des rentes par voie de révision constitutionnelle. En outre, elle

voulait que les rentes fussent adaptées à l'évolution du coût de la vie. La sixième révision de l'AVS, ainsi que la théorie des trois piliers, qui fut à cette occasion définie clairement pour la première fois, étaient de nature à satisfaire à ces revendications au moins en grande partie; l'initiative a donc été retirée elle aussi.

	Retirée le
<i>Amélioration de l'AVS/AI</i>	25.8.1966 13.11.1968

Cette initiative de la Confédération des syndicats chrétiens demandait l'adaptation annuelle des rentes AVS/AI au renchérissement et à l'accroissement du revenu national réel, une hausse des rentes d'un tiers et la création d'un système obligatoire de prévoyance-vieillesse professionnelle. Ces propositions, auxquelles s'ajoutèrent de nombreuses autres demandes et interventions parlementaires, donnèrent lieu à la septième révision de l'AVS. L'adaptation des rentes ne devint pas encore automatique, mais elle fut tout de même perfectionnée, et la hausse des rentes fut accordée à peu près dans la mesure demandée. Quant à l'importante revendication concernant la prévoyance-vieillesse obligatoire, il était manifestement trop tôt pour y donner suite.

	3.12. 1972: rejetée par le peuple et les cantons
<i>Nouvelle teneur de l'article 34 quater Cst. (institution d'une retraite populaire)</i>	2.12.1969

Cette initiative, déposée par le Parti du travail, a aussi été appelée « Initiative pour une véritable retraite populaire ».

	Retirée le
<i>Nouvelle teneur de l'article 34 quater Cst. (création de pensions populaires)</i>	18.3.1970 22.2.1974
<i>Nouvelle teneur de l'article 34 quater Cst. (régime moderne de prévoyance-vieillesse, survivants et invalidité)</i>	13.4.1970

En rejetant l'initiative du Parti du travail, on a adopté simultanément le contre-projet de l'Assemblée fédérale (cf. p. 203) comme nouvelle base de la prévoyance-vieillesse, survivants et invalidité. Les initiatives déposées plus tard par le Parti socialiste et par un comité interpartis ont influencé sensiblement le nouveau texte constitutionnel. Celle du Parti socialiste a été retirée entre-temps.

*

Si l'on voulait juger les initiatives populaires, déposées en faveur de l'AVS et de l'AI, en considérant uniquement le côté formel des décisions qui ont été

prises à leur sujet, on pourrait conclure qu'elles n'ont jamais atteint leur but; aucune, en effet, n'a été acceptée, et la plupart ont été retirées sans avoir été soumises au peuple. Les commentaires que nous avons faits ici à propos des diverses initiatives montrent cependant que celles-ci ont eu, indirectement, des répercussions très importantes. Ces conséquences peuvent être les suivantes :

- Mise au point d'une contreproposition de l'Assemblée fédérale;
- Réalisation entière ou partielle par voie législative;
- Accélération d'un projet du Conseil fédéral ou de l'Assemblée fédérale.

Deux fois seulement, il y eut une votation populaire: pour l'initiative Rothenberger, en 1925, et pour celle du Parti du travail en 1972. Les deux initiatives ont été rejetées par le peuple, comme l'avaient fait déjà le gouvernement et le Parlement. Et pourtant, elles ont eu quelque effet, puisqu'elles ont accéléré des mesures alternatives qui, dans le second cas, ont même abouti à l'élaboration d'un contreprojet sur le plan constitutionnel.

On peut donc constater que l'initiative populaire, qui a été admise dans notre Constitution en 1891, représente, justement dans le domaine de la politique sociale, un moyen efficace pour concrétiser, soutenir et réaliser des revendications émanant d'une importante partie de notre population. Quant aux demandes qui vont trop loin, elles n'ont pas de chances de succès, ainsi que l'expérience l'a montré.

Le registre central des assurés considéré du point de vue statistique

Depuis l'introduction du numéro d'assuré de onze chiffres et d'une nouvelle procédure dans le domaine du certificat d'assurance et du compte individuel, le 1^{er} juillet 1972, les tâches suivantes, qui jusqu'alors étaient du ressort des caisses de compensation, ont été confiées à la Centrale de compensation (ci-après: Centrale):

- Formation et attribution du numéro d'assuré
- Etablissement du certificat d'assurance (CA)
- Etablissement du compte individuel (CI).

Selon les nouvelles directives, le CA est aussi remis aux assurés bénéficiaires de prestations non soumises à cotisations. Par ailleurs, les annonces des caisses de compensation à la Centrale se font au moyen d'un document conçu pour le lecteur optique.

Comme les travaux qui incombent désormais à la Centrale sont traités par ordinateur électronique, il a été possible d'établir une statistique détaillée quant

aux opérations d'établissement de CA et de CI. Toutes les données de mouvement se rapportant au registre central des assurés ont été saisies conformément aux codes destinés aux motifs d'annonces à la Centrale.

1. *Certificat d'assurance*

La Centrale a établi (en chiffres ronds) 562 000 certificats d'assurance. En examinant les divers motifs pour l'établissement d'un nouveau CA, ce nombre se décompose ainsi:

- 220 000 au début de l'assujettissement à l'obligation de cotiser;
- 59 000 lors de la demande d'une prestation par une personne non soumise à cotisations;
- 67 000 en cas de modification ou de rectification de l'état personnel;
- 60 000 en remplacement d'un CA égaré;
- 110 000 lorsque le CA est en mauvais état, établi en plusieurs exemplaires ou que toutes les cases sont remplies;
- 16 000 en l'absence du CA avant le rassemblement des CI;
- 30 000 lors du rassemblement des CI pour les assurés dont la classe d'âge demeure soumise à cotisations.

2. *Compte individuel*

Le nombre des ouvertures de CI dépasse le million. Les motifs d'établissement de CI ont été:

- 220 000 lorsque le CA a été remis pour la première fois au début de l'assujettissement à l'obligation de cotiser;
- 62 000 en cas de modification ou de rectification de l'état personnel;
- 20 000 pour les assurés dont la classe d'âge demeure soumise à cotisations;
- 712 000 lors de changements d'affiliation.

A propos de changement d'affiliation, dans 386 000 cas, l'ouverture d'un CI est intervenue sur présentation du CA, dans 177 000 cas, en l'absence du CA, dans 50 000 cas, lorsque le CA a été égaré et dans 99 000 cas, lorsque le CA était en mauvais état, établi en plusieurs exemplaires ou que toutes les cases étaient remplies.

98 000 cartes de format A 6 et 200 000 cartes perforées ont été remises aux caisses de compensation qui avaient demandé à la Centrale l'établissement simultané d'une carte supplémentaire de registre.

La Centrale a rassemblé en outre les CI de 95 300 assurés. Ce chiffre comprend 78 800 cas concernant des rentes AVS et 15 500 cas de rentes AI. Deux cents cas se sont rapportés aux rassemblements de CI pour mères divorcées

ou célibataires lors de la fixation de rentes d'orphelins ou de rentes doubles pour enfants, et 800 cas lors du remboursement ou du transfert de cotisations. Vingt-quatre ordres de rassemblement ont été révoqués.

3. Autres annonces

Lorsqu'un CA, établi avant le 1^{er} juillet 1972, est remplacé par un nouveau CA de onze chiffres, la Centrale remet un « CI de complément » aux caisses de compensation qui tiennent un CI pour l'assuré. En 1973, 476 000 de ces annonces ont été faites. Les caisses de compensation ont dû se fonder sur ces annonces pour compléter les anciens numéros d'assurés inscrits dans les CI.

Les caisses de compensation ont fait usage, dans 22 000 cas, de la possibilité de demander à la Centrale les renseignements dont dispose le registre central au sujet d'assurés.

Le nombre des données, ainsi que la multitude des documents établis, montrent qu'il eût été impossible de faire tous ces travaux manuellement dans un délai raisonnable. Les mesures prises pour traiter les CA et les CI de manière centrale par ordinateurs électroniques étaient donc absolument indiquées, surtout si l'on songe à la plus grande sécurité — l'un des buts visés, et pas le moindre ! — que l'on est ainsi arrivé à atteindre.

L'évolution des subventions versées par l'AI pour les constructions et agencements

1973 marque un tournant dans le développement des centres de formation et de réadaptation pour invalides encouragé par l'AI depuis 1960. La RCC a déjà fait allusion à ce revirement en publiant les résultats du premier semestre (RCC 1973, p. 555). En effet, grâce aux progrès accomplis par les handicapés dans les écoles spéciales, il devient à présent nécessaire de créer, peu à peu, un nombre plus grand de places de travail et de logement dans les ateliers protégés. Ces circonstances expliquent en grande partie la forte augmentation des subventions promises — d'environ 48 millions à 82 millions de francs — en une année.

L'amélioration de la réadaptation des invalides se traduit encore par un besoin plus grand de homes ouverts non seulement aux handicapés des centres de réadaptation et des ateliers d'occupation permanente, mais aussi à ceux qui travaillent dans l'économie libre.

En outre, depuis le 1^{er} janvier 1973, le cercle des bénéficiaires de subventions a été élargi. L'article 73 LAI, révisé à l'occasion de la huitième révision AVS, permet maintenant d'allouer des subventions aux ateliers et homes qui

occupent et hébergent à demeure des invalides incapables d'être réadaptés sur le plan professionnel, ainsi qu'aux homes qui hébergent occasionnellement des invalides dans leurs loisirs.

Subventions promises pour les constructions et agencements

Sommes des subventions en francs	Nombre des demandes		Montant total en francs	
	1972	1973	1972	1973
jusqu'à 10 000	138	160	475 919	499 914
de 10 001 à 50 000	49	71	958 869	1 467 658
de 50 001 à 100 000	9	11	660 920	770 073
de 100 001 à 500 000	15	31	3 561 353	7 138 861
plus de 500 000	12	25	42 817 000	72 186 000
	223	298	48 474 061	82 062 506

Voici quelques exemples de projets de construction pour lesquels l'AI a promis des subventions l'année dernière:

Home pour aveugles, Bâle

Ce home, fondé en 1898, compte aujourd'hui 28 places de travail et 21 lits; il sera remplacé par une nouvelle construction qui comprendra 30 places de travail et 63 chambres à un lit pour aveugles, déficients visuels et handicapés multiples. La subvention de l'AI — 50 pour cent — s'élèvera à 4,5 millions de francs en chiffres ronds; à ce montant s'ajoute un prêt sans intérêts de 2,3 millions.

Fondation « Invalidenwerkstätten », région de Thoune, Gwatt/BE

Cet atelier sera destiné en premier lieu à occuper les déficients mentaux qui ne peuvent pas exercer d'activité lucrative dans l'économie libre. Le nouvel établissement remplacera l'ancienne construction provisoire et offrira 40 places de travail et 20 lits; en l'agrandissant, on pourra par la suite doubler l'offre de places selon les besoins. Le projet comprend encore une salle de gymnastique et une piscine, qui seront également utilisées par un proche voisin, le « Schweizerischer Wohn- und Arbeitsheim für körperlich Schwerbehinderte ».

L'AI alloue un don de 2,1 millions de francs, plus 1 million à titre de prêt sans intérêts.

« Arbeitszentrum » Brändi, Horw/LU

Il s'agit ici de la dernière étape d'agrandissement d'un centre de réadaptation pour handicapés mentaux et physiques. Les places de travail ont été augmentées de 75 à 180 unités, et 80 places de logement ont été créées. L'AI participe à

raison de 7,2 millions de francs et accorde en outre un prêt sans intérêts de 3,6 millions.

« *Zugerische Werkstätte für Behinderte* », Zoug

Cet atelier avait été aménagé provisoirement dans des locaux loués où il disposait de 20 places de travail. Le nouveau bâtiment prévu aura 70 places de travail, et le home annexé pourra loger 40 handicapés mentaux ou physiques. L'AI prend en charge 50 pour cent des frais déterminants, c'est-à-dire environ 7 millions de francs, et octroie un prêt sans intérêts de 3,5 millions.



Quelques projets de types d'écoles et de homes nouveaux ou encore peu connus méritent aussi d'être mentionnés.

« *Schulheim Glarisegg* », Steckborn/TG

Il existe en général une pénurie de bonnes places dans les écoles et homes pour les mineurs normalement doués qui souffrent de troubles psychiques cérébro-organiques. L'internat projeté à Steckborn — d'ailleurs partiellement réalisé — répondra en grande partie aux besoins de la Suisse orientale. Le projet est soutenu par les cantons de Thurgovie, Saint-Gall, Schaffhouse, Zurich et Grisons. L'AI a promis de supporter la moitié des frais de construction (5,7 millions de francs) et d'accorder un prêt de 1,4 million.

« *Sonderschulheim Horbach* », Zugerberg

L'année dernière, l'AI a également promis une subvention à cette petite école, qui a le même but que Glarisegg, pour moderniser et agrandir à 20 places son établissement.

« *Wohn- und Bürozentrum für körperlich schwer Behinderte* », Reinach/BL

En dépit de tous les efforts entrepris et progrès réalisés pour intégrer les invalides dans le circuit économique, nombre de handicapés physiques gravement atteints ne peuvent, malgré leur formation scolaire et professionnelle, trouver un emploi dans l'économie libre; en voici les raisons:

- ils sont si gravement handicapés, physiquement, qu'ils ont besoin d'aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie;
- ils ne pourraient faire un travail qu'à l'aide d'appareils tout à fait spéciaux;
- leur productivité est si faible qu'elle n'est pas supportable pour une entreprise normale;
- ils ne peuvent pas se rendre à leur poste de travail par leurs propres moyens;
- des barrières architecturales leur barrent le chemin.

Afin de pouvoir offrir aussi à ces handicapés des possibilités de travail en fonction de leurs aptitudes, la fondation « Wohn- und Arbeitsheim für Gelähmte », Bâle, créée tout exprès pour cela, a décidé de créer un centre de logements et de bureaux à Reinach/BL. Le home, qui sera conçu entièrement pour des invalides cloués à leur fauteuil roulant, offrira 35 places. Quant aux bureaux, ils sont conçus pour occuper 55 employés internes et externes. Des locaux appropriés et l'adaptation individuelle des instruments de travail doivent permettre même aux infirmes les plus gravement atteints de subvenir partiellement ou entièrement à leur entretien; on a prévu de répartir le personnel en une division « Informatique », une division « Comptabilité » et une division générale (dactylographie, photocopie, etc.).

Les autorités compétentes des cantons de Bâle-Ville, Bâle-Campagne et Soleure ont approuvé ce projet. L'AI, elle aussi, a un intérêt tout particulier à sa réalisation; elle a accordé une subvention de 5,4 millions de francs, plus un prêt de 2,7 millions.

Village d'Aigues-Vertes, Chèvres/GE

Cette institution abrite actuellement une cinquantaine de déficients mentaux. Comme il n'y a pas assez de places disponibles pour des adultes, la fondation « Aigues-Vertes » projette de construire quatre autres pavillons. Une fois que cette nouvelle étape sera franchie, le village comptera au total 80 places de logement et autant de places de travail dans des ateliers et dans l'agriculture. L'AI se charge de la moitié des frais déterminants, soit environ 1,6 million de francs.

Clair-Bois, Foyer d'accueil et d'éducation pour enfants IMC, Lancy/GE

Pour les enfants IMC, on ne dispose pas encore d'un nombre suffisant de homes où il soit possible de donner les soins nécessaires à cette catégorie d'invalides. On a donc dû, jusqu'à présent, les placer dans des instituts peu adaptés à leurs besoins particuliers. Le home projeté pourra recevoir, à titre permanent, 32 de ces jeunes infirmes, les soigner et les éduquer; en outre, on pourra y admettre, pour un temps limité, des cas urgents nécessitant des mesures médicales et péda-go-thérapeutiques. L'AI contribue aux frais par une subvention de deux millions environ et accorde en outre un prêt sans intérêts d'un million de francs.

✱

Les exemples ci-dessus, même s'ils ne montrent qu'une petite partie des projets traités, illustrent l'importance de l'œuvre entreprise par l'AI en faveur de la construction d'instituts et d'établissements pour les invalides. Cependant, il serait injuste de ne pas relever que si l'AI est en mesure de jouer ce rôle, c'est grâce à l'initiative et à la participation financière des organisations intéressées, ainsi que des communes et cantons.

Le tableau ci-après montre quelles ont été les dépenses consacrées aux diverses catégories d'établissements pendant les cinq dernières années, ainsi que les subventions totales qui ont été accordées depuis la création de l'AI. Le développement spécialement intense des ateliers protégés, dont il a été question au début de cet article, y est mis en évidence très nettement.

Subventions promises par l'AI pour la construction et les agencements, classées selon les genres d'institutions

	1969	1970	1971	1972	1973	1960-1973
Ecoles spéciales et établissements pour mineurs impotents	14 561 192	13 218 539	21 799 991	31 499 943	33 276 597	177 747 738
Etablissements pour la réadaptation professionnelle	2 116 553	87 660	1 801 034	4 029 687	4 735 161	27 351 973
Etablissements pour la réadaptation médicale	489 459	1 564 953	11 928 645	406 424	472 682	27 247 163
Ateliers protégés, avec ou sans home d'habitation	5 880 255	1 009 380	14 603 187	12 168 576	40 078 038	82 501 216
Homes d'habitation	350 295	94 487	6 398 652	369 431	3 500 028	13 496 557
Total	23 397 754	15 975 019	56 531 509	48 474 061	82 062 506	328 344 647

Ainsi, 328 millions de francs environ ont été promis par l'AI pour financer des constructions et des agencements; sur cette somme, 245 millions ont été versés jusqu'à la fin de l'année 1973. Il reste ainsi 83 millions à payer; cependant, compte tenu du renchérissement, ce solde pourrait encore augmenter au-delà des 100 millions. En 1973, la procédure d'octroi a été simplifiée et rationalisée, si bien que les nombreuses demandes présentées ont pu être traitées sans trop de complications administratives.

Ainsi que le montre le tableau de la page 210, la plupart de ces demandes (soit 273 sur 298) concernaient, aussi pour l'année dernière, des projets de faible envergure nécessitant des subventions inférieures à 500 000 francs, au sujet desquels l'OFAS a pu se prononcer lui-même.

On notera en outre qu'à la fin de l'année passée, il restait environ 300 affaires importantes en suspens; elles se trouvaient au stade de l'examen préliminaire, à l'état de projet ou d'avant-projet, ou bien le bâtiment était en construction, et dans plusieurs cas, les décomptes n'étaient pas terminés ou les subventions définitives pas encore fixées.

Les jeunes invalides et l'AI (3^e suite et fin)¹

5. A propos de la motorisation des jeunes invalides

(Bases: Voir en particulier les art. 21 LAI et 15 RAI; Bulletin AI, N° marginal 1210 = RCC 1973, p. 172)

Les véhicules à moteur, tels que les scooters à deux ou trois roues (y compris les scooters à cabine) et les voitures automobiles légères, sont des moyens auxiliaires de l'AI. En ce qui concerne les autres moyens auxiliaires qu'un jeune assuré peut demander, on se référera en particulier à l'article 14 RAI, ainsi qu'à la circulaire concernant la remise de moyens auxiliaires.

Dans le Bulletin AI, l'OFAS a soumis aux règles suivantes l'octroi de prestations dans les cas où l'assuré, à cause de son invalidité, doit utiliser un véhicule à moteur pour parcourir les trajets entre son domicile et son lieu de travail (ou son école), alors qu'il reçoit une formation professionnelle initiale ou subit un reclassement.

Si un assuré, donc également un jeune invalide ayant atteint un âge déterminé (par exemple 18 ans pour conduire une automobile, ou 14 ans pour un cyclomoteur) a besoin — à cause de son invalidité — d'un véhicule à moteur pendant la durée de sa formation professionnelle initiale ou de son reclassement, l'AI peut assumer de la manière suivante les frais occasionnés par les trajets:

- En cas de *formation professionnelle initiale*, les frais font partie des frais de formation; l'AI ne peut donc rembourser que les frais supplémentaires, dus à l'invalidité, qui figurent dans le calcul comparatif.

¹ Voir RCC 1974, pp. 67, 106 et 152. Un tirage à part de cette série paraîtra prochainement; il peut être commandé au moyen du bulletin ci-joint.

- En cas de *reclassement*, les frais de transport occasionnés par l'invalidité sont pris en charge entièrement.

Pour les *déplacements*, on procédera, en cas de formation professionnelle initiale comme en cas de reclassement, selon les prescriptions suivantes:

- Si le véhicule est fourni par l'assuré lui-même ou par un tiers, les taux d'amortissement seront, selon le type du véhicule, de 600, 1000 ou 1200 francs;
- Le véhicule peut aussi être remis par l'AI, qui le prendra dans un de ses dépôts ou procédera à une nouvelle acquisition.

Lorsque l'assuré dispose d'un véhicule à moteur, il peut facturer à l'AI:

- les frais effectifs des *transformations* nécessitées par l'invalidité, selon l'offre;
- les *impôts et assurances* pour le véhicule (assurance-responsabilité civile jusqu'à un million de francs, assurance casco jusqu'à un montant de primes de 600 francs; l'assurance pour les autres occupants de la voiture n'est pas payée par l'AI);
- l'*indemnité kilométrique* pour les frais d'exploitation et de réparation, soit 20 centimes lorsque le parcours nécessité par les besoins de la formation professionnelle ne dépasse pas 20 km. par jour, et 15 centimes dans les autres cas;
- les *frais d'auto-école* jusqu'à 40 heures (y compris les leçons de théorie), si l'assuré n'est pas encore en possession de son permis de conduire. Si l'assuré prend ses leçons d'auto-école avec son propre véhicule ou avec celui qui lui a été remis, l'AI lui verse, par leçon de 45 minutes, une contribution de 5 francs pour ses frais d'exploitation.

L'assuré doit tenir un *livre de bord* indiquant clairement quelles sont les courses qui ont été nécessitées par sa formation professionnelle.

C. Les indemnités journalières, les rentes et les allocations pour impotents

1. Indemnités journalières

(Bases: art. 22-25 LAI, art. 17-22 bis RAI; circulaire concernant les indemnités journalières de l'AI)

Lorsqu'il a atteint l'âge de 18 ans révolus, l'assuré a droit en principe à l'indemnité journalière s'il est empêché par les mesures de réadaptation d'exercer

une activité lucrative pendant au moins trois jours consécutifs, ou s'il présente une incapacité de travail d'au moins 50 pour cent.

Depuis la huitième révision de l'AVS, qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1973 et a modifié également l'AI sur quelques points importants, les assurés mineurs qui n'ont pas encore eu d'activité lucrative ou qui suivent une formation professionnelle n'ont droit, en aucun cas, à ladite indemnité. Celle-ci ne peut être accordée, par conséquent, dès l'âge de 18 ans, que si l'assuré a *déjà exercé une activité lucrative* avant la naissance du droit à cette prestation. De même, lorsqu'il est devenu majeur, l'assuré ne peut prétendre l'indemnité journalière si la mesure de réadaptation est une *formation professionnelle initiale*.

2. Rentes

(Bases: art. 28 ss LAI; art. 25 ss RAI; directives concernant l'invalidité et l'impotence)

a. Une rente d'invalidité peut être accordée à l'assuré ayant l'âge de 18 ans révolus, lorsque des mesures de réadaptation n'ont pas atteint leur but ou ne l'ont atteint que d'une manière insuffisante, ou encore lorsque de telles mesures semblent vouées à un échec certain. L'assuré a droit à la rente entière si son degré d'invalidité est de 66 % pour cent ou davantage; à la demi-rente, si ce degré se situe entre 50 et 66 % pour cent. Dans les cas pénibles, cette demi-rente est accordée déjà pour un degré d'invalidité de 33 ⅓ à 49 pour cent.

Dans l'évaluation de l'invalidité, on tient compte non seulement de la perte de gain, c'est-à-dire de la diminution de la capacité de gain, mais aussi des effets de l'invalidité sur la formation professionnelle (interruption ou ralentissement). C'est ainsi, par exemple, qu'un jeune assuré qui doit interrompre son apprentissage à cause d'une longue maladie ou d'un grave accident peut, après avoir atteint l'âge de 18 ans, prétendre une rente.

b. Le droit à la rente n'exclut pas l'application ambulatoire ou stationnaire de mesures de réadaptation de l'AI. Les prestations sont alors cumulées, et ceci même dans les cas où l'AI prend en charge les frais de logement, par exemple pour un traitement à l'hôpital ou pour une formation professionnelle initiale qui n'est réalisable que d'une manière restreinte et en internat.

c. Les *invalides de naissance et invalides précoces* ont, en règle générale, droit à la rente dès l'âge de 18 ans s'ils ne peuvent, à cause de leur invalidité, *acquérir des notions professionnelles suffisantes*. Une simple mise au courant n'est considérée comme une formation professionnelle suffisante que s'il s'agit d'une formation qualifiée qui, une fois terminée, donne les mêmes perspectives de gain qu'un apprentissage proprement dit (par exemple lorsqu'un aveugle apprend le métier de masseur en suivant une filière spéciale, sans l'examen final habituel; ou lorsqu'un candidat souffrant d'une grave infirmité physique veut devenir dessinateur du génie civil).

d. La rente AI simple est de 400 francs par mois au moins et de 800 francs au plus. Les invalides de naissance et invalides précoces, qui n'ont pas pu exercer une activité lucrative avant 20 ans et ne peuvent, de ce fait, prétendre qu'une rente AI extraordinaire (minimum), reçoivent un supplément de 33 ⅓ pour cent (c'est-à-dire 134 fr., donc au total 534 fr.). Si l'invalidité survient avant l'âge de 25 ans, la rente AI ordinaire simple atteint au minimum 500 francs (supplément de 25 pour cent s'ajoutant au minimum).

3. Allocations pour impotents

(Bases: art. 42 LAI et 38/39 RAI; directives concernant l'invalidité et l'impotence)

Les invalides qui sont impotents ont droit, à certaines conditions, à l'allocation pour impotent. On considère comme impotent celui qui, pour cause d'infirmité, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne (par exemple se lever et se coucher, se vêtir et se dévêtir, prendre les repas, pourvoir aux soins du corps, aller aux toilettes, se mouvoir, etc.). En règle générale, dans le cas des mineurs qui ont droit à la contribution aux soins spéciaux, cette prestation est remplacée, dès l'âge de 18 ans, par la rente et l'allocation pour impotent. Cette dernière peut cependant aussi être accordée à des invalides qui exercent une activité lucrative ou suivent une formation, même s'ils n'ont pas droit à la rente AI.

L'allocation pour impotent est de 80, 200 ou 320 francs par mois suivant le degré de l'impotence.

Relations des allocations familiales avec l'AVS et l'AI

Par la loi du 14 décembre 1973 revisant la LFA, les rapports des allocations familiales avec l'AVS ont fait l'objet d'une nouvelle réglementation. L'aperçu ci-après donne des informations sur le droit aux allocations familiales des travailleurs agricoles et petits paysans qui, personnellement, bénéficient d'une rente de l'AVS ou de l'AI, ou dont l'épouse bénéficie d'une telle prestation.

I. Relations avec l'AVS

Bénéficiaires	Droit à	
	allocations pour enfants	allocation de ménage
<i>Travailleurs agricoles</i> — bénéficiaires d'une rente au sens de la LAVS (art. 3, 4 ^e al., LFA) — qui ont des enfants pour lesquels il est versé une <i>rente pour enfant ou une rente d'orphelin</i> au sens de la LAVS (art. 9, 4 ^e al., LFA) — dont l'épouse reçoit une rente de vieillesse simple	non non non	non non oui
<i>Petits paysans</i> — qui ont des enfants pour lesquels il est versé une <i>rente pour enfant ou une rente d'orphelin</i> au sens de la LAVS (art. 9, 4 ^e al., LFA)	non	sans objet

II. Relations avec l'AI

Bénéficiaires	Droit à	
	allocations pour enfants	allocation de ménage
<i>Travailleurs agricoles</i> — bénéficiaires d'une <i>demi-rente AI</i> (octroi des allocations en fonction du temps de travail) — bénéficiaires d'une <i>rente entière AI</i> (sont réputés personnes sans activité lucrative) — dont l'épouse bénéficie d'une demi-rente ou d'une rente entière AI	1/2 non oui	1/2 non oui
<i>Petits paysans</i> — bénéficiaires d'une <i>demi-rente AI</i> (sont réputés petits paysans de profession principale) — bénéficiaires d'une <i>rente entière AI</i> (ne sont pas réputés petits paysans de profession principale) — dont l'épouse bénéficie d'une demi-rente ou d'une rente entière AI	oui non oui	sans objet sans objet sans objet

Problèmes d'application

AI. Moyens auxiliaires: Chaussures orthopédiques

(art. 21 LAI et 14 RAI; modification des N^{os} 90 à 98 de la circulaire concernant la remise de moyens auxiliaires)

I

Des difficultés surgissent constamment dans la remise de chaussures orthopédiques par l'AI. C'est pourquoi l'OFAS, collaborant avec des experts de la Société suisse d'orthopédie, a élaboré des instructions à ce sujet, qui ont été publiées dans les Bulletins AI N^{os} 153 et 165. Voici, groupées en un seul résumé, sous N^o II ci-après, ces règles nouvelles concernant les chaussures orthopédiques.

Désormais, seules les chaussures confectionnées sur mesure et adaptées à une forme ou à une fonction anormale du pied seront reconnues comme chaussures orthopédiques et prises en charge par l'AI.

Les chaussures fabriquées en série doivent, dans tous les cas, être payées par l'assuré. Cependant, les retouches coûteuses faites à de telles chaussures — celles-ci remplaçant alors, grâce à ces modifications, des chaussures sur mesure — sont maintenant payées par l'AI. Sont considérées comme coûteuses les retouches dont le prix dépasse 50 francs par paire.

Lorsqu'il reçoit des chaussures confectionnées sur mesure, l'assuré doit, dans tous les cas, payer une participation aux frais, calculée d'après le prix des chaussures ordinaires actuellement sur le marché. De même, il assume une partie des frais des réparations. L'AI prend en charge les frais qui dépassent en tout 50 francs par année pour une ou plusieurs réparations; l'assuré doit donc payer lui-même 50 francs par an.

En règle générale, le nombre des chaussures remises par l'AI est limité à une paire par année; cependant, des exceptions peuvent être faites si l'assuré en use davantage pour des motifs valables.

II ¹

Les prescriptions suivantes sont applicables lors de la remise de chaussures orthopédiques:

1. Il incombe à un spécialiste en orthopédie, ou à un autre médecin spécialisé qui connaît bien ce domaine, de prescrire des chaussures orthopédiques. Si

¹ Résumé des Bulletins de l'AI N^{os} 153 et 165.

d'autres médecins, ne disposant pas de telles connaissances, demandent la remise de ce moyen auxiliaire, il faut en général, lors de la première démarche de ce genre, faire vérifier l'indication d'une telle mesure par un des spécialistes mentionnés ci-dessus.

2. On entend, par « chaussures orthopédiques »,
 - a. les chaussures confectionnées sur mesure et
 - b. les retouches coûteuses, apportées à des chaussures de série.

Ces « chaussures » sont adaptées individuellement à une forme ou à une fonction pathologiques du pied; elles remplacent un appareil orthopédique ou en constituent le complément nécessaire. Les chaussures sur mesure simples sans dispositif orthopédique (par exemple pour les pieds présentant une forme spéciale qui n'entraîne pas d'invalidité) ne sont pas rangées dans cette catégorie.

Il en va de même des chaussures fabriquées en série, entre autres les souliers avec supports plantaires incorporés et les souliers pour appareils (par exemple Bally B 48), les souliers *anti-varus* et les souliers pour pieds *métatarsus varus*, ainsi que des chaussures de confection de grandeurs différentes.

3. Les chaussures orthopédiques ne peuvent être remises *qu'à la condition* que l'utilisation de chaussures de confection (ou de chaussures avec supports plantaires incorporés) complétées par des supports plantaires amovibles ne soit pas possible. L'indication principale à l'octroi de chaussures orthopédiques est constituée par d'importantes anomalies dans la grandeur ou la forme des pieds, en hauteur et en largeur, mais aussi par une grande disproportion entre la longueur et la largeur. En revanche, la remise de chaussures orthopédiques n'est pas indiquée lorsqu'il y a, entre les pieds ou les jambes, une différence de longueur de 2,5 cm. et moins, ou lorsque le patient souffre d'un hallux valgus, d'un pied plat valgus ou d'un pied plat transverse contracturé.
4. Si la remise de chaussures orthopédiques sur mesure est demandée à titre de prestation AI, la commission AI se procurera, au moyen du questionnaire à remplir par le médecin, les *données complémentaires* suivantes:
 - a. Description exacte des modifications anatomiques du pied, avec, s'ils existent, les radiographies ou les résultats des examens radioscopiques, l'empreinte du pied (podogramme) et le dessin du pourtour du pied;
 - b. Description des difficultés provoquées par l'usage de chaussures ordinaires;
 - c. Essais et expériences faits jusqu'à présent avec des supports plantaires, etc.;
 - d. Efforts à fournir par les pieds dans la vie quotidienne et dans la profession.

Se fondant sur les réponses à ces questions, le médecin-orthopédiste chargé du contrôle décide s'il examinera encore l'assuré lui-même. Les

questionnaires qui n'ont pas été remplis d'une manière complète seront renvoyés au médecin avec prière de combler les lacunes.

5. L'AI prend en charge les retouches coûteuses des chaussures fabriquées en série si cela permet d'éviter la remise de chaussures sur mesure selon chiffre 3. Les petites retouches, par exemple la surélévation du talon et autres corrections minimales, dont le prix ne dépasse pas 50 francs, ne sont pas considérées comme coûteuses et ne sont pas prises en charge par l'AI. Celle-ci assume entièrement les frais des retouches qui coûtent plus de 50 francs; en revanche, l'acquisition des chaussures fabriquées en série est toujours à la charge de l'assuré.
6. Les supports plantaires et les retouches des chaussures normales qui remplacent un support plantaire ne sont payés par l'AI que s'ils représentent le complément nécessaire d'une mesure de réadaptation appliquée par l'AI (art. 21, 1^{er} al., LAI). Sont réservés les supports plantaires remis à l'assuré en tant qu'appareils de traitement dans les cas d'infirmités congénitales figurant à l'article 2 OIC, ainsi que les modifications analogues (cf. aussi Bull. AI N° 145, ch. marginal 1151).
7. Lorsque des chaussures orthopédiques sur mesure lui sont remises, l'assuré paie dans tous les cas une participation de 80 francs (s'il est adulte) ou de 40 francs (s'il est mineur).

Les réparations au sens des ch. m. 26 à 28 de la circulaire concernant la remise de moyens auxiliaires sont à la charge de l'AI, après déduction d'une participation de l'assuré qui s'élève au total à 50 francs par année.

Est applicable, pour le reste, ladite circulaire, notamment le ch. m. 9.
8. Les chaussures orthopédiques sur mesure sont remises, en principe, à double, lorsque l'assuré les reçoit pour la première fois. Cependant, la deuxième paire ne doit pas être prescrite avant que l'assuré ait porté la première paire pendant au moins trois mois sans avoir à s'en plaindre. En règle générale, l'assurance ne renouvelle ses prestations que pour une paire par année. Si l'assuré en use davantage, il doit en indiquer les motifs. Les modifications, selon chiffre 5, des chaussures fabriquées en série ne peuvent dépasser le nombre de trois par année.
9. Les chaussures orthopédiques sont confectionnées par des maîtres cordonniers spécialisés dans les travaux d'orthopédie et titulaires d'un diplôme fédéral. Là où de tels artisans ne sont pas disponibles, la commission AI peut, jusqu'à nouvel avis, continuer à confier les mandats à des ateliers dont le travail a été jugé satisfaisant.
10. Les frais sont remboursés d'après les tarifs fixés par convention avec l'AI, la CNA et l'assurance militaire pour les travaux orthopédiques sur mesure. Le ch. m. 56 de la circulaire concernant la remise de moyens auxiliaires est applicable aux fournisseurs qui n'ont pas adhéré à la convention.
11. Les présentes instructions sont applicables à tous les cas où des chaussures orthopédiques sont remises pour la première fois, ainsi qu'à toutes les demandes de prolongation.

PC. Modification de taux prévus dans les Directives PC¹

a) Sous numéro marginal 304, le montant à la charge de l'assuré en cas de réparation de chaussures orthopédiques doit — conformément à la réglementation appliquée en matière d'AI — être augmenté à 50 francs.

b) De plus, la contribution aux frais d'entretien d'un chien-guide pour aveugles est fixée à 80 francs par mois (numéro marginal 327).

EN BREF

Comment un mal-voyant a fait son chemin

Dans la série d'articles « les jeunes invalides et l'AI », les mesures de réadaptation professionnelles ont été commentées dans le numéro d'avril. Ce sujet étant plutôt théorique, voici pour illustrer la pratique, le cas d'un mal-voyant réadapté. Cet assuré avait pris la plume en réponse à une lettre du courrier des lecteurs d'un quotidien où un compagnon d'infortune s'était plaint de ne pas encore avoir trouvé de place adéquate, en dépit de nombreuses tentatives, à cause de son invalidité.

« J'ai exercé la profession de dessinateur de machines pendant près de quatorze ans. J'ai participé notamment à la construction d'une fabrique de machines à grande échelle d'une des plus grandes maisons de Suisse. Puis, j'ai été frappé, il y a quelques années, d'une maladie qui a diminué petit à petit mon acuité visuelle. Ainsi, ma vue diminuait de semaine en semaine et tout l'art médical y était impuissant. Combien de fois ai-je sombré dans le désespoir. Après m'être annoncé à l'assurance-invalidité, j'ai dû aller deux fois à Bâle consulter un conseiller en professions qui m'a fait faire des tests et qui est arrivé à la conclusion qu'il fallait me reclasser comme employé de commerce. Je pensais également que c'était une bonne solution. Mon reclassement débuta alors au « centre de réadaptation pour handicapés de la vue » à Bâle. Ce fut une époque très pénible et il m'a fallu beaucoup de persévérance. On m'a formé d'abord dans les matières suivantes : arithmétique, comptabilité, dactylographie (dix doigts), allemand, français, habileté manuelle et le braille. Au cours de la deuxième année, j'eus encore la correspondance. Puis, on me confia quelques petits travaux pratiques au secrétariat de l'école, et celui qui travaillait bien avait la permission d'écrire à la machine électrique: assurément un succès pour un mal-voyant ! La directrice de l'école organisa ensuite un

¹ Extrait du Bulletin des PC N° 38.

stage dans une compagnie d'assurances bâloise. Je devais faire essentiellement de la correspondance, dictée ou recopiée. Je n'avais pas besoin du braille que je connaissais très bien et qui d'ailleurs me fascinait; aujourd'hui encore, je n'ai pas l'occasion de l'utiliser.

Au bout de six mois, j'eus une discussion avec mes enseignants. On me parla d'un second stage au lieu de mon domicile ou dans les environs. Je fus d'accord de faire mes offres d'emploi moi-même. Mes premières tentatives échouèrent, pourtant plus tard cela a marché. Le directeur et le chef du personnel n'avaient pas la moindre idée comment un mal-voyant pouvait travailler et nous nous sommes mis d'accord pour un essai de deux mois. Le succès est là, car cela fait trois ans que je travaille au même poste. Mes supérieurs sont contents de moi et je le suis aussi. Certes, ce n'est pas chose évidente qu'une banque occupe un mal-voyant, aussi suis-je très reconnaissant. »

BIBLIOGRAPHIE

Alfred Maurer: *Grundriss des Bundessozialversicherungsrechts*. Cette vue d'ensemble, publiée d'après les cours donnés par l'auteur à l'Université de Berne, comprend l'AVS, l'AI, ainsi que l'assurance-maladie et accidents. Elle comporte un registre des matières traitées et des lois. Cet ouvrage, qui se présente sous la forme d'un classeur de 208 pages, peut être commandé pour le prix de 30 francs au service du matériel de la société d'assurance « Zurich », Mythenquai 2, 8022 Zurich.

INTERVENTIONS PARLEMENTAIRES

APG

Petite question Eng
du 18 mars 1974

M. Eng, conseiller national, a posé la petite question suivante:

« Selon l'article 324 a CO, l'employeur dont le salarié est empêché de travailler pour des causes inhérentes à sa personne, telles que l'accomplissement d'une obligation légale ou d'une fonction publique, verse à ce dernier le salaire pour un temps limité. Cette disposition est indubitablement applicable

aux absences consécutives à l'accomplissement du service du feu et à la fréquentation des cours de sapeurs-pompiers.

En pratique, les entreprises sont affectées de manière très inégale par le service du feu. Les employeurs eux-mêmes réclament toujours plus fréquemment aux communes le remboursement des salaires qu'ils versent à ce titre-là. Etant donné cependant que les cantons n'ont pas la compétence de modifier les dispositions impératives du droit fédéral et qu'il serait d'ailleurs presque impossible de mettre sur pied une réglementation unifiée sur le plan cantonal, il paraît indiqué de rechercher une solution à l'échelon fédéral. De ce fait, le service du feu serait incorporé globalement dans le régime des APG de la Confédération, régime qui, d'ailleurs, fait présentement l'objet d'une procédure de révision.

C'est pourquoi je demande au Conseil fédéral s'il envisage, dans le cadre de la révision du régime des APG, de régler aussi le paiement des salaires de même que leur remboursement, en cas de service actif du feu et de fréquentation de cours y afférents; je lui demande enfin de dire pour quelles raisons on devrait renoncer, le cas échéant, à adopter une telle solution.»

INFORMATIONS

Allocations familiales dans le canton du Tessin

Dans sa séance du 25 mars 1974, le Grand Conseil a adopté un projet de révision de la loi sur les allocations pour enfants. Le taux de l'allocation pour enfant est porté de 50 à 65 francs par mois et par enfant. Cette modification a pris effet le 1^{er} avril 1974.

Nouvelles personnelles

Caisses de compensation

Succédant à M. Hefti, décédé (cf. RCC 1973, p. 561), c'est M. *Jakob Wolfensberger* qui dirige maintenant la caisse « Meubles en gros ». Il a assumé en outre la gérance de la caisse « Matériaux de construction », mais il reste le gérant de la caisse « Menuisiers ».

Commission AI Grisons

M. *Alex Schmid* a repris la présidence de la commission AI des Grisons.

Commission AI Argovie

La commission argovienne de l'AI est présidée désormais par M. *Hans Theiler*.

JURISPRUDENCE

Assurance-invalidité

RÉADAPTATION

Arrêt du TFA, du 23 novembre 1973, en la cause G. R. (traduction de l'allemand).

Article 9, 1^{er} alinéa, LAI. Si, pendant plusieurs années, un assuré a reçu à titre exceptionnel l'autorisation de commander ses prothèses à l'étranger, cette pratique ne peut pas être modifiée sans qu'il en ait été préalablement informé. En revanche, l'assuré ne peut se prévaloir indéfiniment d'une autorisation qui n'était due qu'à des circonstances tout à fait passagères.

Articolo 9, capoverso 1, della LAI. Se un assicurato ha ottenuto per vari anni l'autorizzazione di ordinare, eccezionalmente, le sue protesi all'estero, questa prassi non può essere modificata senza prima averne informato l'assicurato. D'altra parte, l'assicurato non deve dedurre dei diritti per il futuro dall'autorizzazione concessagli sinora in via d'eccezione.

L'assuré, né en 1945, souffre des séquelles d'une poliomyélite. En 1965, il dut être amputé de la jambe gauche (tibia) à cause de graves troubles de la circulation. La commission AI lui accorde diverses prestations; elle mit à la charge de l'AI, entre autres, une prothèse « d'après les instructions du professeur N., dans la mesure où cette prothèse est confectionnée en Suisse » (décision de la caisse de compensation, 9 août 1965). L'assuré fit remarquer que — sur recommandation du professeur N. — il recevait ses prothèses, depuis sept ans, d'un orthopédiste allemand, et qu'il en était pleinement satisfait. La décision fut alors modifiée avec l'approbation de l'OFAS, et l'assuré se vit autorisé à commander ses prothèses chez ce fournisseur à l'étranger (décision du 17 décembre 1965). Depuis lors, l'administration accorda encore plusieurs prothèses de remplacement fabriquées par ce même orthopédiste, avec les réparations; la dernière décision rendue dans ce sens est du 11 août 1971.

Lorsque l'assuré demanda à l'AI, en automne 1972, de prendre en charge les frais d'une nouvelle prothèse, également en provenance de l'étranger, la commission sou-

mit de nouveau le cas à l'OFAS. Dans sa réponse, datée du 27 novembre 1972, l'office fit remarquer qu'il existait, dans la ville où l'assuré était domicilié, six membres de l'Association suisse des orthopédistes et bandagistes, avec lesquels une convention tarifaire avait été conclue. L'assuré pouvait donc, comme d'autres, commander ses prothèses en Suisse. Il n'y avait aucune raison d'admettre que les membres d'une telle association fussent incapables de lui procurer une prothèse tout à fait adéquate. Aussi la caisse décida-t-elle, le 9 janvier 1973, que désormais l'AI n'accorderait plus à l'assuré des prothèses commandées à l'étranger.

L'assuré recourut auprès de la commission de recours. Celle-ci estima que, compte tenu des particularités du cas, il était vraiment incompréhensible que l'on songeât à abandonner un fournisseur étranger, dont le travail avait donné pleine satisfaction pendant des années, pour refaire un essai en Suisse où de mauvaises expériences avaient pourtant été faites naguère. L'autorité de recours chargea par conséquent l'AI d'assumer les frais d'une nouvelle prothèse fabriquée par le fournisseur habituel.

L'OFAS a interjeté recours de droit administratif. Se référant à la jurisprudence du TFA fondée sur l'article 9, 1^{er} alinéa, LAI, il confirme l'opinion — déjà exprimée dans son mémoire de novembre 1972 — selon laquelle l'assuré peut se procurer en Suisse une prothèse adéquate. Le fait que l'OFAS a approuvé, en 1965, l'acquisition d'un tel objet à l'étranger ne saurait fonder de nouvelles prétentions de la part de l'assuré. En outre, les frais de fabrication sont sensiblement plus élevés en Allemagne qu'en Suisse. L'OFAS conclut dès lors au rétablissement de la décision du 9 janvier 1973.

L'assuré, lui, a demandé le rejet de ce recours. La prothèse litigieuse a, entre-temps, été confectionnée par la maison allemande. Dans une lettre adressée au tribunal le 20 août 1973, le professeur N. atteste en outre qu'il s'agit là d'un cas réellement difficile; l'assuré a besoin d'une prothèse spécialement confectionnée et non pas d'un modèle ordinaire.

Le TFA a rejeté le recours pour les motifs suivants:

1. En vertu de l'article 9, 1^{er} alinéa, LAI, les mesures de réadaptation sont appliquées en Suisse, elles peuvent l'être exceptionnellement aussi à l'étranger. Selon la jurisprudence, c'est le cas quand, en toute objectivité, ces mesures ne peuvent pas être appliquées en Suisse faute d'installations adéquates ou vu leur caractère particulier ou insolite. L'appréciation subjective de l'assuré ne saurait ainsi être déterminante, pas plus que de simples convenances personnelles (ATFA 1966, p. 102, RCC 1967, p. 69; ATFA 1967, p. 248, RCC 1968, p. 212; ATF 97 V 158, RCC 1972, p. 409).

2. Après l'amputation de sa jambe, l'intimé a fait confectionner sa première prothèse en 1965 par un orthopédiste allemand dont le travail a donné entière satisfaction pendant sept ans déjà, alors que l'assuré avait fait, naguère, de mauvaises expériences avec des fournisseurs suisses. L'administration s'était explicitement déclarée d'accord que cette prothèse soit commandée à l'étranger. Dans les années qui suivirent, et pour la dernière fois en 1971, la commission AI lui accorda trois autres prothèses fabriquées par ce même orthopédiste. Dans ces circonstances, lorsqu'il présenta sa nouvelle demande le 17 octobre 1972, l'intimé ne pouvait pas s'attendre à ce que la caisse de compensation modifie sa pratique et l'enjoigne de changer de fournisseur, bien qu'il ait donné apparemment entière satisfaction, alors que l'administration ne l'avait jamais prévenu de cette éventualité auparavant. La décision que la caisse a rendue le 9 janvier 1973, soit trois mois environ après la nouvelle demande de l'assuré, est dès lors contraire aux règles de la bonne foi, puisqu'elle statue que les

frais des prothèses ne seraient pris en charge que si elles étaient confectionnées en Suisse.

Le fait que depuis 1965 l'administration ait pris en charge à plusieurs reprises les frais des prothèses confectionnées à l'étranger et qu'elle soit obligée de le faire aujourd'hui encore ne signifie certes pas que l'assuré puisse en déduire un droit pour l'avenir. La commission AI d'ailleurs examinera, en vue d'une future demande de l'intimé, s'il est encore exact que la prothèse dont a besoin l'assuré ne peut pas être confectionnée en Suisse comme il avait été admis dans les décisions des 17 décembre 1965, 5 mai 1966, 1^{er} décembre 1970 et 11 août 1971. La commission AI tiendra cependant compte que le professeur N. déclare qu'il ne s'agit pas d'un « cas normal », vu que l'amputation a été pratiquée à une jambe atteinte par la poliomyélite sous forme de parésie de la musculature de la hanche et de la cuisse et qu'en outre une sympathectomie a aussi été faite pour remédier, au stade initial, à une mauvaise circulation du sang. Le professeur N. parle formellement de « cas spécial » et de « confection spéciale » de la prothèse, ce qui devrait avoir des conséquences sur les frais de fabrication. Si, après l'examen des faits, l'on arrivait à la conclusion qu'il n'y avait, en toute objectivité, aucune nécessité de se procurer le moyen auxiliaire à l'étranger, l'intimé ne devrait plus s'attendre à ce que l'AI prenne en charge les frais de confection et de réparations à l'étranger.

Arrêt du TFA, du 12 novembre 1973, en la cause R. B. (traduction de l'allemand).

Article 14, 1^{er} et 2^e alinéas, LAI. Les soins infirmiers quotidiens donnés à un enfant atteint d'une infirmité congénitale ne constituent pas, en eux-mêmes, une mesure médicale, même s'ils lui sont dispensés dans un hôpital et occasionnent beaucoup de travail au personnel soignant. Dès lors, la prise en charge totale des frais du séjour hospitalier est impossible; seule une contribution aux frais de soins pour mineurs impotents peut être accordée. (Confirmation de la pratique.)

Articolo 14, capoversi 1 e 2 della LAI. La cura medica giornaliera di cui un bambino, affetto da un'infermità congenita ha bisogno, non costituisce di per sé sola un provvedimento sanitario, anche quando essa è effettuata in un ospedale e richiede molto lavoro ed applicazione dalle persone addette all'assistenza. Per questa ragione, non è possibile prendere a carico il complesso dei costi, in caso di ricovero ospedaliero; ma può essere soltanto rimborsato un contributo alle spese di cura per minorenni grandi invalidi. (Conferma della pratica.)

L'enfant R. ne pesait que 2000 grammes à sa naissance, survenue le 30 mai 1967. En outre, il fit une hypoglycémie pendant les trois premiers jours de sa vie. A partir du 3 avril 1968, l'enfant, « apparemment sain jusqu'alors, a eu subitement des accès épileptiformes généralisés, qui se reproduisirent pendant des heures malgré une thérapie intensive. Il en résulte une grave lésion cérébrale qui diminue les facultés psychomotrices, une épilepsie multifocale et des dyskinésies spastiques cérébrales » (rapport médical de l'hôpital infantile). L'AI accorde à cet assuré des mesures médicales pour le traitement des infirmités Nos 387 et 390 de la liste de l'OIC. En outre, elle fit verser, par décision du 6 novembre 1969, une contribution aux frais de soins pour mineurs impotents. Il avait fallu constater, en effet, que l'enfant ne pouvait ni se tenir debout,

ni marcher, ni s'asseoir, ni même lever la tête, et qu'à l'âge de deux ans, il devait encore être soigné, nourri et langé comme un nourrisson.

Le 27 décembre 1971, R. fut admis à l'hôpital infantile parce que, selon un rapport du médecin, le Dr H., du 18 décembre 1971, il ne pouvait être soigné à la maison avec sa grave lésion cérébrale. Son père demanda à l'AI de prendre en charge les frais de cette hospitalisation.

Dans son rapport du 6 avril 1972, le Dr S., médecin de cet hôpital, atteste que l'assuré est totalement impotent et qu'il dépend entièrement de l'aide d'autrui. Il ne réagit pas à la parole et est complètement décérébré. De temps à autre surviennent des crises respiratoires. « Il s'agit là typiquement d'un cas où le patient doit être soigné constamment sans qu'une amélioration soit prévisible. »

Par décision du 20 juin 1972, la caisse de compensation accepta de nouveau la prise en charge des frais des contrôles médicaux ambulatoires, d'un électroencéphalogramme, des médicaments et de la physiothérapie, et accorda en outre une contribution aux soins d'un mineur impotent (6 fr. 50 par jour) et une contribution aux frais de pension dans un établissement (6 fr. par jour); du même coup, la décision du 6 novembre 1969 était annulée.

Le père recourut contre la décision du 20 juin 1972 et demanda que l'AI assume la totalité des frais du séjour en clinique.

L'autorité cantonale de recours constata que l'enfant avait besoin — ne serait-ce que pour sa nutrition — des soins donnés par une infirmière qualifiée. En outre, les arrêts de la respiration exigent des interventions médicales immédiates. Des soins médicaux constants sont donc nécessaires, et ils ne peuvent être garantis que dans un établissement disposant de personnel paramédical. Le tribunal mit par conséquent à la charge de l'AI la totalité des frais du séjour à l'hôpital infantile, en vertu de l'article 13 LAI, à partir du 27 décembre 1971. Cela entraînait, en revanche, la suppression de la contribution aux frais de soins pour mineur impotent et de la contribution aux frais de pension, accordées par la décision litigieuse. L'autorité de recours a prononcé dans ce sens par jugement du 27 mars 1973.

L'OFAS a interjeté recours de droit administratif en proposant le rétablissement de la décision de caisse. Si l'assuré a été hospitalisé, c'est pour les soins et non pas pour des raisons médicales.

Le représentant de l'assuré conclut au rejet de ce recours. Le traitement médical, en effet, est tellement intensif que l'on doit qualifier l'hospitalisation de mesure médicale; cette qualification ne saurait être modifiée par le fait que la clinique donne également des soins paramédicaux.

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

1. Le juge cantonal est d'avis que l'hospitalisation de l'assuré est nécessaire au traitement des infirmités congénitales Nos 390 et 387. L'OFAS, lui, reconnaît certes que l'assuré souffre de l'infirmité N° 387 (épilepsie), mais pense que tous les autres phénomènes morbides, tels que la tétraplégie et la décérébration, sont manifestement les suites immédiates de cette épilepsie. C'est à cause de celle-ci que des mesures physiothérapeutiques, ainsi que l'administration de médicaments, sont nécessaires. Or, il s'agit là de mesures qui ne nécessitent pas une hospitalisation, mais peuvent aussi être appliquées à domicile si l'on n'a pas affaire à un cas grave de soins continus.

2. Selon l'article 13, 1^{er} alinéa, LAI, les assurés mineurs ont droit aux mesures médicales nécessaires pour le traitement des infirmités qui figurent dans la liste spéciale de l'OIC. Ces mesures comprennent les soins donnés par le médecin lui-même ou, selon ses instructions, par le personnel paramédical, dans un établissement ou à

domicile; elles englobent également l'administration de médicaments prescrits par le médecin (art. 14, 1^{er} al., LAI). Le 2^e alinéa de cet article précise en outre que l'assuré a droit au logement et à la nourriture en division commune lorsque le traitement médical est appliqué dans un établissement hospitalier. 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). Ne font cependant pas partie desdites mesures — selon une jurisprudence constante — les soins infirmiers quotidiens, parce qu'ils n'ont pas de caractère thérapeutique au sens strict (arrêt P. L., ATFA 1967, p. 106 = RCC 1967, p. 442).

Il est incontestable que l'assuré a droit, en vertu de l'article 13, 1^{er} alinéa, LAI, à des contrôles médicaux ambulatoires, à des médicaments, à la physiothérapie et à une contribution pour ses frais de pension dans un établissement. Le seul point litigieux est de savoir si l'AI doit assumer la totalité des frais d'hôpital (à la fin de l'année 1971, la taxe journalière était de 28 francs, comprenant les prestations habituelles d'un hôpital, soit les soins médicaux et infirmiers, les médicaments, le logement et la nourriture). Il ne faudrait répondre par l'affirmative que si le séjour en clinique était nécessaire par le traitement d'une infirmité congénitale (cf. arrêt P. L. cité plus haut; art. 1^{er}, 2^e al., OIC).

3. Un rapport indique, entre autres, que l'assuré ne peut ni marcher, ni se tenir debout, ni s'asseoir, ni lever la tête. Les bras et les mains sont gravement spasmodiques. L'assuré doit être nourri et ne peut assimiler que des aliments finement épurés. Le Dr S. l'a déclaré totalement impotent dans son premier rapport daté d'avril 1972; il dépend entièrement des soins qu'on lui donne, ne réagit pas à la parole et est complètement décérébré. Il s'agit là, typiquement, d'un cas où le patient ne peut être que soigné sans guérison prévisible. A l'hôpital où il se trouve, le patient est mobilisé chaque jour; une fois par semaine, il reçoit en outre un traitement de gymnastique curative. Il est prévu de le faire admettre, plus tard, dans un home pour mineurs impotents. Une surveillance constante de sa respiration est nécessaire. Dans son deuxième rapport, daté du 1^{er} juillet 1972, ce médecin a encore fait la déclaration suivante:

« L'enfant, complètement impotent, doit être nourri par une infirmière expérimentée, car la moindre inattention risque d'entraîner un arrêt de la respiration, ce qui s'est d'ailleurs déjà produit à la maison et à l'hôpital. Dans ces cas-là, l'enfant a besoin d'injections et de respiration artificielle. Ceci montre qu'il ne peut être soigné à la maison, ni dans un home ordinaire. On lui fait faire des mouvements chaque jour, de manière à empêcher les spasmes, et il est examiné chaque jour aussi par le médecin. »

Ces attestations médicales démontrent clairement que l'assuré est entièrement impotent et qu'une amélioration de son état ne peut être espérée. Il lui faut des soins permanents, ainsi qu'une surveillance constante, et il dépend entièrement de l'aide d'autrui. Il s'agit bien là d'un cas où des soins permanents sont nécessaires sans mener à une guérison, comme le Dr S. l'a déclaré dans son premier rapport à la commission AI. L'attestation du même médecin, faite trois mois plus tard, ne contredit pas ce premier avis. Certes, ce médecin déclare dans son deuxième rapport qu'il ne s'agit pas là d'un cas simple, mais d'un patient dont le traitement pose de lourdes exigences et qui ne peut être soigné à la maison. Ceci ne fait toutefois que confirmer qu'il s'agit bien là, en fait, d'un « cas de soins », même si c'est un cas où le personnel soignant est fortement mis à contribution.

Une telle conclusion ne saurait être démentie par le fait qu'il survient des arrêts respiratoires lorsqu'une inattention se produit pendant les repas, crises qui nécessitent la respiration artificielle et des injections; en effet, ces actes ne sont que des mesures, relativement rares, destinées à maintenir le patient en vie et ne visant pas un succès thérapeutique au sens de l'article 1^{er}, 3^e alinéa, OIC, et d'ailleurs ils sont relégués à l'arrière-plan si on les compare aux soins permanents. De même, le fait que l'assuré reçoit chaque jour une visite du médecin ne modifie pas le caractère de son cas, puisque ces visites sont certainement des contrôles de routine qui ne sont généralement pas liés — vu l'état incurable de l'enfant — à un succès thérapeutique.

Dans ces conditions, il faut en rester aux prestations que la caisse a accordées le 20 juin 1972.

Arrêt du TFA, du 16 novembre 1973, en la cause E. W. (traduction de l'allemand).

Article 21, 1^{er} alinéa LAI. La notion de moyen auxiliaire ne comprend ni les coques pour le lit, ni les appareils d'extension.

Articolo 21, capoverso 1, della LAI. Il concetto di mezzo ausiliario non comprende nè le valve per il decubito nè gli apparecchi per l'estensione a trazione.

L'assurée, née en 1933, souffre depuis son enfance d'une scoliose en S. L'AI lui a refusé, il y a quelques années déjà, des mesures médicales et un corset plâtré, en alléguant — en ce qui concerne cette dernière prestation — qu'il ne s'agissait pas là d'un moyen auxiliaire. En revanche, elle a accordé des corsets orthopédiques par décision du 19 septembre 1968.

En juin 1972, l'assurée a demandé à l'AI, une fois encore, des mesures médicales et, en outre, la remise d'un lit orthopédique. L'enquête effectuée par la commission AI, qui a demandé l'avis de l'orthopédiste, a révélé que les douleurs accrues dont se plaint l'assurée « sont dues avant tout non pas à une aggravation de la scoliose, mais à des altérations dégénératives et à des affections de la musculature ». Des bains de boue, des massages et de la gymnastique ont cependant amené une amélioration sensible. On a fait en outre de bonnes expériences, en 1972, avec un lit plâtré spécialement adapté; c'est pourquoi l'orthopédiste a recommandé la confection d'une « coque orthopédique pour le lit en matière synthétique » plus solide et plus hygiénique.

Par décision du 4 octobre 1972, la caisse a nié que l'assurée ait droit à des mesures médicales; elle a également nié implicitement son droit à ladite coque.

L'époux de l'assurée a recouru contre cette décision et a renouvelé sa demande de mesures médicales et de remise d'une coque orthopédique pour le lit. Il a été débouté par jugement du 5 juillet 1973.

L'assurée a fait interjeter recours de droit administratif par son époux en concluant à la prise en charge, par l'AI, des frais d'une coque en matière synthétique. Elle allègue, dans l'essentiel, que cet objet lui procure, comme le corset orthopédique accordé par l'AI, un soulagement sensible; en outre, il n'assume pas — contrairement à l'avis de l'autorité de première instance — de fonction thérapeutique. Cette coque orthopédique permet simplement à l'assurée de dormir sans douleurs, si bien qu'elle peut, le lendemain, avec l'aide de ses filles et de voisins, s'occuper de son ménage. Sans lui, elle ne serait plus en mesure de faire quoi que ce soit. L'assurance-maladie a refusé d'assumer les frais d'un tel moyen auxiliaire.

Le TFA a rejeté ce recours pour les motifs suivants:

1. Selon l'article 21, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré a droit aux moyens auxiliaires — dont la liste a été dressée par le Conseil fédéral à l'article 14, 1^{er} alinéa, RAI — dont il a besoin pour exercer une activité lucrative ou pour s'occuper de ses travaux habituels, pour s'instruire, pour apprendre un métier ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle. S'inspirant de cette définition, le TFA a conclu, dans une jurisprudence constante, qu'un objet ne peut être qualifié de moyen auxiliaire que s'il est de nature, de par sa construction, à servir à la réadaptation de l'assuré à la vie professionnelle ou — s'il s'agit d'un assuré sans activité lucrative — à lui permettre d'accomplir ses travaux habituels (par exemple les travaux du ménage). Les objets qui ne peuvent servir à cette fin ne correspondent pas à la notion de moyen auxiliaire. La liste figurant à l'article 14, 1^{er} alinéa, RAI confirme qu'il faut entendre, par moyen auxiliaire, un objet que l'invalidé peut utiliser pour effectuer les trajets jusqu'à son lieu de travail ou pour exécuter son travail. Dès lors, les appareils d'extension, les lits plâtrés et les coquilles plâtrées n'ont pas le caractère de moyens auxiliaires au sens de l'article 21, 1^{er} alinéa, LAI (ATFA 1963, p. 146 = RCC 1963, p. 467; ATFA 1964, p. 28 = RCC 1964, haut p. 206). De tels appareils ne servent qu'indirectement à l'exercice d'une profession ou à l'accomplissement des travaux habituels sans caractère lucratif. C'est pourquoi l'administration et l'autorité de première instance, se fondant sur ledit article 21 LAI, ont refusé à bon droit de mettre à la charge de l'AI les frais d'une coque en matière synthétique, objet de la demande présentée par la recourante.

Même en invoquant le 2^e alinéa de l'article 21 LAI, on doit constater que l'AI n'est pas tenue de fournir des prestations. Certes, d'après cette disposition, le droit aux moyens auxiliaires ne dépend pas de la possibilité d'une réadaptation à la vie professionnelle ou à l'activité non lucrative habituellement exercée; toutefois, ce 2^e alinéa n'accorde un tel droit qu'aux assurés qui ont besoin, par suite d'invalidité, d'appareils coûteux pour se déplacer, pour établir des contacts avec leur entourage ou pour développer leur autonomie personnelle. Ces conditions ne sont, manifestement, pas remplies en l'espèce. En outre, le lit plâtré ne figure pas parmi les moyens auxiliaires dont la liste complète est donnée à l'article 14, 2^e alinéa, RAI (ATFA 1968, p. 211 = RCC 1969, p. 118; ATF 98 V 51 = RCC 1972, p. 417).

Arrêt du TFA, du 27 novembre 1973, en la cause E. M. (traduction de l'allemand).

Article 21, 1^{er} et 2^e alinéas, LAI; article 14, 1^{er} et 2^e alinéas, RAI. Une plate-forme élévatrice, actionnée par moteur et semblable à un ascenseur, ne peut pas être remise par l'AI en tant que moyen auxiliaire.

Articolo 21, capoversi 1 e 2, della LAI; articolo 14, capoversi 1 e 2, dell'OAI. Una piattaforma sollevabile, simile ad un ascensore e azionata con un motore, non può essere consegnata dall'AI come mezzo ausiliario.

L'assurée, née en 1945, a été victime d'une lésion transverse à la suite d'un accident de voiture survenu en 1970 qui l'a obligée de remettre son salon de coiffure. Elle s'est reclassée comme employée de commerce.

L'assurée est immobilisée dans sa chaise roulante et par conséquent elle est incapable de monter les escaliers de sa propre maison sans l'aide de tiers. C'est la raison pour laquelle elle a fait construire un balcon au niveau du premier étage où se situe

sa chambre et elle y parvient depuis le jardin au moyen d'une plate-forme élévatrice. De cette manière, l'assurée peut accéder de son automobile pour invalide directement à sa chambre sans l'aide d'autrui. L'AI lui a octroyé des mesures médicales et professionnelles et des moyens auxiliaires. En revanche, elle a refusé de prendre en charge les frais occasionnés par la transformation de la maison, notamment ceux de la plate-forme élévatrice.

L'assurée a recouru contre cette décision de refus. L'autorité cantonale de recours, cependant, l'a déboutée de sa demande par jugement du 30 janvier 1973. L'assurée interjette derechef recours de droit administratif en reprenant ses précédentes conclusions, savoir la prise en charge par l'AI de la plate-forme élévatrice. Elle en aurait besoin pour franchir la distance entre sa chambre et sa voiture et, partant, pour exercer son activité professionnelle.

La caisse de compensation renonce explicitement à une réponse au recours, tandis que l'OFAS, lui, propose de le rejeter.

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

1. En vertu de l'article 21, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré a droit aux moyens auxiliaires dont il a besoin pour exercer une activité lucrative d'après la liste des moyens auxiliaires figurant à l'article 14, 1^{er} alinéa, RAI. Cette liste des catégories de moyens auxiliaires est exhaustive; l'énumération des moyens auxiliaires cités dans chacune de ces catégories n'a en revanche qu'une valeur indicative (RCC 1969, p. 570).

Il faut donc se demander si la plate-forme élévatrice demandée par la recourante peut être classée dans l'une de ces catégories de moyens auxiliaires.

L'article 14, 1^{er} alinéa, lettre g RAI mentionne comme moyens auxiliaires: « Véhicules adaptés à l'infirmité en question: fauteuils roulants pour la chambre et pour la rue, fauteuils à traction mécanique, avec ou sans moteur, cycles à deux ou trois roues, scooters à deux ou trois roues, scooters à cabine, voitures automobiles légères ».

Cette énumération démontre donc clairement ici que du point de vue de l'AI il faut comprendre par véhicules uniquement les moyens de transports, pourvus d'un propre dispositif de propulsion ou non leur permettant de circuler sur terre sans devoir suivre une voie ferrée, et qui peuvent, horizontalement, changer librement de direction. Or, la plate-forme élévatrice, elle, est une installation qui s'élève seulement verticalement, par traction à moteur, le long de rails à la manière d'un ascenseur.

Cette plate-forme se différencie donc essentiellement des moyens auxiliaires énumérés à la lettre g et, même en interprétant de façon extensive la définition de véhicule, elle ne saurait être classée dans cette catégorie de moyens auxiliaires.

Elle ne rentre pas non plus dans la catégorie de moyens auxiliaires énoncés à l'article 14, 1^{er} alinéa, lettre h, RAI. En effet, cet article mentionne: « Installations auxiliaires au poste de travail, telles que sièges et instruments de travail spéciaux, aménagements permettant d'utiliser certains appareils ou machines, aménagement de la surface de travail et des installations mécaniques, ainsi que des locaux de travail ». Quant à ces modifications apportées aux locaux, il s'agit exclusivement de l'aménagement du poste de travail ainsi qu'il appert du texte français de l'ordonnance: « aménagement ... des locaux de travail » ou du texte italien « ...dei locali di lavoro » (RCC 1966, p. 199).

On peut écarter d'avance les autres catégories de moyens auxiliaires de l'article 14, 1^{er} alinéa, RAI.

Vu ce qui précède, il s'ensuit que les plates-formes élévatrices ne peuvent être rangées dans aucun groupe de moyens auxiliaires de l'article 14, 1^{er} alinéa, RAI,

raison pour laquelle la recourante ne peut tirer aucun droit de cette disposition (en corrélation avec l'art. 21, 1^{er} al., LAI).

2. Indépendamment des mesures de réadaptation, l'assuré a droit aux moyens auxiliaires énoncés exhaustivement à l'article 14, 2^e alinéa, RAI lorsqu'il en a besoin, par suite de son invalidité, pour se déplacer, établir des contacts avec son entourage ou pour développer son autonomie personnelle (art. 21, 2^e al., LAI).

L'article 14, 2^e alinéa, lettre f, RAI prévoit la remise de fauteuils roulants.

Selon la jurisprudence, il ne s'agit là, cependant, que de fauteuils roulants pour la chambre et pour la rue, sans moteur (RCC 1970, p. 596). Après que le tribunal ait nié explicitement qu'un ascenseur électrique à rampe puisse être rangé dans la catégorie comprise par ladite lettre g, cela compte d'autant plus pour la plate-forme élévatrice. On peut écarter d'avance les autres moyens auxiliaires énumérés à l'article 14, 2^e alinéa, RAI. Ainsi, la recourante ne peut pas non plus déduire un droit en sa faveur de l'article 14, 2^e alinéa, RAI.

RENTES

Arrêt du TFA, du 11 janvier 1974, en la cause J. D.

Article 40, 3^e alinéa, LAI. A sa demande, un assuré devenu titulaire d'une rente après l'accomplissement de sa 21^e année est également en droit, par suite de la huitième révision de l'AVS, de bénéficier de la rente majorée à 133 $\frac{1}{4}$ pour cent, si une rente lui a été allouée antérieurement déjà, avant l'âge de 21 ans révolus, mais a dû être provisoirement suspendue en raison de l'application de mesures de réadaptation.

Articolo 40, capoverso 3, della LAI. A un assicurato divenuto beneficiario di una rendita corrente dopo aver compiuto i 21 anni, può essere, a sua richiesta e nell'ambito dell'ottava revisione dell'AVS, posto al godimento di una rendita, pure, maggiorata del 133 $\frac{1}{4}$ per cento, se questa gli era già stata accordata precedentemente, prima di aver compiuto i 21 anni, ma che era stata provvisoriamente sospesa per l'esecuzione di provvedimenti d'integrazione.

J. D., née le 2 octobre 1945, célibataire, est atteinte depuis de nombreuses années de schizophrénie chronique. L'AI lui octroya le 26 octobre 1965 une rente simple d'invalidité dès le 1^{er} novembre 1965. La rente entière fit place temporairement à une demi-rente, du 1^{er} février 1969 au 1^{er} janvier 1970. L'assurée est sous tutelle.

Le 13 juillet 1971, la caisse de compensation accordait à l'intéressée, à titre de mesure de réadaptation professionnelle, un stage d'observation et d'entraînement au travail dans un centre spécialisé. Le droit à la rente était remplacé pendant l'exécution de la mesure par le droit à l'indemnité journalière. Ce stage avait débuté le 17 mai 1971 et fut prolongé jusqu'au 29 février 1972. Il n'améliora pas la capacité de travail de l'assurée, dont la rente fut rétablie dès le 1^{er} mars 1972 par décision du 25 avril 1972.

Le 31 janvier 1973, le tuteur de l'assurée demanda qu'on mît sa pupille au bénéfice de la majoration de rente récemment introduite en faveur des personnes devenues invalides avant d'être astreintes à cotiser. Après avoir consulté l'OFAS, la caisse de compensation rejeta la requête, parce qu'une rente avait été accordée à l'assurée en dernier lieu le 25 avril 1972, soit alors que l'intéressée avait 26 ans et demi. Saisie d'un recours, l'autorité de première instance débouta le tuteur, retenant que la décision

attaquée n'était pas contraire à la loi. Le tuteur a formé devant le TFA un recours de droit administratif contre le jugement cantonal. Il allègue que le texte légal applicable fonde le droit à la majoration de la rente sur la date de la survenance de l'invalidité et non sur celle de la dernière décision de rente. Il conteste la légalité des instructions de l'OFAS sur cet objet et conclut à ce qu'on accorde à la recourante la majoration de la rente prescrite par l'article 40, 3^e alinéa, LAI. A cet égard, l'OFAS expose que les instructions administratives qu'il a données, à défaut de mesures d'exécution émanant du Conseil fédéral, s'imposaient pour des raisons pratiques. Le TFA a néanmoins admis le recours pour les motifs suivants.

1. Aux termes de l'article 40, 3^e alinéa, LAI, introduit par la loi du 11 octobre 1972 et entré en vigueur le 1^{er} janvier 1973, les rentes extraordinaires octroyées, selon l'article 39, 2^e alinéa, aux personnes devenues invalides avant le 1^{er} décembre de l'année suivant celle dans laquelle elles ont eu 20 ans révolus s'élèvent à 133 $\frac{1}{3}$ pour cent du montant minimum de la rente ordinaire complète qui leur correspond.

Ni la loi, ni le règlement d'exécution ne précisent si la majoration précitée s'applique au cas de toutes les personnes qui remplissent les conditions de l'article 40, 3^e alinéa, LAI ou seulement au cas de celles à qui la rente a été ou est octroyée après le 31 décembre 1972. L'OFAS a adopté à cet égard, dans sa circulaire I aux caisses de compensation concernant l'application de la huitième révision de l'AVS dans le domaine des rentes, une solution qui n'exclut pas l'octroi de la majoration aux assurés devenus invalides avant le 1^{er} janvier 1973, sauf à ceux d'entre eux qui avaient déjà accompli leur 21^e année lors de l'entrée en vigueur de la LAI, donc le 1^{er} janvier 1960 (chiffre 143 de la circulaire). Cette réglementation est conforme à la lettre et à l'esprit de l'article 40 nouveau, qui entend manifestement accorder, dès le 1^{er} janvier 1973 au plus tôt, un supplément de rente à toute une catégorie d'assurés dont la rente n'aurait pas couvert les besoins vitaux si l'on en était resté au droit antérieur (cf. Message du Conseil fédéral du 11 octobre 1971, chiffre 332, p. 44, et ad art. 40, nouveau, LAI, p. 85; le Conseil fédéral proposait alors une majoration de 25 pour cent). L'exclusion des invalides âgés de 21 ans et plus lors de l'entrée en vigueur de la LAI s'explique sans doute par la norme contenue dans la disposition transitoire de l'article 85, 1^{er} alinéa, de la loi: pour ces assurés-là, l'invalidité est réputée survenue au moment de l'entrée en vigueur de la loi, donc au moins une année après qu'ils ont atteint l'âge de 20 ans révolus.

2. Quant à la computation du délai prescrit par l'article 40, 3^e alinéa, LAI, l'OFAS déclare dans la Circulaire I, sous chiffre 145, 2^e alinéa: « L'intéressé doit donc satisfaire à l'exigence suivante: Le premier jour du mois à partir duquel il pouvait faire valoir son droit à la rente doit encore se situer avant le 1^{er} décembre de l'année civile qui suit celle au cours de laquelle il a accompli sa 20^e année, ou dans une année antérieure », puis, sous chiffre 146: « Il faut toujours se fonder sur la naissance du droit à l'ultime rente. Cette date est indiquée dans la décision d'octroi de la rente en cours. On ne peut donc tenir compte d'une date concernant l'octroi d'une éventuelle rente antérieure. »

C'est en vertu de cette dernière disposition que la caisse intimée a refusé à J. D., née le 2 octobre 1945 et atteinte depuis le 1^{er} novembre 1965 d'une incapacité permanente de gain ouvrant droit à une rente, la majoration de 33 $\frac{1}{3}$ pour cent prévue par l'article 40, 3^e alinéa, LAI. Car la rente de la recourante a été suspendue du 17 mai 1971 au 29 février 1972 et remplacée par l'indemnité journalière de l'article 22 LAI durant une tentative de mesures de réadaptation professionnelle. Or, le rétablissement dès le 1^{er} mars 1972 du régime antérieur a fait l'objet d'une décision qui, formellement, se présente comme une décision d'octroi de rente.

La règle de la Circulaire I, selon laquelle est déterminante la date de la naissance du droit à la dernière rente accordée à l'assuré, procède en principe d'une interprétation correcte de la loi. En revanche, l'injonction de considérer que ladite date est indiquée sans exception dans la décision d'octroi de la rente en cours pêche par son caractère absolu: elle ne prend pas en considération certains cas spéciaux, comme celui de la recourante, où un droit à la rente est né pour la dernière fois à une date constatée par une décision antérieure à l'acte administratif le plus récent effectué en la matière. En effet, quand une rente a été remplacée par l'indemnité journalière pendant l'exécution d'une mesure de réadaptation, puis rétablie après que la mesure a échoué, on se trouve en présence non pas d'une *rente nouvelle*, mais de la *continuation de la rente primitive*, quoique le rétablissement du régime ancien doive faire — comme sa suspension — l'objet d'une décision formelle. Le TFA en a jugé ainsi, du moins implicitement, dans l'arrêt D., du 10 mars 1971, non publié. Les arrêts E. K. du 22 janvier 1965 (ATFA 1965, p. 47 = RCC 1965, p. 429) et F. F. du 3 octobre 1968 (ATFA 1968, p. 213; RCC 1969, p. 178) semblent aller dans le même sens, dans la mesure où ils exemptent des règles de la revision de l'article 41 LAI la procédure de vérification du droit à la rente nécessaire après l'accomplissement de mesures de réadaptation.

L'OFAS objecte que les caisses de compensation ne sont pas en mesure d'examiner les dossiers de tous les rentiers pour rechercher si la date indiquée par la dernière décision relative à l'octroi de la rente correspond vraiment à la date de la naissance du droit à la rente; ce serait créer des inégalités entre les assurés que de traiter ceux qui font valoir leur prétention plus favorablement que ceux qui ignorent avoir droit à une majoration de rente. Il est certes techniquement impossible à l'administration d'appliquer d'office l'article 40, 3^e alinéa, LAI dans les cas où la dernière décision de rente a été rendue alors que le bénéficiaire avait plus de 21 ans. Elle ne pourra le faire que sur demande de l'assuré. Le risque d'inégalité de traitement n'est cependant pas assez grave pour qu'il faille refuser d'appliquer la loi à des requérants auxquels elle entend clairement accorder un droit. Ce risque ne dépasse pas celui qui existe dans d'autres cas où une demande est nécessaire, par exemple pour l'octroi ou la revision d'une rente. Selon l'OFAS, la solution radicale qu'il préconise serait adoucie par l'existence des PC; mais ces prestations ne sont destinées qu'aux justiciables dans la gêne, à la différence de la majoration de rente ordonnée par l'article 40, 3^e alinéa, LAI.

PROCÉDURE

Arrêt du TFA, du 21 septembre 1973, en la cause J. E. (traduction de l'allemand).

Article 137, lettre b, OJ. Nouveau moyen de preuve (certificat médical) considéré comme décisif. (Considérant 1.)

Un nouveau moyen de preuve est décisif là où sa production devant l'autorité cantonale de recours aurait amené celle-ci à statuer différemment. (Considérant 2.)

Articles 134, 135 et 156, 1^{er} alinéa, OJ. En procédure de revision, les frais de justice sont mis généralement à la charge de la partie qui succombe, même si le litige porte sur des prestations d'assurance. L'article 134 OJ n'est alors pas applicable. (Considérant 3.)

Articolo 137, lettera b, dell'Organizzazione giudiziaria. Certificato medico reputato come nuova prova decisiva. (Considerando 1.)

Un nuovo mezzo di prova è decisivo, se si sarebbe dovuto decidere diversamente, nel caso che fosse già stato presentato nella procedura di ricorso. (Considerando 2.)

Articoli 134, 135 e 156, capoverso 1, dell'OG. In una procedura di revisione, le tasse di giustizia sono a carico della parte soccombente, anche quando si deve decidere su una prestazione assicurativa; l'articolo 134 dell'OG non è applicabile nella procedura di revisione. (Considerando 1.)

Le TFA a admis une demande de revision pour les motifs suivants:

1. Selon les articles 137, lettre b, et 141, 1^{er} alinéa, lettre b, OJ, en corrélation avec l'article 135 OJ, un arrêt du TFA peut être revu lorsqu'une des parties a connaissance, subséquemment, de faits nouveaux importants ou trouve des preuves concluantes (entscheidende Beweismittel auffindet; trova prove decisive) qu'elle n'avait pas pu invoquer dans la procédure précédente. La revision doit être demandée dans les 90 jours dès la découverte du motif de revision.

L'assuré a mis à la poste, le 30 mars, le certificat médical du 2 février 1973 avec sa demande de revision datée du 29 mars. Ni la caisse de compensation, ni l'OFAS ne prétendent qu'il aurait pu se procurer cette attestation déjà plus tôt. Ce certificat médical est ainsi un nouveau moyen de preuve produit dans le délai fixé par la loi; la demande de revision est dès lors recevable.

2. Une nouvelle attestation médicale est *concluante* au sens de l'article 137, lettre b, OJ lorsqu'elle présente l'état de fait médical, juridiquement déterminant, sous un jour si nouveau que l'autorité de recours aurait statué différemment si elle lui avait été produite. (ATFA 1959, pp. 5 ss, et 1968, p. 37, consid. 2 et 3; ATF 95 II 285, consid. 2, lettre a.)

D'après le rapport minutieusement établi par le médecin, il existait chez le requérant, *dès le début*, une nette tendance à la formation d'un genu recurvatum, défaut qui n'avait pas pu être corrigé, naguère, principalement à cause d'une perturbation de la sensibilité profonde dans la région de l'articulation des genoux. Toutefois, cette sensibilité s'est à tel point régénérée, par la suite, que l'on a pu obtenir en 1970 et 1971, grâce à une gymnastique spéciale, la correction des mouvements de marche, et notamment de la tendance au genu recurvatum. Si ces circonstances médicales avaient été mises en lumière déjà en 1972, le TFA aurait dû admettre le recours de droit administratif de l'assuré, reçu le 16 décembre 1971. Quoi qu'il en soit, lorsque la II^e chambre prétend qu'une recurvation n'a apparemment pas existé à l'origine, mais qu'elle s'est développée peu à peu, cette déclaration est nettement démentie par l'attestation médicale du 2 février 1973.

Il y a donc, en l'espèce, un motif de revision tel qu'il est prévu par l'article 137, lettre b, OJ. Puisque la tendance à la recurvation dans les articulations des genoux faisait partie, dès le début, de l'image primaire de la paralysie, elle partage le sort juridique de l'affection de base; dès lors, l'AI doit, en vertu de l'article 12 LAI, prendre en charge les frais de la physiothérapie appliquée en 1970 et 1971 (ATF 98 V 98, consid. 2; RCC 1972, pp. 340-341).

3. En ce qui concerne les frais de justice, l'article 156, 1^{er} alinéa, OJ est applicable, dans une procédure portant sur la revision d'un arrêt, même lorsque le litige porte sur des prestations d'assurance (décision de la Cour plénière du TFA, du 15 mars 1972). Ces frais doivent, en l'espèce, être mis à la charge de la caisse de compensation. En outre, celle-ci doit verser au requérant — représenté pour la première fois par un avocat — des dépens appropriés, en vertu de l'article 159, en corrélation avec l'article 135, OJ.

CHRONIQUE MENSUELLE

La *commission du Conseil des Etats chargée d'examiner un projet de loi modifiant l'AVS* a siégé à Berne le 14 mai sous la présidence de M. Reimann (Argovie), conseiller aux Etats, et en présence de M. Hürlimann, conseiller fédéral, de M. Frauenfelder, directeur de l'Office fédéral des assurances sociales, et du professeur Kaiser, conseiller pour les questions mathématiques des assurances sociales. La majorité de la commission a décidé de proposer au Conseil des Etats l'adoption du projet de loi accepté en mars par le Conseil national (voir RCC 1974, p. 146).

*

La *sous-commission de la prévoyance professionnelle* de la Commission fédérale de l'AVS/AI a siégé du 29 au 31 mai sous la présidence de M. Frauenfelder, directeur de l'Office fédéral des assurances sociales, et en présence de M. Kaiser, professeur, conseiller mathématique. Dans l'essentiel, elle a terminé l'examen de l'avant-projet de loi sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité.

La collaboration entre les assurances privées et les assurances sociales

Le 4^e Congrès mondial de l'AIDA, Association internationale du droit des assurances¹, s'est réuni à Lausanne du 29 avril au 1^{er} mai 1974. Environ cinq cents spécialistes des assurances privées et sociales y ont étudié des questions de surassurance, ainsi que le problème des actes de violence. L'assemblée a été ouverte par une allocution de M. Hürlimann, conseiller fédéral. La RCC reproduit ici la plus grande partie de son discours, dans l'idée que les agents d'exécution des assurances sociales, comme les assurés eux-mêmes, profitent des bonnes relations avec l'assurance privée et s'intéressent aux questions que pose cette collaboration.

¹ Voir RCC 1974, p. 75.

1. En distinguant entre assurances privées et assurances sociales, nous nous conformons à un usage répandu depuis longtemps. Il nous faut d'ailleurs nous demander aujourd'hui si cette délimitation correspond encore à la réalité. Ce n'est pas le lieu de traiter de la systématique juridique. Nous reviendrons plus loin sur cette distinction là où elle s'impose. Je voudrais d'ores et déjà — à l'instar de la Société suisse de droit des assurances — souligner tout ce que ces deux genres d'assurances ont en commun et laisser de côté ce qui les sépare.

2. Accordons la priorité aux assurances privées au sens classique du terme. Nous savons tous comment, au siècle dernier, l'industrialisation en rapide expansion et l'esprit d'entreprise qui lui était sous-jacent ont contribué très tôt à la création de compagnies d'assurances privées. C'est pourquoi l'institution d'une surveillance fédérale sur les assurances revêtit une importance décisive. C'est un heureux hasard qui nous permet de fêter aujourd'hui avec vous, en quelque sorte, un anniversaire. En effet, à quelques semaines près, il y a cent ans que notre Etat fédéral s'est donné une nouvelle Constitution, modifiant totalement celle qu'il avait jusqu'alors, ce qui ne s'est plus revu depuis; et cette Constitution prévoyait en particulier que la législation et la surveillance en matière d'assurance incombaient à la Confédération. En vertu de cette disposition constitutionnelle, on édicta en 1886 la loi sur la surveillance, une loi qui avait pour objectif premier de protéger l'assuré, et qui a réussi à éliminer les compagnies sans fondements solides, tout en ne freinant pas l'initiative et la libre croissance des assurances privées suisses. Actuellement, 93 compagnies d'assurance sont soumises à la surveillance du Bureau fédéral des assurances. La loi a atteint un âge patriarcal pour un texte traitant d'un sujet spécial, de sorte qu'il n'est pas étonnant que depuis quelques années, elle soit soumise à un réexamen. Cette revision s'impose surtout quant au champ d'action de la surveillance. Cependant les experts, dont les travaux préparatoires très poussés sont en voie d'achèvement, ne seront pas blessés si j'indique que, dans le public, on s'intéresse encore plus à la revision du régime de l'assurance-responsabilité civile pour les détenteurs de véhicules à moteur, car, en ce domaine, presque chacun s'estime spécialiste. Cependant, ici aussi, des experts sont à l'œuvre. Leur rapport final est attendu dans un proche avenir, lorsque certaines questions constitutionnelles auront été réglées.

3. L'histoire des assurances sociales a commencé relativement tard, en tout cas plus tard que celle des assurances privées, et l'on a montré à leur égard plus de méfiance. Mais depuis deux à trois décennies, leur évolution est devenue plus rapide, parfois même précipitée. Si j'entre ici un peu dans les détails et traite particulièrement des efforts faits en vue d'une coordination interne et d'une collaboration internationale, je le fais en ma qualité de chef du Département fédéral de l'intérieur. Ce département est compétent, pour l'essentiel, en matière d'assurances sociales. Nos hôtes étrangers seront peut-

être étonnés que nous n'ayons pas de ministère des affaires sociales. Il faut leur rappeler que depuis 125 ans, le Gouvernement fédéral se compose, quelles qu'aient pu être les objections faites à cet égard, de sept membres, un chiffre qui ne permet pas une répartition des tâches publiques analogue à celle des autres pays.

L'assurance militaire (qui n'a d'assurance que le nom), ainsi que l'assurance-maladie et l'assurance-accidents, sont les « aïeules » des assurances sociales; en effet, elles sont nées avant la Première Guerre mondiale. On vit apparaître l'assurance-chômage, le régime des allocations aux militaires pour perte de salaire et de gain et les allocations familiales dans l'agriculture durant l'entre-deux-guerres ou pendant la Deuxième Guerre mondiale. Après 1945 seulement apparurent, d'abord, l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) puis l'assurance-invalidité, nos assurances sociales les plus importantes; mais l'évolution n'en était pas achevée pour autant. Des adaptations périodiques permettent à ces assurances de répondre sans cesse, plus ou moins, aux exigences modernes. Cependant, parfois, des améliorations d'ordre quantitatif seulement ne suffisent plus; un réexamen complet est nécessaire en raison de conditions nouvelles. Ces changements fréquents en matière d'assurances sociales sont symptomatiques de la situation politique actuelle de notre société.

Il faut y voir aussi les effets de ces particularités de la démocratie suisse que sont l'initiative et le référendum. Toute modification de la Constitution doit être acceptée par le peuple et les cantons. 50 000 citoyens et citoyennes peuvent réclamer que la Constitution soit modifiée; ce chiffre n'est que de 30 000 s'il s'agit de demander qu'une loi adoptée par le Parlement soit soumise à une votation populaire. Il est fait un grand usage de ces droits dans le domaine des assurances sociales. Certes, depuis près de 27 ans, il n'y a plus eu de votation populaire sur une loi en la matière; à l'époque, le peuple suisse avait accepté l'AVS à une majorité particulièrement élevée, la votation ayant été provoquée par les adversaires de cette assurance. En revanche, les initiatives populaires constitutionnelles sont plus fréquentes. Ainsi en 1969 et 1970, trois initiatives tendant à l'adoption d'un nouvel article constitutionnel sur la prévoyance-vieillesse, survivants et invalidité ont été déposées; le Parlement leur a opposé, en 1972, un contre-projet. Celui-ci a été adopté par le peuple et les cantons. Deux desdites initiatives ont été rejetées ou retirées; la troisième, qui est devenue pratiquement sans objet, devrait aussi disparaître. Dans l'assurance-maladie, un contre-projet du Parlement est opposé à une initiative populaire; le peuple et les cantons seront appelés à se prononcer à leur sujet dans le courant de cette année.

Gouverner dans ces conditions n'est pas aisé, et pourtant notre pays a fait de bonnes expériences avec les droits d'initiative et de référendum, car, au contraire de ce qui est le cas avec d'autres mécanismes politiques, il n'est pas possible de légiférer de manière rigide et unilatérale lorsque l'on doit avoir l'accord des intéressés. Les questions de principe doivent parfois céder un peu le pas au pragmatisme. Aussi nos diverses lois sur les assurances

sociales reflètent-elles la situation politique et économique de l'époque à laquelle elles ont vu le jour.

4. Nous avons jusqu'ici distingué nettement entre assurances privées et assurances sociales, ce qui était préférable pour ce que nous avions à expliquer; mais cette stricte délimitation ne résiste pas à l'examen. En effet, à l'heure actuelle, les assurances sociales s'en tiennent moins qu'autrefois à une structure publique; elles ont recours dans une plus large mesure à la collaboration des assurances privées pour atteindre leurs buts. Cela vaut, par exemple, depuis longtemps pour l'assurance-accidents dans l'agriculture, qui est appliquée, si ce n'est uniquement, en tout cas en premier lieu, par les compagnies d'assurance privées. Les caisses-maladie ont joué un rôle déterminant dans l'histoire de l'assurance-maladie suisse. Le nouvel article constitutionnel adopté il y a peu de temps par le Parlement mentionne, non pas les caisses-maladie, mais, dans un sens plus large, les assureurs, car il est conforme à la tradition fédérale de faire appel, dans ce domaine aussi, à la collaboration des compagnies d'assurance privées, à cette seule condition qu'elles se soumettent aux mêmes prescriptions que les assurances sociales. Quant à l'assurance-accidents obligatoire, jusqu'ici, elle a surtout été appliquée par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) qui a fait ses preuves depuis longtemps. Dans le nouveau régime d'assurance-accidents que l'on a en vue, l'assurance serait obligatoire pour un plus grand nombre d'entreprises que jusqu'ici. La commission d'experts, dans sa grande majorité, a prévu qu'il devrait incomber aux compagnies d'assurance privées d'assurer les entreprises nouvellement assujetties; ainsi leur serait confiée une tâche qu'elles ont accomplie jusqu'ici sur un plan plus restreint à la satisfaction des assurés. Cette solution serait acceptable du point de vue social, puisque les compagnies sont en mesure d'allouer les mêmes prestations que la CNA pratiquement pour les mêmes primes. Un problème très récent concerne la prévoyance professionnelle obligatoire. Les prestations de celle-ci doivent, ajoutées aux rentes de l'AVS et de l'AI, permettre aux intéressés de maintenir, dans une mesure appropriée, leur niveau de vie antérieur. La législation est en préparation. En l'état actuel des choses, les institutions de prévoyance peuvent couvrir elles-mêmes les risques de vieillesse, de décès et d'invalidité ou confier, en tout ou en partie, la couverture des risques à une compagnie privée soumise à surveillance.

Comme je viens de le dire, notre législation est dépourvue de tout esprit doctrinaire; elle cherche surtout la solution qui convient le mieux au cas d'espèce. Si, dans l'assurance-accidents obligatoire, la CNA a assumé à l'époque les obligations du chef d'entreprise découlant de sa responsabilité civile privée, les compagnies d'assurance se chargent à leur tour aujourd'hui de tâches de droit public. Même en admettant que les assurances privées et les assurances sociales aient été autrefois véritablement des sœurs ennemies, elles sont devenues aujourd'hui en tous les cas des partenaires efficaces. Quand bien même les assurances sociales privées sont restées jusqu'ici plutôt à l'arrière-plan, elles auront à l'avenir, si les espoirs des experts se réalisent, un agréable champ d'activité.

II

1. Le pragmatisme de notre législation en général et de nos lois en matière d'assurances sociales en particulier a pour conséquences inévitables des inégalités et des contradictions entre des branches d'assurance nées à des époques différentes et dans des conditions différentes. Il est incontestable que les assurés tirent souvent avantage du manque de coordination; ils profitent aujourd'hui encore de la surassurance résultant du cumul de prestations. Puisque l'un des sujets de votre Congrès est précisément le cumul des prestations, il est inutile que je m'arrête à ce point. D'autres assurés, au contraire, subissent les conséquences des lacunes dans les prestations. Aussi est-il compréhensible que la question de la coordination soit constamment évoquée, dans des interventions parlementaires, dans la doctrine et dans la pratique. Les problèmes posés par une harmonisation efficace sont très complexes. Ou bien l'on parle d'unification des notions, par exemple de la notion d'invalidité; ou bien il s'agit d'une délimitation meilleure entre les diverses branches des assurances sociales: quelle est l'assurance qui doit prendre en charge les prestations de base, quelle est celle qui intervient à titre complémentaire, et quelles doivent être les relations entre les deux genres de prestations? A quelle branche d'assurance incombe-t-il éventuellement de combler une lacune ou de rendre un cas moins pénible? On soulève aussi des questions relatives à l'ampleur des prestations. La coordination peut, enfin, concerner aussi l'organisation et l'administration. La diversité des problèmes saute donc aux yeux. Nous savons parfaitement que certains ne sont guère satisfaits de l'état de la coordination à l'heure actuelle. Ont-ils tort, ont-ils raison? Nous avons jusqu'ici avancé à petits pas. C'est-à-dire que nous avons renoncé pour l'instant à une solution générale, mais tenons compte, lors de chaque revision de loi, des nécessités de la coordination. Cette façon de faire est, peut-être, peu spectaculaire; toutefois, l'effet optique est moins important que le progrès recherché avec persévérance, qui paraît modeste dans le cas d'espèce, mais qui, en fait, est loin d'être négligeable.

Il serait tentant d'illustrer cette méthode à l'aide d'exemples, mais je dépasserais le cadre de cette allocution. Je souhaiterais cependant évoquer deux aspects particuliers du problème. Dans une branche d'assurance, une amélioration déterminée s'impose, alors que le moment n'est pas encore venu, du point de vue de la politique sociale, de prévoir une réglementation générale. Cependant, qu'on le veuille ou non, l'innovation concrète suscite des solutions analogues dans d'autres domaines. Je citerai comme exemple — modeste mais typique — l'élévation de la limite d'âge pour les enfants, ayant droit à une rente, qui sont en apprentissage ou font des études. Sur ce point, c'est la revision de l'assurance militaire qui a entraîné une harmonisation, d'abord lente, puis toujours plus rapide dans les autres secteurs. Il faut souligner, d'autre part, que coordination ne signifie pas simplement égalisation. Il ne faut pas uniformiser des réglementations diverses uniquement pour des raisons de

« cosmétique légale ». Des différences sont et demeurent fondées matériellement selon les circonstances. Ainsi, dans nos assurances sociales, nous connaissons des délais de recours en première instance d'un et de six mois. Ces différences sont contestées, et l'on examine actuellement la possibilité de les faire disparaître. Sans vouloir me prononcer ici de façon définitive, je dirais que la procédure en matière d'assurance-accidents n'est pas identique à la procédure en matière d'AVS et que des délais différents se justifient. En revanche, on peut se demander si la différence doit rester aussi grande qu'aujourd'hui.

Ces considérations ne doivent pas être comprises comme un plaidoyer en faveur d'une réserve trop grande, d'une priorité donnée à des intérêts particuliers, ou même de questions de prestige. Les succès obtenus jusqu'ici sont, au contraire, une incitation à de nouveaux efforts. Aussi tiendrons-nous compte des problèmes de coordination dans une mesure encore plus importante que dans d'autres cas lorsque nous élaborerons les projets de loi sur la prévoyance professionnelle et sur l'assurance-accidents, et que nous reviserons l'AI. Il en sera de même ultérieurement lorsque nous réunirons en une seule branche d'assurance l'AVS et l'AI, et mettrons sur pied une loi moderne concernant l'assurance-maladie. Une fois les diverses lois épurées et harmonisées, le moment sera venu de songer à des dispositions générales du droit des assurances sociales. Ce ne sont pas la bonne volonté et la ferme intention d'accomplir le travail qui manquent; mais le fait que le personnel est en nombre restreint et que la Confédération se trouve dans une situation financière difficile nous impose des limites. Malgré tout, je suis convaincu que l'on peut se montrer raisonnablement optimiste, d'autant plus que nous pouvons compter sur l'aide de la doctrine et de la pratique. Enfin, la sage jurisprudence de notre autorité judiciaire suprême en matière d'assurances sociales, le Tribunal fédéral des assurances à Lucerne, est très utile à la cause.

2. Aux efforts de coordination interne viennent s'ajouter les contacts internationaux que procurent à la Suisse soit la collaboration aux travaux des organisations internationales, soit la conclusion d'accords avec des Etats étrangers.

Ainsi, le Bureau fédéral des assurances et l'Association des compagnies d'assurance suisses sont représentés dans le comité des assurances de l'OECD, soit l'Organisation pour la collaboration économique. L'objectif à court terme de cette organisation est, dans le domaine de l'assurance, l'harmonisation et la libéralisation des conditions d'établissement, alors que son objectif à long terme est la libéralisation des échanges de services. Ledit bureau est aussi membre de la Conférence européenne des services de contrôle des assurances privées. Quant à l'Office fédéral des assurances sociales, il prend une part très active aux travaux de l'Organisation internationale du travail et de l'AISS (Association internationale de sécurité sociale).

La conclusion de conventions internationales dépend surtout de l'évolution économique. Les Etats industrialisés, comme on le sait, ont recours à la main-d'œuvre étrangère dans une mesure qui n'avait jamais, jusqu'ici, atteint une telle intensité. La Suisse en est un exemple éloquent: en effet, la proportion

des étrangers dans la population active y est, comme dans la Principauté du Liechtenstein et le Grand-Duché du Luxembourg, particulièrement élevée; selon les données les plus récentes, les étrangers représentent 16,7 pour cent de l'ensemble de la population. Un pourcentage de ce genre équivaldrait, par exemple, pour la République fédérale d'Allemagne, à environ 10 millions d'étrangers. Il n'est dès lors pas étonnant que les travailleurs migrants employés en Suisse et, avec eux, leurs pays d'origine aient rapidement manifesté l'intérêt très grand qu'ils avaient à une protection sociale la plus efficace possible et garantie par des accords internationaux. La Suisse ne pouvait ni ne voulait rester à l'écart de ce mouvement visant à une intense collaboration en matière de sécurité sociale. C'est pourquoi, dès que les conditions requises pour la conclusion de conventions internationales ont été remplies du fait de l'introduction de l'AVS, notre pays a pris de nombreux contacts internationaux. Cette collaboration, loin d'être à sens unique, avait, dès le début, deux objectifs. D'une part, il s'agissait de garantir aux ressortissants des Etats contractants qui étaient occupés chez nous une protection sociale appropriée; mais, d'autre part, il n'était pas moins important de veiller à ce que les ressortissants suisses qui résidaient dans les Etats contractants puissent se voir reconnaître les droits qu'ils faisaient valoir. Actuellement, notre pays est lié par des accords bilatéraux avec 17 Etats, auxquels d'autres s'ajouteront dans un proche avenir. En outre, la Suisse a adhéré à trois conventions multilatérales, à savoir les conventions internationales sur le statut des réfugiés et sur le statut des apatrides, ainsi que la convention internationale sur la sécurité sociale des bateliers rhénans. La Suisse, en tant que membre de l'Organisation internationale du travail et du Conseil de l'Europe, participe activement aux efforts semblables de ces institutions. Au cours de ces dernières années, la Conférence internationale du travail a révisé les conventions en vigueur sur la sécurité sociale. De son côté, le Conseil de l'Europe a achevé, il y a deux ans, l'élaboration de la « Convention européenne de sécurité sociale », et l'a ouverte à la signature. Cette convention tente — ce qui est audacieux — de coordonner les législations parfois très divergentes des 17 Etats membres du Conseil de l'Europe, cela avec l'objectif final de remplacer les conventions bilatérales existant entre les Etats membres uniquement par cet instrument international.

Il faut relever, cependant — ce qui nous ramène à notre structure interne — que la collaboration internationale a des limites en raison des régimes divers des différentes branches des assurances sociales. Dans les domaines réglés par le droit fédéral: l'AVS, l'AI, l'assurance-accidents et les allocations familiales dans l'agriculture, des solutions ont pu être adoptées qui répondent, aujourd'hui, aux réglementations internationales les plus avancées. La situation est plus délicate dans les branches d'assurance pour lesquelles la Confédération n'est pas compétente, mais qui sont réglées en partie par le droit cantonal et en partie par des assureurs privés. Il s'agit de l'assurance-maladie, des allocations familiales cantonales et de l'assurance-chômage. Notre assurance-maladie et, dans une mesure plus forte encore, notre assurance-chômage ne sont pas compatibles, en raison de leurs particularités, avec les réglementations inter-

nationales qui sont usuelles de nos jours. Il a toutefois été possible, en matière d'assurance-maladie, de faciliter dans une large mesure, par convention, le passage de l'assurance de l'un des Etats contractants dans celle de l'autre, grâce à la collaboration de toute une série de caisses-maladie. En ce qui concerne les allocations familiales, il faut signaler que la plupart des Etats contractants ont accepté d'inclure de manière générale leur législation dans la convention, avec l'espoir, en particulier, que les cantons qui font encore certaines discriminations à l'égard des travailleurs étrangers quant aux allocations versées aux enfants résidant à l'étranger y renonceraient dans un proche avenir.

La conclusion des conventions que j'ai mentionnées répond sans conteste à un besoin réciproque des Etats intéressés. Des concessions que la Suisse considère comme essentielles ont pu être obtenues dans l'intérêt de nos ressortissants à l'étranger grâce à l'attitude compréhensive des Etats contractants. De notre côté, nous nous sommes efforcés de suivre, dans la mesure de nos possibilités, les principes qui sont aujourd'hui généralement reconnus sur le plan international et de satisfaire ainsi au mieux les besoins justifiés des Etats contractants. C'est la première fois que, sur le plan social, la Suisse a contracté envers l'étranger des engagements aussi étendus. Sa politique traditionnelle de neutralité lui impose une certaine retenue dans ses relations internationales. Il faut donc se féliciter tout spécialement de ce que notre pays ait pu, dans le domaine des assurances sociales, apporter une contribution importante à la vaste collaboration qui s'est développée en Europe. Nous saisissons cette occasion pour remercier les Etats contractants de la compréhension qu'ils n'ont cessé de témoigner à notre égard.

III

Bien que je n'aie cité que quelques exemples, de droit public ou de droit privé, en matière d'assurances sociales, ceux-ci montrent la perpétuelle évolution, plus ou moins rapide, dans ce domaine. Il est particulièrement clair, ici, que le droit ne peut, à longue échéance, se laisser dépasser par l'évolution de la société. Au contraire, il doit reposer sur l'opinion d'une large majorité. Selon la doctrine, toute assurance répond à un vœu de sécurité, à un besoin de sécurité. Au cours des temps, les voies et moyens de satisfaire ce vœu peuvent changer, mais l'objectif principal commun aux assurances privées et aux assurances sociales demeure. Vous êtes particulièrement appelés, Mesdames et Messieurs, à traduire en recommandations sur le plan du droit des assurances l'état le plus récent des connaissances sociales et économiques.

L'évolution démographique de la Suisse et ses rapports avec notre sécurité sociale

La durée moyenne de la vie continue à croître, dans notre pays, et ceci dans une mesure plus forte chez les femmes que chez les hommes¹. Cependant, la croissance de la population se ralentit par suite de la diminution des naissances. Ce sont les conclusions que l'on peut tirer du recensement de 1970 et d'autres statistiques publiées depuis lors.

En ce qui concerne l'AVS, cette évolution entraîne deux conséquences. L'augmentation du nombre des rentiers et la diminution relative du nombre des assurés qui paient des cotisations ont pour résultat que ceux-ci doivent supporter une charge toujours plus lourde. En 1970 encore, on comptait environ quatre cotisants pour un rentier; à la fin du siècle, il n'y en aura probablement plus que trois. Du point de vue du rentier masculin, il est intéressant de constater, notamment, que l'espérance moyenne de vie est de 13 ans, à partir de l'âge de la retraite, tandis que la rentière — qui touche la rente plus tôt et vit plus longtemps — peut compter qu'elle bénéficiera de cette prestation encore 18 ans. Si la durée moyenne de la vie continue à croître, cette « espérance de rente » augmentera elle aussi.

L'espérance moyenne de vie, telle qu'elle est représentée ici par deux graphiques², ne constitue pas une valeur absolue; elle change à tout âge. C'est ainsi qu'un nouveau-né masculin n'a qu'une espérance de vie de 69,2 ans. Pour un homme de 20 ans, cette espérance est cependant encore de 51,7 ans; il peut donc atteindre en moyenne l'âge de 71,7 ans. Ce phénomène s'accroît à mesure que l'individu vieillit; ainsi, un homme âgé de 80 ans peut encore espérer vivre 5,6 ans, tandis qu'une femme du même âge pourra en espérer 6,3.

Cette évolution démographique est importante pour l'économie de notre pays et en particulier pour les assurances sociales. Il s'agit aujourd'hui de la suivre attentivement, de manière que l'on puisse prendre à temps des mesures destinées à maintenir l'équilibre financier de la sécurité sociale.

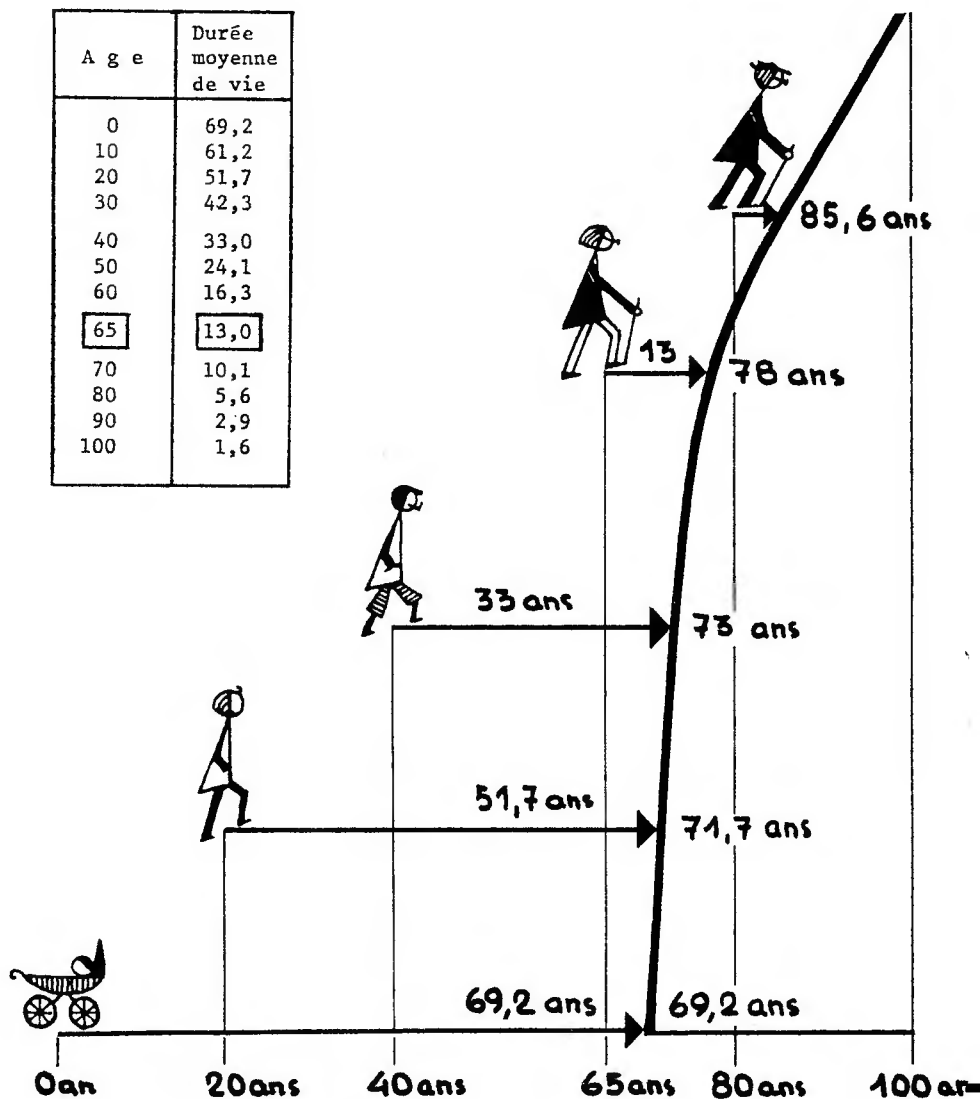
¹ Chez les hommes, l'espérance moyenne de vie a augmenté d'un an environ depuis 1960, et chez les femmes de 1,14 an.

² Ces graphiques sont tirés de « PRASA Document », mars 1974, publication de Pierre Rieben Actuaire S.A., Peseux NE.

ESPÉRANCE MOYENNE DE VIE

D'UN HOMME

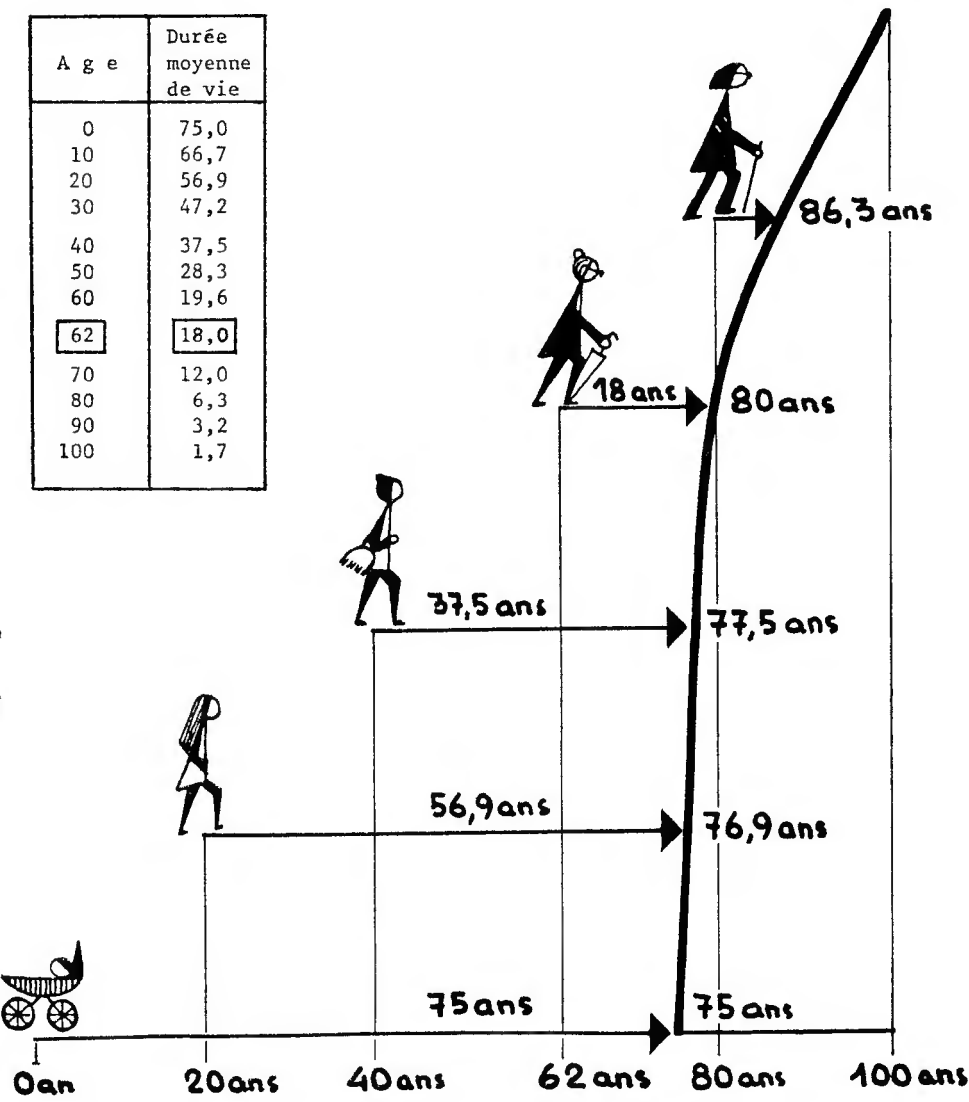
A g e	Durée moyenne de vie
0	69,2
10	61,2
20	51,7
30	42,3
40	33,0
50	24,1
60	16,3
65	13,0
70	10,1
80	5,6
90	2,9
100	1,6



ESPÉRANCE MOYENNE DE VIE

D'UNE FEMME

A g e	Durée moyenne de vie
0	75,0
10	66,7
20	56,9
30	47,2
40	37,5
50	28,3
60	19,6
62	18,0
70	12,0
80	6,3
90	3,2
100	1,7



Les subventions fédérales versées aux institutions d'utilité publique en vertu de la LPC

La loi fédérale sur les PC prévoit le versement de subventions fédérales à Pro Juventute, Pro Infirmis et Pro Senectute. Selon les dispositions légales et les directives réglant l'affectation de ces ressources, les subventions fédérales sont allouées pour financer l'octroi de prestations uniques ou périodiques en espèces, ainsi que pour subvenir aux dépenses résultant de prestations en nature ou en services. Toutes ces prestations-là sont destinées à secourir dans les cas où celles de l'AVS ou de l'AI ne suffisent pas, pour une raison quelconque, à couvrir les frais d'entretien ou à financer l'achat d'objets nécessaires. Elles visent ainsi à empêcher, dans la mesure du possible, que l'intéressé — qu'il soit une personne âgée, un survivant ou un invalide — ne tombe à la charge de l'assistance publique.

Les tableaux ci-après donnent une idée de l'évolution des prestations accordées par ces trois institutions depuis 1967. On y constate, notamment, que cette évolution a été différente selon les divers genres de dépenses.

Pro Juventute

Années	Subventions fédérales selon LPC	Dépenses			
		Prestations en espèces	Prestations en nature	Prestations en services	Total
1967	1 200 000	986 103	8 777	19 796	1 014 676
1968	1 020 000	1 129 075	23 756	12 548	1 165 379
1969	1 200 000	1 076 552	23 497	20 802	1 120 851
1970	1 200 000	1 108 551	23 674	16 012	1 148 237
1971	1 200 000	746 975	42 731	23 855	813 561
1972	1 025 000	1 151 282	76 787	19 661	1 247 730
1973	1 500 000	1 000 276	67 240	27 472	1 094 988

Dans le cas de Pro Juventute, les subventions ont diminué l'année dernière. C'est là un des effets réjouissants de la huitième revision: Les rentes de veuves et d'orphelins ont été améliorées à tel point que les prestations supplétives pour survivants sont de moins en moins nécessaires. Tel est le cas, tout particulièrement, pour la fondation Pro Juventute, dont les prestations sont avant tout des prestations en espèces; les prestations en nature et en services n'y ont jamais eu

une grande importance, parce que les survivants invalides sont assistés par Pro Infirmis.

En 1973, les dépenses pour les prestations en services sont montées sensiblement, parce que des subventions sont maintenant versées aussi pour des cours destinés à des veuves et orphelins. Souvent, en effet, le décès du mari apporte non seulement des problèmes financiers, qui peuvent être résolus dans bien des cas par des prestations d'assurance, mais aussi des problèmes humains, par exemple des soucis pédagogiques, scolaires et autres. Des cours et des colloques contribuent à vaincre ces difficultés. On peut espérer que ces cours seront encore développés.

Pro Infirmis

Années	Subventions fédérales selon LPC	Dépenses			
		Prestations en espèces	Prestations en nature	Prestations en services	Total
1967	1 500 000	732 371	599 299	68 069	1 399 739
1968	1 500 000	790 093	678 683	104 470	1 573 246
1969	1 500 000	634 708	582 812	98 042	1 315 562
1970	1 500 000	765 135	721 681	98 447	1 585 263
1971	2 500 000	1 117 669	835 862	120 662	2 074 193
1972	2 500 000	1 392 909	903 981	144 641	2 441 531
1973	3 000 000	1 516 477	1 036 866	135 931	2 689 274

Chez Pro Infirmis, on constate une hausse constante des prestations. Le crédit fédéral maximum, limité à 4 millions de francs depuis 1973, n'a pas encore été épuisé pendant la première année du nouveau système; c'est fort heureux, parce que ce maximum a été fixé à long terme, et ne devrait être atteint que plus tard, après un certain temps d'évolution.

Pro Senectute

Années	Subventions fédérales selon LPC	Dépenses			
		Prestations en espèces	Prestations en nature	Prestations en services	Total
1967	3 000 000	2 420 984	279 173	372 959	3 073 166
1968	3 000 000	2 421 170	291 521	284 910	2 997 601
1969	4 000 000	2 414 780	310 543	963 944	3 689 267
1970	4 000 000	2 620 330	343 041	1 244 137	4 207 508
1971	6 000 000	2 910 017	477 632	2 263 500	5 651 249
1972	6 000 000	2 941 094	367 794	3 567 513	6 876 401
1973	10 000 000	1 871 940	678 187	4 785 431	7 335 558

Dans le cas de Pro Senectute, les prestations se sont énormément étendues depuis 1969. On doit constater que le nombre croissant des personnes âgées exige toute une série de services et de mesures. La subvention fédérale a donc passé de 3 millions de francs en 1968 à 6 millions en 1972. Depuis 1973, la fondation dispose de 10 millions; une partie de cette somme (2 millions de francs) doit être affectée uniquement au financement de moyens auxiliaires pour la vieillesse. Dans la première année de l'application du nouveau système, on a dépensé à cet effet environ 590 000 francs. Ce montant est inclus dans les prestations en nature.

En analysant les diverses prestations, on remarque que les prestations en espèces ont augmenté de 0,5 million jusqu'en 1972, mais que leur part relative, considérée parmi les autres prestations de Pro Senectute, a diminué: de 80 pour cent en 1967, elle a passé à moins de la moitié en 1972. Les prestations en espèces sont nécessaires, entre autres, lorsque l'AVS et les PC ne suffisent pas à couvrir les frais de pension dans un home.

Ces prestations ont fortement diminué en 1973 par suite de la huitième revision.

Les prestations en services ont suivi une tout autre évolution. Les dépenses affectées à ce genre de mesure ont augmenté, de 1968 à 1973, dans une proportion de 1 : 13 environ. Cette hausse exceptionnelle s'explique par le développement rapide des offices d'information de Pro Senectute. Jusqu'en 1968, de tels services n'existaient que dans les villes de Zurich, Bâle, Berne et Lucerne; on en comptait 56, dans toute la Suisse, à la fin de l'année 1972.

Prévoyance professionnelle et libre passage

A propos d'un arrêt du Tribunal fédéral concernant les règles actuellement valables

Tandis que la sous-commission de la prévoyance professionnelle, qui fait partie de la Commission fédérale de l'AVS/AI, est en train de mettre au point l'avant-projet de loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (caisses de pensions obligatoires) à l'intention du Département de l'intérieur, le Tribunal fédéral a rendu, au début de mai, un jugement d'une importance fondamentale; il concerne le droit applicable actuellement aux institutions de prévoyance de l'économie privée. Cet arrêt met un point final à une querelle, qui a duré près de trois ans, à propos de la question de savoir depuis quand les règles de libre passage des articles 331 *a*, *b* et *c* du code des

obligations révisé¹ sont valables pour les caisses de pensions privées qui existent déjà et ont été fondées avant le 1^{er} janvier 1972. Cette question se rapporte aux normes de l'augmentation progressive des prestations de libre passage, en ce qui concerne la part financée par l'employeur, ainsi qu'à la forme de la prestation de libre passage avec, au premier plan, l'interdiction d'un versement en espèces. Quant aux caisses privées qui ont été fondées après le 1^{er} janvier 1972, c'est de toute façon le nouveau droit qui leur est applicable dès le début.

L'arrêt de la cour suprême concerne donc l'ordre juridique actuel, et ceci seulement dans la mesure où il englobe les caisses privées du 2^e pilier dit facultatif. Les caisses de droit public sont soumises, aujourd'hui encore, à leurs propres règles qui sont parfois entièrement différentes. Toutefois, étant donné que le système obligatoire futur du 2^e pilier doit être fondé, du point de vue économique et social, sur ce qui a déjà été réalisé jusqu'à présent sous le régime libre de la prévoyance personnelle, l'arrêt du Tribunal est également important en ce qui concerne la loi projetée sur la prévoyance professionnelle. C'est pourquoi nous allons commenter ici brièvement les conséquences que va entraîner ce jugement; d'ailleurs, une discussion approfondie à propos de cette décision judiciaire ne serait possible qu'après sa publication.

La querelle dont il a été question ci-dessus a provoqué une certaine nervosité dans les entreprises, caisses de pensions et autorités de surveillance, ainsi que des controverses juridiques; elle a inspiré, au Parlement fédéral, de nombreuses interventions (cf. en particulier RCC 1973, p. 521). Ces contestations proviennent de la teneur malheureuse de l'article 7, 2^e alinéa, des dispositions finales et transitoires de la loi du 25 juin 1971 revisant le CO (contrat de travail); en voici le texte:

« Les institutions de prévoyance en faveur du personnel existant au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi peuvent, dans le délai de cinq ans, adapter leurs statuts ou règlements aux dispositions des articles 331 a, 331 b et 331 c, en observant les dispositions de forme prévues pour la modification de ces statuts ou règlements. »

Cet alinéa a pour but, ainsi que l'indique le titre marginal, l'« adaptation des rapports juridiques nés sous l'empire de l'ancien droit ». Il doit donc indiquer depuis quand le nouveau droit est valable, aussi pour les anciennes caisses (créées avant le 1^{er} janvier 1972), en tant que norme relativement impérative (cf. art. 362, 1^{er} al., CO). Rappelons que cette question a toujours été posée, dans la pratique, en priorité, et liée à l'interdiction du versement en espèces prévue par l'article 331 c CO; cependant, elle concerne tout autant les articles 331 a et 331 b. En cherchant à répondre à la question d'après le texte de l'article cité, il s'est trouvé que les mots « peuvent... adapter » ont donné lieu au litige d'interprétation tranché maintenant par le Tribunal fédéral.

¹ Voir RCC 1971, p. 454.

A-t-on voulu exprimer par là que les caisses disposaient de cinq ans (donc jusqu'au 1^{er} janvier 1977) pour adapter leurs statuts et règlements au nouveau droit, tandis que celui-ci, vu son caractère relativement impératif et sans préjuger du contenu des statuts ou règlements valables dans l'intervalle, entrait immédiatement en vigueur aussi pour toutes les anciennes caisses (portée formelle du droit d'adaptation) ? Ou bien le droit d'adapter les statuts ou règlements des caisses, selon l'article 7, 2^e alinéa, signifie-t-il que chaque ancienne caisse peut déterminer elle-même, jusqu'à l'expiration du délai de cinq ans, quand le nouveau droit entre en vigueur pour elle — au moyen d'une modification de ces statuts ou règlements — mais que cette adaptation doit être effectuée en tout cas avant l'expiration du délai, sinon le nouveau droit remplacerait automatiquement les statuts ou règlements qui doivent être modifiés (portée matérielle du droit d'adaptation) ? Le Tribunal fédéral s'est prononcé en faveur de cette dernière interprétation. Il a ainsi mis fin à une controverse qui nuisait à la sécurité du droit, à la protection des droits acquis et au perfectionnement des institutions de prévoyance, dans la perspective du régime obligatoire.

On sait donc, désormais, que les anciennes institutions de prévoyance peuvent encore, jusqu'au 1^{er} janvier 1977, adapter leurs prescriptions aux articles 331 a, b et c du CO. Cependant, il ne leur est pas interdit de procéder à ces changements avant ce terme. C'est pourquoi les milieux qui s'occupent d'ores et déjà de donner des conseils et des informations en matière de prévoyance professionnelle recommandent une adaptation rapide au progrès que représentent ces articles, nouveau pas vers l'institution d'un système obligatoire général.

Les allocations familiales aux travailleurs agricoles et aux agriculteurs indépendants selon le droit fédéral et cantonal

Les cantons peuvent fixer des allocations familiales plus élevées que celles de la LFA et prévoir l'octroi d'allocations d'autres genres (art. 24 LFA). Plusieurs cantons ont fait usage de cette faculté. Le tableau ci-après indique les montants des allocations familiales (allocations de la Confédération et des cantons) versées dans les cantons en cause.

Etat au 1^{er} avril 1974

Montants en francs

Allocations familiales	CH	BE	FR	GE	NE	TI	VD	VS
Travailleurs agricoles								
Allocation de ménage . . .	100	115	100	100	100	100	100	100
Allocation pour enfant . .								
— région de plaine	50	50	103	60/75 ¹	60	50	50 ²	50
— région de montagne . .	60	60	113	—	60	60	60 ²	60
Allocation de formation professionnelle								
— région de plaine	—	—	140	120	80	—	90	—
— région de montagne . .	—	—	150	—	80	—	100	—
Allocation de naissance .	—	—	200	500	400	—	200	—
Agriculteurs indépendants								
<i>Région de plaine</i>								
Allocation pour enfant . .	50	59	50	60/75 ¹	60 ²	50	50	90/40 ⁵
Allocation de formation professionnelle	—	—	—	120	80 ²	—	50/70 ⁴	120/70 ⁵
Allocation de naissance . .	—	—	—	500	—	—	200	—
<i>Région de montagne</i>								
Allocation de ménage . . .	—	15	—	—	—	—	—	—
Allocation pour enfant . .	60	60	60	—	60 ²	65	60	100/40 ⁵
Allocation de formation professionnelle	—	—	—	—	80 ²	—	60/80 ⁴	130/70 ⁵
Allocation de naissance . .	—	—	—	—	—	—	200	—
¹ 60 francs pour les enfants au-dessous de 10 ans; 75 francs pour les enfants de plus de 10 ans. ² Les allocations sont également octroyées aux agriculteurs dont le revenu dépasse la limite fixée dans la LFA. ³ Pour les enfants de 16 à 20 ans incapables d'exercer une activité lucrative, l'allocation pour enfant s'élève à 90 francs en région de plaine et à 100 francs en région de montagne. ⁴ Pour les agriculteurs dont le revenu n'excède pas la limite fixée dans la LFA, l'allocation de formation professionnelle s'élève à 70 francs en région de plaine et à 80 francs en région de montagne, lorsque les enfants font des études ou un apprentissage agricoles. Pour les agriculteurs dont le revenu excède la limite fixée dans la LFA, l'allocation de formation professionnelle s'élève à : — 50 francs en région de plaine et 60 francs en région de montagne, lorsque les enfants font des études ou un apprentissage non agricoles; — 70 francs en région de plaine et 80 francs en région de montagne, lorsque les enfants font des études ou un apprentissage agricoles. ⁵ Le premier taux concerne les agriculteurs dont le revenu ne dépasse pas la limite fixée dans la LFA; le second taux est valable pour les agriculteurs de profession principale, dont le revenu excède la limite prévue dans la LFA ainsi que pour les salariés exerçant, à titre accessoire, une activité agricole indépendante.								

Problèmes d'application

Versement de rentes et de prestations analogues sur un compte de chèques postaux (avis de virement)

(A propos du N° 1110 du supplément, valable dès le 1^{er} janvier 1974, aux directives concernant les rentes)

L'exploitation des PTT avait bien voulu autoriser, naguère, l'utilisation de formules d'assignation de rentes en lieu et place des avis de virement pour le versement de rentes, allocations d'impotents et allocations uniques de veuves sur un compte de chèques postaux (N° 1110 des directives concernant les rentes, 1^{er} janvier 1971). Toutefois, l'OFAS avait recommandé aux caisses, dans le Bulletin AVS N° 26, du 4 décembre 1970, N° marginal 70, de prévoir, pour de tels cas, l'usage des avis de virement, qui pourrait être adopté lors d'une réorganisation des services de paiement. En outre, dans le Bulletin AVS N° 30, du 6 octobre 1971, N° marginal 82, on a signalé que les PTT allaient percevoir, dès le 1^{er} janvier 1972, pour les versements effectués au moyen de formules d'assignation, les taxes habituellement appliquées à celles-ci.

La réglementation exceptionnelle admise naguère a été abrogée par le supplément du 1^{er} janvier 1974 aux directives concernant les rentes. Par conséquent, dans les cas où des assignations (318.161, 162 et 163) sont utilisées encore aujourd'hui pour les virements, les caisses de compensation intéressées devront renoncer à ce système pour adopter celui des avis de virement, et ceci pour le 1^{er} janvier 1975 au plus tard. Cela permettra d'épargner des complications inutiles aux offices de chèques postaux et, du même coup, de réduire les frais du fonds de compensation AVS; rappelons en effet que la taxe forfaitaire était, en 1973, de 1 fr. 15 par assignation.

EN BREF

Le TFA en 1973 Pendant l'année 1973, le TFA a tranché au total 626 litiges. La plupart concernent les branches d'assurance dont il est question dans la RCC, telles que l'AVS et l'AI; ajoutons l'assurance-maladie et accidents (120 cas), l'assurance militaire (11) et l'assurance-chômage

(2). Par rapport à l'année précédente, le TFA a liquidé, dans presque toutes les branches d'assurance, un nombre de cas moins élevé, bien qu'il ait enregistré un plus grand nombre de nouvelles demandes. Il en est résulté que les affaires non traitées en 1973 et reportées sur l'année en cours ont été relativement nombreuses; on en comptait 163 dans l'AI et 41 dans l'AVS. Pourtant, il faut souligner ici que le TFA a travaillé d'une manière expéditive, puisqu'il est parvenu, en 1973, à réduire la durée moyenne d'un procès de 4,9 à 4 mois. Le tableau ci-après indique combien il y a eu d'affaires jugées dans les diverses branches d'assurance et comment elles ont été liquidées. Ces chiffres sont tirés du rapport du Conseil fédéral sur sa gestion en 1973. Le même document contient en outre des statistiques sur l'activité du Tribunal fédéral. Une comparaison avec celles-ci permet de constater que sur l'ensemble des jugements prononcés en dernière instance, dans tous les domaines, 23 pour cent concernaient les assurances sociales.

	Affaires liquidées	Mode de liquidation			
		Non-entrée en matière	Radiation, retrait, etc.	Admission totale ou partielle	Rejet
AVS	99	10	3	18	68
AI	357	12	10	115	220
PC	29	3	2	10	14
Alloc. famil. . .	6	1	—	2	3
APG	2	—	—	—	2
Total	493	26	15	145	307

Le « marché du troisième âge » a-t-il de l'avenir ?

Pendant longtemps, l'étude du marché et la publicité se sont beaucoup préoccupées de la jeunesse. La jeunesse, et principalement la femme jeune et belle, joue un rôle central dans la publicité; c'est en elle que l'on a placé et que l'on place encore certains espoirs. Ce phénomène n'est pas sans influencer l'image que l'on se fait de la personne âgée, ou l'image que celle-ci se fait d'elle-même. On n'aime pas se sentir vieux; on préfère rester jeune... Cela explique le succès de ces produits qui devraient prolonger notre jeunesse ou nous rajeunir.

La publicité s'adresse beaucoup moins aux personnes âgées. Souvent, celles-ci doivent s'estimer heureuses de trouver quelque chose qui leur convienne, notamment dans le domaine de la mode. En sera-t-il toujours ainsi ? Les « vieux » seront-ils toujours sous-estimés ? Non, car depuis quelque temps, une évolution nouvelle se dessine. On commence à découvrir le pouvoir d'achat des personnes âgées, qui disposent maintenant, avec leurs rentes AVS et les

prestations des caisses de retraite, de moyens financiers bien plus considérables qu'autrefois.

L'abonnement CFF pour personnes âgées, créé en novembre 1968, a connu un succès décisif. En 1969, on comptait déjà 243 000 bénéficiaires de rentes de vieillesse qui firent usage de cette intéressante possibilité; en 1973, ils étaient 335 000. En outre, ces personnes se voient offrir tout une série de facilités pour leurs vacances. C'est ainsi que la fondation « Pro Senectute » organise, depuis quelques années, des vacances pour les personnes âgées; de nombreuses agences de voyage leur présentent des offres conçues spécialement à leur intention. Les personnes âgées ont le temps et, souvent, elles disposent de ressources suffisantes pour se payer de grands voyages.

Les agents publicitaires et les instituts de sondage de l'opinion publique commencent également à découvrir l'homme âgé; ils ont ouvert, ces dernières années, des enquêtes sur le rôle des personnes âgées dans la consommation. Les instituts n'ont toutefois pas entrepris de telles recherches pour le seul plaisir de recueillir des données scientifiques concernant la manière de vivre des vieillards; en réalité, on voulait savoir au juste, dans certains milieux, à quoi les rentiers AVS préfèrent consacrer leurs dépenses. Les constatations faites ont été très intéressantes. Ainsi, l'homme âgé va souvent prendre ses repas au restaurant; c'est d'ailleurs fort compréhensible pour ceux qui vivent seuls, car il y a bien des personnes âgées qui se sentent d'autant plus solitaires qu'elles doivent apprêter des repas et les manger sans être en compagnie de leurs semblables. C'est ainsi que l'on a fondé à Bâle, en 1971, le premier « club de midi » de la Suisse. Cette institution vise à procurer aux personnes âgées un dîner avantageux et, du même coup, des occasions de prendre contact avec d'autres. Cette année, Zurich a réalisé un projet analogue.

Une foire spécialement prévue à l'intention des aînés a eu lieu à Karlsruhe. On a également organisé des revues de modes pour dames âgées; une manifestation de ce genre, en Sarre, a été fréquentée par plus de mille visiteuses. Il est certain que l'habillement exerce une influence marquante sur notre manière de considérer l'homme âgé; lorsque celui-ci porte constamment des vêtements incolores, cela le situe dans une classe à part. De même, le marché des jouets gagne en importance; bien entendu, il s'agit ici non pas de jouets pour les personnes âgées, mais de ceux que l'on achète pour ses petits-enfants. C'est toujours un plaisir de faire des cadeaux, et ce plaisir est partagé par le donateur et le destinataire. Il est important pour les personnes âgées de pouvoir assumer ce rôle flatteur.

Cette évolution des choses n'est pas sans avoir quelques rapports avec les prestations grandissantes de la sécurité sociale, qui ont augmenté sensiblement le potentiel d'achat de la clientèle âgée. N'oublions pas, à ce propos, que 93 pour cent environ des personnes âgées sont indépendantes, alors que 7 pour cent seulement vivent dans des homes. Chacune dispose aujourd'hui de ressources financières plus considérables que jadis, et il est donc compréhensible, voire souhaitable, qu'elle soit incitée par la publicité à déployer une activité plus grande; cela peut contribuer, notamment, à renforcer sa confiance en elle-

même. Ce ne sont donc plus les jeunes gens seulement qui sont sollicités par la réclame. Evidemment, cette évolution ne saurait faire disparaître toutes les difficultés de la vieillesse; la consommation, à elle seule, ne résout pas tout, mais il faut aussi tenir compte de l'élément humain. Une publicité plus intense s'adressant à l'homme âgé est l'un des nombreux moyens qui doivent l'encourager et le stimuler. Il est certain que le marché du troisième âge gagnera encore en importance à l'avenir.

BIBLIOGRAPHIE

Otto Büchi: *Werdendes Sozialversicherungsrecht des Bundes*. Stand März 1974. Revue suisse des assurances sociales, fasc. 2/1974, pp. 132-163.

Mathilde Hauser: *Die Rechtsstellung der Frau in der Invalidenversicherung*. Revue suisse des assurances sociales, fasc. 2/1974, pp. 81-104.

Bureau International du Travail: *Série législative*. Le fascicule N° 6/1973 de ce périodique, qui paraît tous les deux mois, contient notamment — parmi des textes de lois concernant d'autres pays — les lois fédérales sur l'AVS et l'AI en anglais et en espagnol (état au 1^{er} janvier 1973). Celles-ci peuvent être commandées séparément. Bureau international du travail, Genève.

INFORMATIONS

**Modification
de dispositions
concernant l'AVS
et l'AI par suite
de la revision
de la LAMA**

La revision, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1974, de la LAMA et de l'ordonnance II sur l'assurance-accidents (cf. RCC 1974, p. 99) a entraîné la modification de plusieurs dispositions des lois et règlements concernant l'AVS et l'AI. Cependant, on a renoncé à publier des feuillets collants, parce que ces modifications doivent être appliquées non pas par les organes de

l'AVS et de l'AI, mais par la CNA, et que de nouveaux recueils LAVS et LAI paraîtront quoi qu'il en soit le 1^{er} janvier prochain.

Voici le texte des nouvelles dispositions (les passages modifiés sont imprimés en italiques):

Article 48, 1^{er} alinéa, LAVS

¹ Lorsqu'un ayant droit, conformément à la présente loi, bénéficie d'une *rente de la CNA* ou d'une rente de l'assurance militaire fédérale, les rentes de ces assurances sont réduites dans la mesure où, ajoutées à la rente de vieillesse ou de survivants, elles dépassent le gain annuel dont on peut présumer que l'intéressé sera privé.

Article 66 quater, 2^e alinéa, lettre b, RAVS

b. D'autres *rentes de la CNA* ou pensions de l'assurance militaire;

Article 66 quater, 4^e alinéa, RAVS

⁴ Lorsque la rente simple de vieillesse de l'assuré est remplacée par une rente de vieillesse pour couple, on ne tiendra compte que du montant correspondant à la rente de vieillesse pour couple, y compris les *rentes pour enfants* éventuelles, qui aurait été calculée, au moment du remplacement, sur la base des seules cotisations de l'assuré.

Article 66 quater, 5^e alinéa, RAVS

⁵ Les *rentes de la CNA* et les pensions de l'assurance militaire ne peuvent, ensemble, être réduites au plus que d'un montant égal à celui de la rente de l'AVS.

Article 45, 1^{er} alinéa, LAI

¹ S'il y a cumul avec une *rente de la CNA*, ou avec une pension de l'assurance militaire, les prestations de ces assurances sont réduites dans la mesure où, avec la rente de l'AI, elles dépassent le gain annuel dont on peut présumer que l'assuré sera privé.

Article 39 bis, 2^e alinéa, lettre b, RAI

b. D'autres *rentes de la CNA* ou pensions de l'assurance militaire;

Article 39 bis, 4^e alinéa, RAI

⁴ Lorsque la rente d'invalidité simple de l'assuré est remplacée par une rente d'invalidité pour couple, on ne tiendra compte que du montant correspondant à la rente d'invalidité pour couple, y compris les *rentes pour enfants* éventuelles, qui aurait été calculée, au moment du remplacement, sur la base des seules cotisations de l'assuré.

Article 39 bis, 5^e alinéa, RAI

⁵ Les *rentes de la CNA* et les pensions de l'assurance militaire ne peuvent, ensemble, être réduites que tout au plus d'un montant égal à celui de la rente de l'AI.

Mesures pédago-thérapeutiques de l'AI

Dans la série d'articles que la RCC a récemment publiée sous le titre « Les jeunes invalides et l'AI », on a annoncé (au bas de la p. 107) la parution d'une circulaire sur les mesures pédago-thérapeutiques. Ce passage n'indique pas assez clairement qu'un tel document serait, en fait, le résultat d'un réexamen complet qui n'est pas encore achevé. Depuis lors, on a dû constater que le problème des mesures pédago-thérapeutiques devait être considéré aussi dans le cadre de la revision du RAI. C'est pourquoi l'on a ajourné la publication de cette circulaire jusqu'au moment où l'on saura, au juste, quelle sera l'issue de ladite revision. On ne peut donc faire jouer un rôle préjudiciel aux mesures pédago-thérapeutiques décrites ou énumérées dans cet article de la RCC. Le passage en question sera biffé dans le tirage à part qui paraîtra prochainement.

La remise de moyens auxiliaires par la fondation Pro Senectute

Une centaine d'assistants sociaux, employés de secrétariat et représentants des comités cantonaux de « Pro Senectute » se sont réunis à Lucerne les 2 et 3 mai 1974 à des fins de perfectionnement professionnel. Ces spécialistes de l'aide à la vieillesse ont été mis au courant des nouvelles prescriptions qui régissent la remise de moyens auxiliaires (membres artificiels, chiens-guides, fauteuils roulants, appareils acoustiques, etc.). Un crédit annuel de 2 millions de francs au maximum, tiré de la subvention fédérale à Pro Senectute, est réservé au financement de ces moyens auxiliaires. Le représentant de l'OFAS montra l'importance du rôle assumé dans ce domaine par les services de Pro Senectute. Une assistante sociale parla des premières expériences faites. Après la réunion, des groupes d'études discutèrent des difficultés rencontrées dans l'application pratique.

Allocations familiales dans le canton de Schwyz

Dans sa séance du 9 mai 1974, le Grand Conseil a adopté un projet de modification de la loi sur les allocations pour enfants. L'allocation pour enfant est relevée de 45 à 50 francs par mois et par enfant. Par ailleurs, une allocation de naissance de 100 francs est introduite. Ces nouvelles dispositions entreront en vigueur le 1^{er} juillet 1974.

La loi du canton de Glaris sur les allocations pour enfants aux salariés, du 12 mai 1974

Le 12 mai 1974, la Landsgemeinde a adopté une loi sur les allocations pour enfants aux salariés, qui remplace celle du 1^{er} mai 1960. Dans la nouvelle loi, les dispositions sur le champ d'application correspondent à celles de la réglementation antérieure. En revanche, des innovations sont à signaler en ce qui concerne les allocations pour enfants et l'organisation.

I. Allocations pour enfants

1. Montant et limite d'âge

Le montant de l'allocation pour enfant est relevé de 35 à 50 francs par mois et par enfant. Le Grand Conseil est com-

pétent pour adapter le taux de cette allocation en cas de modification des circonstances.

Comme jusqu'ici, la limite d'âge générale est fixée à 16 ans et la limite d'âge spéciale à 20 ans pour les enfants qui font des études ou un apprentissage; pour les enfants incapables de gagner leur vie par suite de maladie ou d'infirmité, la limite d'âge est de 18 ans (jusqu'ici 20 ans).

2. Enfants donnant droit aux allocations

Les enfants naturels, les enfants du conjoint et les enfants recueillis seront, dorénavant, simplement assimilés aux enfants légitimes. Contrairement à la réglementation antérieure, il n'est plus nécessaire que le salarié subvienne en majeure partie à l'entretien des enfants naturels et des enfants du conjoint et que le statut d'enfant recueilli soit gratuit. Une disposition a été supprimée: celle prévoyant que le droit aux allocations existe pour les frères et sœurs du salarié à l'entretien desquels ce dernier pourvoit en majeure partie.

Le concours de droits ainsi que les rapports entre les allocations pour enfants et la pension alimentaire ont fait l'objet d'une nouvelle réglementation. En cas de concours de droits, le droit à l'allocation est reconnu, pour les enfants naturels et les enfants de parents séparés ou divorcés, à celui des parents qui a la garde de l'enfant. Si la garde de l'enfant n'a été attribuée à aucun des parents, le droit à l'allocation pour enfant est reconnu à celui d'entre eux qui subvient en majeure partie à l'entretien de l'enfant.

Les salariés astreints, par jugement ou convention, à verser des contributions alimentaires doivent compléter ces dernières par les allocations pour enfants, autant qu'il n'est pas prouvé que ces dernières sont comprises dans la pension alimentaire. Nouvelle est la disposition aux termes de laquelle les allocations pour enfants peuvent, sur demande, être versées directement au créancier de la pension alimentaire.

Conformément à la LFA et à la plupart des lois cantonales sur les allocations pour enfants, le délai pour le rappel des allocations non perçues a été abaissé de 18 à 12 mois.

II. Organisation

1. Caisse cantonale de compensation pour allocations familiales

La loi glaronnaise actuelle se distingue de toutes les autres lois cantonales sur les allocations pour enfants, en ce sens qu'elle laisse l'employeur libre de choisir de quelle manière il respectera la disposition l'obligeant à verser à ses salariés les allocations minimales prévues par la loi. L'employeur peut soit adhérer à une caisse de compensation pour allocations

familiales, soit verser les allocations avec ses propres deniers, se soustrayant ainsi à tout système de compensation. L'institution d'une caisse cantonale publique et de caisses privées reconnues n'a dès lors pas été prévue dans la loi en vigueur.

Aux termes de la nouvelle loi, une caisse cantonale de compensation pour allocations familiales doit maintenant être créée. De la sorte, la compensation des charges, qui jusqu'ici faisait défaut, doit être réalisée sur la base la plus large possible. La caisse cantonale est un établissement de droit public avec siège à Glaris. Sa gestion est confiée à la caisse cantonale AVS. Doivent adhérer à la caisse cantonale tous les employeurs qui ne sont pas membres d'une caisse reconnue par le Conseil d'Etat.

2. Caisses reconnues de compensation pour allocations familiales

Selon le message accompagnant le projet de loi, le Conseil d'Etat reconnaîtra une caisse lorsque l'une des conditions suivantes sera remplie:

- la caisse est gérée par une caisse professionnelle de compensation de l'AVS;
- le champ d'activité de la caisse s'étend à tout le territoire suisse ou, au moins, à une région linguistique;
- un nombre de salariés ou d'employeurs suffisant pour réaliser la compensation fait partie d'une caisse dont le champ d'activité se limite au canton de Glaris.

A côté des caisses reconnues, la loi prévoit aussi la création d'offices de décompte. La caisse cantonale peut, en effet, confier aux caisses professionnelles de l'AVS dont font partie des employeurs domiciliés dans le canton de Glaris, et avec leur accord, la perception de cotisations et le paiement d'allocations pour enfants.

III. Entrée en vigueur

L'article 4 de la loi, fixant le taux de l'allocation pour enfant ainsi que la limite d'âge, entrera en vigueur le 1^{er} juillet 1974. Le Grand Conseil fixera la date de l'entrée en vigueur des autres dispositions.

Répertoire d'adresses AVS/AI/APG

Page 7, Caisse de compensation 1.2, Agence de Winterthour:
Nouvelle adresse: 8400 Winterthour, Unterer Graben 1.

Page 9, Caisse de compensation 22.132, Agence communale
AVS de Lausanne:

Nouvelle adresse: 1000 Lausanne 9, place Chauderon 9,
case postale 50.

JURISPRUDENCE

Assurance-vieillesse et survivants

RENTES

Arrêt du TFA, du 21 décembre 1973, en la cause K. H. (traduction de l'allemand).

Article 23, 1^{er} alinéa, lettre c, LAVS. Les dispositions valables dès le 1^{er} janvier 1973 au sujet du droit à la rente de veuve fondé sur l'adoption d'un enfant recueilli s'appliquent également aux veuves qui remplissaient la condition de ce droit déjà avant cette date. L'allocation unique de veuve payée précédemment doit, le cas échéant, être compensée avec la rente versée.

Articolo 23, capoverso 1, lettera c, della LAVS. Le disposizioni valide dal 1° gennaio 1973 sul diritto alla rendita per le vedove fondato sull'adozione di un figlio elettivo si applicano anche per le vedove che adempivano la condizione di tale diritto già prima di questa data. L'indennità unica per le vedove pagata precedentemente deve essere eventualmente compensata con la rendita da versare.

Les époux H., n'ayant pas d'enfants, ont recueilli deux enfants à titre gratuit en 1962 et 1964. Le mari étant décédé en avril 1965, sa veuve adopta les deux enfants le 21 février 1970, après avoir rempli les conditions de droit civil permettant une telle mesure.

Le 21 juin 1965, la caisse de compensation accorda une allocation unique de veuve, ainsi que deux rentes d'orphelins simples pour les enfants recueillis. L'octroi d'une rente de veuve fut refusé, les conditions donnant droit à une telle prestation n'étant pas remplies. Un recours formé contre cette décision fut rejeté par l'autorité cantonale (jugement du 11 octobre 1965).

Au début de l'année 1973, l'assurée s'adressa de nouveau à la caisse de compensation pour demander une rente de veuve. Elle se référait, ce faisant, à la nouvelle prescription concernant le droit à ce genre de rente, mise en vigueur lors de la huitième révision de l'AVS. La caisse rejeta cette demande en se fondant sur une instruction donnée par l'OFAS, étant donné que le nouveau droit entré en vigueur le 1^{er} janvier 1973 ne pouvait être appliqué avec effet rétroactif.

L'assurée a recouru contre cette décision, mais elle a été déboutée par le Tribunal cantonal des assurances, qui a rendu son jugement le 2 mars 1973. Dans ses considérants, le tribunal a relevé que les conditions posées par la jurisprudence administrative à la rétroactivité exceptionnelle de dispositions légales n'étaient pas remplies en l'espèce. Il était exclu d'appliquer avec effet rétroactif l'article 23, 1^{er} alinéa, lettre c, LAVS, vu qu'une telle application n'était pas prévue par la loi et ne pouvait non plus être déduite par analogie. Il n'y avait pas de raisons valables pour justifier une telle rétroactivité. En outre, la condition de la limitation de cette rétroactivité dans le temps ne serait pas non plus remplie.

L'assurée a interjeté recours de droit administratif. Dans l'exposé de ses motifs, elle déclare que contrairement à ce que croit l'autorité de première instance, elle demande non pas l'application rétroactive de l'article 23, 1^{er} alinéa, lettre c, LAVS, mais seulement son application depuis son entrée en vigueur. Le nouveau droit a été reconnu applicable aux faits survenus avant son entrée en vigueur dans les cas où le droit à la rente de veuve renaît par suite de divorce. Cette règle doit être valable également pour les veuves ayant recueilli des enfants, dont le droit à la rente de veuve est fondé sur la même disposition légale.

Tandis que la caisse de compensation renonce à se prononcer, l'OFAS conclut au rejet de ce recours. L'OFAS, en effet, estime, comme l'autorité de première instance, que les conditions d'une application rétroactive du nouveau droit ne sont pas remplies. Le fait qu'une telle rétroactivité a été prévue pour les cas de renaissance de la rente de veuve après divorce ne représente pas une infraction au principe de l'équité, vu que les conditions ne sont pas les mêmes que dans le cas des veuves avec enfants recueillis.

Le TFA a admis ce recours pour les motifs suivants:

1. Lors de la huitième révision de l'AVS, le législateur a étendu le droit à la rente de veuve dans ce sens que, désormais, soit à partir du 1^{er} janvier 1973, ce droit est reconnu également, à certaines conditions, aux veuves ayant des enfants du conjoint décédé et aux veuves ayant des enfants recueillis. Il est reconnu à la veuve avec enfants recueillis lorsqu'au moment du décès du mari, un ou plusieurs de ces enfants, à qui ce décès ouvre droit à une rente d'orphelin, font ménage commun avec la veuve, à la condition qu'immédiatement avant son décès, le mari ait été assuré conformément aux articles 1^{er} ou 2^e LAVS et que l'enfant ou les enfants recueillis soient adoptés par la veuve (art. 23, 1^{er} al., lettre c, LAVS).

Dans le cas présent, deux enfants recueillis vivaient dans le ménage lors du décès du mari et avaient droit à la rente d'orphelin. Immédiatement avant sa mort, le mari était assuré au sens de l'article 1^{er}, 1^{er} alinéa, LAVS. Les enfants ont été adoptés par la veuve en février 1970. Ainsi, les conditions du versement d'une rente de veuve en vertu de l'article 23, 1^{er} alinéa, lettre c, LAVS sont en principe remplies. Toutefois, le décès du mari et l'adoption ont eu lieu avant l'entrée en vigueur de la nouvelle disposition légale. Un droit à la rente de veuve n'existerait donc que si les nouvelles prescriptions pouvaient s'appliquer aussi aux femmes devenues veuves avant le 1^{er} janvier 1973.

2. Dans les textes législatifs contenant les modifications apportées par la huitième révision de l'AVS, on ne trouve pas de dispositions transitoires qui concernent le droit à la rente des veuves avec enfants recueillis. Il incombait dès lors à l'administration d'édicter des règles à ce sujet. Dans sa circulaire du 12 octobre 1972, l'OFAS ordonna aux caisses de compensation de ne verser des rentes de veuves selon le nouveau droit que lorsque le décès du mari est survenu après le 31 décembre 1972

(N° 50 de la circulaire II concernant l'exécution de la huitième révision dans le domaine des rentes). Ce faisant, l'OFAS se fondait sur les conditions, définies par la doctrine et la pratique, d'une rétroactivité exceptionnelle de lois administratives. D'après ces règles, l'application rétroactive d'un nouveau droit, non prévue expressément par la loi, n'est possible que lorsqu'elle ressort clairement du contenu de la loi comme voulue par le législateur, qu'elle est justifiée par des raisons valables et limitée dans le temps (cf. Imboden: *Schweizerische Verwaltungsrechtsprechung*, 3^e éd., tome I, pp. 160 ss; ATF 94 I 5, 92 I 233; ATFA 1968, p. 64). Il faut s'en tenir à ces principes. Toutefois, il importe de relever que l'on peut parler de rétroactivité au sens propre seulement là où le nouveau droit s'applique à des faits qui se sont produits entièrement avant l'entrée en vigueur de ce droit. Il n'en va pas de même, en revanche, lorsque le nouveau droit — fondé sur des faits qui sont survenus avant son entrée en vigueur — s'applique uniquement à la période qui suit cette entrée en vigueur (ex nunc et pro futuro). Une rétroactivité limitée de la sorte doit être, en principe, considérée comme admissible si elle n'est pas en opposition avec des droits dûment acquis (*Grisel*: Droit administratif suisse, p. 189; ATF 96 I 555, 92 I 233; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération, fasc. 26, 1956, N° 12). Il ne se présente aucune difficulté lorsque la modification de la loi consiste seulement en une amélioration de la situation juridique en faveur du destinataire; cela ne signifie cependant pas que les intéressés aient droit, dans ces conditions, d'une manière générale, à l'application rétroactive des nouvelles dispositions.

Dans le cas de la nouvelle teneur de l'article 23, 1^{er} alinéa, lettre c, LAVS, ce n'est pas à proprement parler la rétroactivité qui est en cause. La question est de savoir, bien plutôt, si des prestations fondées sur le nouveau droit doivent être accordées, à partir de l'entrée en vigueur, également dans les cas où l'état de fait ouvrant droit auxdites prestations est survenu déjà avant cette entrée en vigueur. Faute d'une réglementation légale sur ce point-là, il appartient au juge d'examiner quel régime transitoire s'avère le plus judicieux. Ce faisant, il doit tenir compte de la solution à laquelle les destinataires étaient en droit de s'attendre, vu les circonstances qui leur étaient connues.

3. a. Le but d'une modification de loi peut être d'améliorer, pour l'avenir, une situation juridique en faveur des destinataires dont les droits prendront naissance sous l'empire du nouveau régime. Il peut cependant aussi être l'élimination de lacunes dans un système de prestations, de manière que celles-ci puissent être accordées dans des cas où elles devaient être refusées selon l'ancien droit. Dans le droit des assurances sociales, notamment, les révisions de lois visent souvent ce dernier objectif. Les exemples de telles révisions dans lesquelles le nouveau droit a été appliqué, sans disposition transitoire expresse, à des faits survenus avant l'entrée en vigueur sont nombreux.

C'est ainsi que la loi du 4 octobre 1968 a admis un nouvel article 43 bis LAVS qui accorde aux bénéficiaires de rentes de vieillesse, avec effet au 1^{er} janvier 1969, un droit à l'allocation pour impotent en cas d'impotence grave. Bien qu'il n'existe pas de disposition transitoire à ce sujet, cette prestation a été versée également aux rentiers devenus impotents à un degré grave avant l'entrée en vigueur de la nouvelle loi.

Lors de la huitième révision de l'AVS, on a modifié entre autres l'article 46 RAVS, qui prévoit désormais (3^e al.) que le droit à la rente de veuve éteint pour cause de remariage renaît non seulement, comme jusqu'ici, en cas d'annulation du nouveau mariage, mais aussi en cas de divorce qui dissout ce dernier. Cette règle a été déclarée par l'OFAS, expressément, applicable aux cas où le divorce a été prononcé avant le

1^{er} janvier 1973 (N^o marginal 131 du Bulletin AVS 50, du 12 février 1973; voir aussi RCC 1973, p. 157, N^o 9); auparavant, toutefois, cet office avait défendu la thèse contraire (cf. N^o 59 de la circulaire II sur l'application de la huitième revision AVS dans le domaine des rentes, du 12 octobre 1972).

Enfin, on peut rappeler la loi du 27 septembre 1973 modifiant la LAMA, et qui, entre autres, étend aux enfants recueillis le droit aux rentes de survivants de l'assurance-accidents. Les dispositions transitoires de cette nouvelle loi (N^o III, Entrée en vigueur) expriment implicitement la volonté du législateur, qui est d'accorder des prestations aux enfants recueillis, en vertu du nouvel article 85, 2^e alinéa, LAMA, également dans les cas où l'événement assuré est survenu avant l'entrée en vigueur de la nouvelle disposition (cf. aussi Bull. sténogr. 1973, Conseil national, pp. 1085 ss, Conseil des Etats, pp. 524 ss).

b. L'octroi de la rente de veuve aux veuves ayant des enfants recueillis a été demandé à plusieurs reprises; pendant les travaux préliminaires de la huitième revision de l'AVS, il fut sollicité, entre autres, dans une intervention parlementaire (motion Duvanel, du 16 mars 1971). Le but visé était de modifier une règle, jugée peu équitable, selon laquelle la veuve ayant des enfants recueillis n'était pas traitée, en droit des assurances, d'une manière aussi favorable que la veuve ayant des enfants de son sang ou adoptés. On peut tenir pour certain que les démarches entreprises en vue de mettre ces deux catégories sur un pied d'égalité l'ont été, essentiellement, à cause des demandes d'assurés qui avaient dû être rejetées en vertu de l'ancien droit, dans l'idée que des prestations devaient être accordées aussi dans ces cas-là en vertu du nouveau droit en élaboration. Les intéressés étaient donc en droit de penser que des prestations leur seraient accordées également là où les conditions y donnant droit étaient remplies déjà avant l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions. En effet, il devrait paraître choquant que des prestations continuent à être refusées justement dans les cas ayant incité à modifier la loi. Les veuves qui remplissaient les conditions de l'article 23, 1^{er} alinéa, lettre c, LAVS déjà avant l'entrée en vigueur de la nouvelle loi ont donc droit, avec effet au 1^{er} janvier 1973, à la rente de veuve.

4. Il reste à examiner si et dans quelle mesure la veuve qui obtient, après coup, le droit à la rente de veuve est tenue de restituer l'allocation unique touchée précédemment. Il paraît justifié d'appliquer ici par analogie la pratique suivie par l'administration dans les cas où un droit à la rente AI prend naissance après coup. Les directives de l'OFAS concernant les rentes, du 1^{er} janvier 1971, prévoient (N^o 567) que lorsqu'une veuve, ayant touché une allocation unique de veuve, acquiert par la suite le droit à une rente d'invalidité, il y a lieu d'exiger la restitution du montant qui dépasse la somme totale des rentes mensuelles auxquelles cette veuve aurait eu droit, depuis le début de son veuvage jusqu'à la naissance du droit à la rente simple d'invalidité, si elle avait rempli les conditions d'obtention d'une rente de veuve. Cela signifie, si l'on s'en tient au principe, qu'il faut renoncer à demander la restitution lorsque la durée du droit à la rente, déterminante pour le calcul de l'allocation unique selon l'article 36, 2^e alinéa, LAVS, est déjà écoulée au moment où naît effectivement ce droit. Pratiquement, la somme des montants de rentes atteint, souvent, plus tôt déjà le niveau de l'allocation unique, ceci à cause des augmentations de rentes survenues dans l'intervalle.

Dans l'espèce, la veuve a touché, après le décès de son mari en 1965, une allocation unique équivalant au triple de la rente de veuve annuelle. Lors de l'adoption (février 1970), quand elle a rempli les conditions donnant droit à la rente de veuve

selon les nouvelles dispositions, le montant des rentes aurait déjà dépassé celui de l'allocation unique. La recourante n'est donc pas tenue à restitution en ce qui concerne ladite allocation de 1965. Elle a donc droit, avec effet au 1^{er} janvier 1973, à une rente de veuve sans aucune réduction, conformément à l'article 23, 1^{er} alinéa, lettre c, LAVS. Le montant de cette rente sera fixé par la caisse de compensation.

Arrêt du TFA, du 28 mai 1973, en la cause A. Z. (traduction de l'allemand).

Article 31, 1^{er} alinéa, LAVS. Tant que l'ancien mari est en vie, la rente simple de vieillesse au profit de la femme divorcée est calculée sur la base de son seul revenu annuel moyen. La possibilité de fixer cette rente en fonction du revenu annuel moyen déterminant du mari divorcé, auquel s'ajoutent les revenus de l'activité lucrative exercée par l'épouse, n'existe qu'à partir du moment où l'ex-mari est décédé (art. 31, 3^e et 4^e al., LAVS).

Articolo 31, capoverso 1, della LAVS. Sino a quando il marito divorziato è in vita, la rendita semplice di vecchiaia a favore della moglie divorziata, si calcola esclusivamente fondandosi sul suo reddito annuo medio. Questa rendita può essere calcolata fondandosi sul reddito annuo medio determinante del marito separato, a cui si deve aggiungere il reddito proveniente dall'attività lucrativa esercitata dalla moglie, soltanto quando il marito divorziato è morto (articolo 31, capoversi 3 e 4, della LAVS).

L'assurée, née en 1910, divorcée dès 1968, touche depuis le 1^{er} mai 1972 une rente simple de vieillesse. Celle-ci a été calculée sur la base d'un revenu annuel moyen de 7600 francs, touché par l'assurée pendant 24 ans; l'échelle appliquée était l'échelle 20. Une décision ayant été rendue dans ce sens par la caisse de compensation le 20 octobre 1972, l'assurée recourut. Elle alléguait qu'elle avait, pendant 30 ans, géré le commerce de son époux et que le revenu annuel moyen avait dépassé largement, grâce à son travail, le montant de 7600 francs, si bien que le calcul de sa rente devait être fondé sur le revenu commercial réalisé pendant la durée de son mariage.

Déboutée par l'autorité de première instance, l'assurée a demandé, par la voie du recours de droit administratif, que l'affaire soit renvoyée au juge cantonal et que celui-ci fixe la rente simple de vieillesse en se fondant sur un autre revenu annuel moyen conformément aux instructions du TFA. Selon les dispositions transitoires de la loi fédérale du 30 juin 1972 modifiant la LAVS, on devrait selon elle considérer comme déterminants, pour le calcul de sa rente, les nouveaux alinéas 3 et 4 de l'article 30 LAVS, entrés en vigueur le 1^{er} janvier 1973. Le revenu annuel moyen devrait donc être revalorisé par le facteur 2,1. A supposer qu'on doive appliquer ici l'ancien mode de calcul, on aurait manifestement affaire à un cas pénible qui exigerait une correction appropriée, et celle-ci ne serait réalisable qu'en appliquant par analogie l'article 31, 3^e alinéa, et l'article 32 LAVS. Il serait, en effet, choquant et injuste qu'une femme divorcée, qui a travaillé pendant des dizaines d'années dans une affaire et a produit elle-même la majeure partie du revenu encaissé par le couple, ne puisse profiter de cette situation lors de la fixation de sa rente. On ne peut partager l'opinion émise par l'autorité de première instance, selon laquelle la recourante aurait déjà été dédommagée, lors du divorce, quant au faible montant de sa rente, par le jeu de l'article 151 CCS.

La caisse de compensation et l'OFAS concluent au rejet de ce recours.

Le TFA a rejeté le recours pour les motifs suivants:

1. L'objet de la présente procédure est la fixation de la rente telle qu'elle a été décidée le 20 octobre 1972, avec effet au 1^{er} mai 1972. C'est elle aussi qui a fait l'objet du jugement cantonal. Dans la mesure où la recourante demande le réexamen de l'augmentation de rente survenue le 1^{er} janvier 1973 grâce à la huitième révision de l'AVS, on ne peut statuer sur son recours.

2. La recourante voudrait que l'on ne considère pas uniquement, en calculant sa rente de vieillesse, le revenu du travail sur lequel elle a elle-même payé des cotisations. Il faudrait bien plutôt, selon elle, que l'on tienne compte judicieusement du revenu qui a été obtenu grâce à sa collaboration dans le commerce de l'époux présentement divorcé.

a. Jusqu'à la huitième révision de l'AVS, il manquait une disposition légale spéciale concernant le calcul de la rente ordinaire de vieillesse revenant à la femme divorcée. Aussi le TFA a-t-il statué que cette prestation devait être fixée d'après la norme fondamentale de l'article 31, 1^{er} alinéa, LAVS. Selon cette disposition, on considère en principe comme déterminant, pour le calcul de la rente simple de vieillesse, le revenu annuel moyen — établi d'après l'article 30 — de l'assuré lui-même (ATFA 1953, p. 223). Dans l'arrêt en question, le TFA a motivé objectivement le mode de calcul différent de la rente de vieillesse revenant à une veuve et de celle qui revient à une femme divorcée en relevant que cette dernière — contrairement à la veuve — paie des cotisations même lorsqu'elle n'exerce pas d'activité lucrative, si bien qu'elle est généralement en mesure de fonder ses prétentions sur un bon nombre d'années de cotisations au moment où elle atteint « l'âge AVS ». On assure de cette manière une compensation équitable, compte tenu des années pendant lesquelles la personne en cause a été dispensée de cotiser conformément à l'article 3, 2^e alinéa, lettre b, LAVS. En outre, il fut statué que la rente de vieillesse de la femme divorcée ne devait en aucun cas être inférieure à la rente de veuve que l'assurée aurait, éventuellement, touchée précédemment. Le TFA s'en est tenu à cette jurisprudence lorsqu'il a rendu plus tard un autre arrêt (ATFA 1955, p. 275).

b. En 1969, le TFA a réexaminé cette pratique en tenant compte particulièrement des modifications légales survenues depuis 1955 et, surtout, à la date du 1^{er} janvier 1969; il l'a confirmée à nouveau. Il l'a fait selon les considérants suivants (RCC 1969, p. 555):

Dans sa teneur valable depuis le début de l'année 1969, l'article 33, 3^e alinéa, LAVS permet de constater que le statut de la femme divorcée n'a pas été modifié en ce qui concerne le calcul de la rente de vieillesse; il n'a pas été adapté, notamment, à celui de la veuve. Si, d'une manière générale, le législateur avait voulu placer la femme divorcée sur le même plan que la veuve, il aurait eu la possibilité, en mentionnant expressément la femme divorcée dans la nouvelle teneur de l'article 33, 3^e alinéa, LAVS, de créer une nouvelle situation juridique. Le législateur ayant renoncé à un tel complément, il faut admettre qu'il a maintenu à dessein les règles en vigueur. De même, dans le remplacement de l'article 39, 2^e alinéa, par l'article 29 bis, 2^e alinéa, LAVS, en 1960, on ne saurait voir une modification de principe de l'ancien système, étant donné que la nouvelle disposition ne s'écarte matériellement pas de la précédente; il y est uniquement fait mention, à côté de la femme divorcée, de la femme mariée qui touche une rente simple de vieillesse.

En outre, il ressort de l'article 33, 3^e alinéa, LAVS et de l'article 55, 2^e alinéa, RAVS que seule la veuve peut calculer sa rente de vieillesse sur la base des cotisations de son mari ou sur celle de ses propres cotisations, en choisissant le mode de calcul

qui permet l'octroi de la rente la plus élevée. Ce calcul comparatif repose sur une règle spéciale que le législateur a réservée expressément à la veuve et qui ne peut donc pas être appliquée par extension à la femme divorcée. Pour cette dernière, seul le calcul sur la base des propres cotisations peut entrer en ligne de compte, les années de mariage sans paiement de cotisations (art. 3, 2^e al., lettre b, LAVS) étant toutefois comptées comme années de cotisations (art. 29 bis, 2^e al., LAVS). Cette disposition ne serait pas nécessaire si la rente de vieillesse de la femme divorcée se calculait sur la base des cotisations du mari, ou si le calcul comparatif prévu pour la veuve pouvait également être appliqué à la femme divorcée. On peut cependant obtenir une certaine compensation équitable au profit de la femme divorcée en appliquant le principe selon lequel la rente de vieillesse de la femme divorcée qui, après le décès de son ex-mari, avait droit à une rente de veuve, ne doit pas être inférieure à la rente de veuve, même si les cotisations versées par l'assurée ne lui eussent donné droit qu'à une rente de vieillesse d'un montant inférieur (ATFA 1953, p. 224, cons. 2; 1955, p. 275).

c. Lors de la huitième révision de l'AVS, le Conseil fédéral jugea bon de reconsidérer le statut de la femme divorcée en ce qui concerne le calcul de la rente de vieillesse. Il a admis que les règles exposées ci-dessus et valables jusqu'alors n'assuraient pas une protection suffisante contre les effets de la vieillesse, notamment dans le cas des femmes divorcées dont le propre revenu formateur de rente a été modeste, et cela surtout lorsqu'elles ont divorcé à un âge avancé et n'ont pu par conséquent, après le divorce, entreprendre une activité lucrative, ou n'y sont parvenues qu'avec peine. Le Conseil fédéral a proposé aux Chambres d'améliorer le statut de ces assurées en modifiant la loi de telle manière que désormais, leur rente de vieillesse soit fixée, après le décès de l'ex-mari, d'après les règles valables pour les rentes de veuves, c'est-à-dire en se fondant sur le revenu annuel moyen du mari, si ce mode de calcul conduit à l'octroi d'une rente plus élevée. Toutefois, le Conseil fédéral n'a pas jugé opportun d'étendre le bénéfice de ces règles à l'ensemble des rentes de vieillesse revenant aux femmes divorcées. Voici les motifs qu'il a donnés à ce sujet dans son message (FF 1971 II, p. 1097):

« Mais la femme divorcée aurait ainsi bénéficié d'une meilleure situation que la femme mariée qui peut prétendre une rente de vieillesse avant que le mari ait atteint la limite d'âge ouvrant droit à une rente de vieillesse pour couple et dont la rente n'est calculée que d'après son propre revenu. Il y aurait eu aussi discordance avec le droit civil, d'après lequel, en cas de divorce, l'épouse a droit aux prestations prévues par les articles 151 et 152 CCS. La femme peut, de cette manière, avoir une part indirecte à la rente du mari. Une situation pénible, que la sécurité sociale doit éliminer, ne surgit que si l'ex-mari décède et que les prestations d'entretien tombent. »

Par la suite, les Chambres ont approuvé, conformément à la proposition du Conseil fédéral, une modification dans ce sens de l'article 31 LAVS (soit l'adjonction des alinéas 3 et 4), sans toucher au principe selon lequel la femme divorcée ne peut être assimilée à la veuve, pour le calcul de la rente simple de vieillesse, qu'après le décès de l'ex-mari. Le législateur était donc bien au fait, lors de la huitième révision, des problèmes que posait le statut de la femme divorcée. Du moment qu'il a été décidé d'assimiler celle-ci à la veuve seulement pour la période qui suit le décès de l'ex-mari, le juge n'a aucune raison de changer la pratique suivie jusqu'à présent sur ce point-là, autant qu'elle n'est pas dépassée par la mise en vigueur des alinéas 3 et 4 de l'article 31 LAVS.

3. La recourante a travaillé, pendant des dizaines d'années, dans l'entreprise de son mari sans toucher un salaire en espèces sur lequel elle aurait dû payer des cotisations. Même s'il fallait admettre que les bénéfices obtenus par cette entreprise étaient

dus, en bonne partie, à la collaboration de l'assurée, ils ne peuvent cependant être considérés comme un revenu que celle-ci aurait touché personnellement pour son activité lucrative. C'est donc à bon droit que la caisse de compensation a fondé le calcul de la rente exclusivement sur les cotisations de la recourante. Le recours de droit administratif n'est dès lors pas fondé.

Assurance-invalidité

CONDITIONS D'ASSURANCE DONNANT DROIT AUX PRESTATIONS

Arrêt du TFA, du 3 décembre 1973, en la cause P. A. (traduction de l'allemand).

Article 8, lettre a, de la Convention de sécurité sociale entre la Suisse et l'Italie; article 9 du protocole final du 14 décembre 1962. Un ressortissant italien qui exerce une activité lucrative en Suisse en vertu d'une autorisation saisonnière peut déjà se constituer un domicile civil en Suisse s'il remplit les conditions formelles pour la modification de l'autorisation (séjour en vue d'exercer une activité lucrative de 45 mois en 5 ans) et s'il ressort clairement de circonstances objectives qu'il a l'intention de s'y fixer durablement.

Articolo 8, lettera a, della convenzione tra la Svizzera e l'Italia sulla sicurezza sociale, e il N° 9 del protocollo finale del 14 dicembre 1962. Un cittadino italiano, che esercita un'attività lucrativa in Svizzera in virtù del permesso stagionale, può già costituire un domicilio civile in Svizzera, se sono adempite le condizioni formali per la modificazione del permesso (soggiorno per esercitare un'attività lucrativa durante 45 mesi in 5 anni) e se risulta chiaramente, da circostanze oggettivamente riconoscibili, che egli ha l'intenzione di stabilirvisi durevolmente.

Le 5 octobre 1971, un ressortissant italien, M. A., annonça à l'AI son fils P. A., né en Suisse le 1^{er} juillet 1969, et demanda en sa faveur des mesures médicales et des moyens auxiliaires. L'enfant souffrait des séquelles d'une toxicose des nourrissons survenue en décembre 1969.

Par décision du 30 novembre 1971, la caisse de compensation rejeta cette demande parce que, à défaut d'un domicile civil en Suisse, les conditions d'assurance prévues par l'article 8, lettre a, de la convention italo-suisse de sécurité sociale n'étaient pas remplies.

M. A. recourut contre cette décision en alléguant qu'il possédait, depuis le 15 juin 1971, une autorisation valable toute l'année.

L'autorité de première instance fit procéder à un complément d'enquête pour déterminer la date exacte de la survenance de l'invalidité. Il fut constaté que l'enfant était tombé malade le 8 décembre 1969 et avait dû être admis d'urgence à l'hôpital

de X le 12 décembre. Par jugement du 27 septembre 1972, le tribunal cantonal des assurances rejeta le recours. Certes, on peut admettre exceptionnellement, même dans le cas d'un saisonnier, l'existence d'un domicile là où il y a lieu de s'attendre à l'octroi prochain d'une autorisation pour toute l'année. Toutefois, lors de la survenance de l'événement assuré, M. A. aurait, en déposant sa demande à temps, dû attendre encore 14 mois environ jusqu'à l'obtention de ladite autorisation. Un tel laps de temps ne pouvait être qualifié de « relativement court » au sens de la jurisprudence.

Le père de l'enfant a interjeté recours de droit administratif. Il allègue qu'il travaille comme saisonnier en Suisse non pas seulement depuis 1966, contrairement à ce que croit l'autorité de première instance, mais déjà depuis 1957 — avec des interruptions toutefois en 1962 et 1964. En 1969, puis en 1970, il a demandé une autorisation pour toute l'année, mais sans succès.

Les pièces jointes au mémoire de recours indiquent qu'une première demande, datée du 20 novembre 1969, avait été rejetée parce que l'employeur ne disposait, vu les prescriptions restrictives applicables alors, d'aucune place libre dans son contingent d'ouvriers étrangers. Quant à la seconde demande, celle du 3 novembre 1970, elle échoua pour des raisons analogues.

Le TFA a admis le recours pour les motifs suivants:

1. Le point litigieux est de savoir si P. A. a droit à des mesures de réadaptation de l'AI suisse. On se fondera, pour répondre, sur la convention italo-suisse de sécurité sociale du 14 décembre 1962, valable depuis le 1^{er} septembre 1964. Selon l'article 8, lettre a, de ce document, les enfants italiens mineurs ont droit aux mesures de réadaptation aussi longtemps qu'ils ont leur domicile en Suisse et s'ils ont résidé dans ce pays de manière ininterrompue pendant une année au moins immédiatement avant la survenance de l'invalidité, ou s'ils y sont nés invalides, ou encore s'ils ont résidé en Suisse de manière ininterrompue depuis leur naissance. Dans tous les cas, il faut que le mineur ait son domicile en Suisse (ATFA 1969, pp. 47 ss = RCC 1969, p. 470). Selon le N° 9 du protocole final de ladite convention, l'expression de « avoir son domicile » doit être comprise dans le sens donné par le CCS, d'après lequel le domicile se trouve, en principe, à l'endroit où une personne réside avec l'intention de s'y établir durablement (art. 23, 1^{er} al., CCS).

Les conditions d'assurance donnant droit aux prestations doivent être remplies lors de la survenance de l'invalidité, c'est-à-dire au moment où l'atteinte à la santé devient, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4, 2^e al., LAI). Le moment déterminant est celui où l'assuré, ou son représentant, a connaissance pour la première fois — en faisant preuve de tout le soin nécessaire — du fait que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Dans les cas de réadaptation médicale, ce moment est celui où des mesures médicales sont indiquées pour la première fois (ATFA 1969, pp. 223 ss = RCC 1970, p. 220).

2. Les salariés étrangers qui travaillent en Suisse avec une autorisation saisonnière ne peuvent, en règle générale, se constituer un domicile de droit civil. L'intention de s'établir durablement en Suisse ne peut être prise en considération tant que le droit public empêche, à long terme, la réalisation de ce projet (ATFA 1966, p. 60; RCC 1966, p. 301, et 1968, p. 209). Toutefois, selon la jurisprudence, on peut exceptionnellement, dans le cas d'un saisonnier, admettre l'existence d'un domicile si l'intéressé séjourne en Suisse avec l'intention d'y rester définitivement et si, au moment de la survenance de l'événement assuré, les conditions permettant de transformer une auto-

risation saisonnière en un permis de séjour pour toute l'année sont remplies (cf. art. 12, chiffre 1, de la convention italo-suisse concernant l'émigration de main-d'œuvre italienne en Suisse, du 10 août 1964), ou si elles sont en train de se réaliser. Dans ce dernier cas, il faut que l'on puisse s'attendre, dans un délai relativement court, à l'obtention d'un permis de séjour annuel. Le TFA a reconnu que ce délai était encore relativement court lorsqu'il ne dépassait pas 5 ou 8 mois (RCC 1969, p. 471; ATFA 1966, pp. 58 ss = RCC 1966, pp. 301/302); en revanche, il a considéré comme trop long un temps d'attente de 32 mois, étant donné que l'on ne peut prévoir avec une certitude suffisante, à si long terme, si ladite autorisation sera réellement accordée (RCC 1968, p. 211, cons. 3).

3. Comme l'autorité de première instance l'expose pertinemment, l'événement assuré s'est produit au plus tard le 12 décembre 1969, lorsque P. A. dut être hospitalisé d'urgence pour cause de collapsus de la circulation à l'état comateux. Il faut donc examiner d'abord si l'enfant avait, à cette date, son domicile de droit civil en Suisse. Ce qui est déterminant à cet égard, c'est de savoir si le père avait alors son domicile en Suisse (art. 25, 1^{er} al., CCS).

a. L'administration et l'autorité de première instance ont admis que le père, M. A., avait immigré en Suisse pour la première fois en février 1966 et que, par conséquent, il pouvait s'attendre au plus tôt en février 1971 à l'obtention d'un permis annuel.

Or, il est allégué maintenant dans le recours de droit administratif que le recourant est venu s'établir en Suisse dès 1957 et y a travaillé — à part deux interruptions en 1962 et 1964 — jusqu'à présent au service du même employeur. Les pièces annexées au mémoire de recours indiquent qu'avant 1971, déjà, une autorisation annuelle avait été demandée, M. A. ayant rempli les conditions requises selon l'article 12, chiffre 1, de ladite convention sur l'émigration de main-d'œuvre italienne. Une première demande, présentée le 20 novembre 1969, fut rejetée par l'Office cantonal du travail à cause des prescriptions alors valables sur le contingentement. Une deuxième demande, de novembre 1970, fut rejetée par la police cantonale des étrangers, également pour des raisons de contingentement. Enfin, une troisième demande (15 juin 1971) de M. A. fut agréée, et celui-ci obtint alors le permis annuel.

Objectivement, les conditions requises pour modifier le statut de M. A. étaient déjà réalisées lors de la survenance de l'événement assuré. En effet, à cette date, M. A. avait séjourné en Suisse plus de 45 mois au cours des cinq années précédentes pour y exercer une activité lucrative. Il avait, en outre, présenté une demande visant à modifier son permis de séjour. Le fait qu'il n'a pas obtenu l'autorisation annuelle déjà en 1969 ou 1970 est dû à des circonstances étrangères à sa personne. Depuis que le nombre des changements de statut est soumis à un contingentement cantonal, notamment, on ne peut prévoir avec une probabilité suffisante quand, dans un cas particulier, le saisonnier obtiendra effectivement son permis annuel. On doit donc se demander dans quelle mesure il faut s'en tenir à la pratique suivie jusqu'à présent, et confirmée dans l'arrêt M. D. (ATFA 1966, pp. 60 ss = RCC 1966, p. 300), selon laquelle l'existence d'un domicile est admise, exceptionnellement, lorsque le saisonnier peut compter qu'il obtiendra, dans un délai relativement court, le permis de séjour pour toute l'année.

Le tribunal est d'avis qu'il faut renoncer à restreindre la pratique suivie jusqu'ici. En adoptant une règle selon laquelle il faudrait considérer désormais uniquement le fait que l'intéressé possède ou non, effectivement, une autorisation annuelle, on empêcherait de tenir compte de la situation spéciale des saisonniers. Il convient donc, bien plutôt, de prendre en considération les faits réels en admettant — dans les cas analogues à celui-ci — l'existence d'un domicile civil en Suisse lorsque les condi-

tions formelles d'un changement du genre d'autorisation (séjour de 45 mois à des fins lucratives pendant une période de cinq ans) sont remplies et que l'intention de s'établir définitivement dans le pays ressort clairement de circonstances objectivement reconnaissables.

b. Le recourant travaille en Suisse depuis bien des années. Il y dispose d'un appartement loué, dans lequel il vit avec son épouse et son enfant. Celle-ci habite en Suisse, elle aussi, depuis assez longtemps, et c'est dans ce pays qu'elle a mis au monde son enfant P. A. Même si les deux autres enfants résidaient en Italie, ce que le dossier ne précise pas, il est certain que le recourant avait en Suisse, depuis des années — notamment au moment où survint l'événement assuré — le centre de ses intérêts vitaux. On peut aussi admettre que la famille résidait en Suisse avec l'intention de s'y fixer durablement. Cette présomption n'est pas infirmée par le fait que le recourant lui-même, en remplissant le questionnaire de la commission AI le 5 octobre 1971, a qualifié cette intention de « provisoire ». Un séjour temporaire n'exclut pas la constitution d'un domicile si l'intéressé a l'intention de faire de ce lieu de séjour, ne serait-ce que pour une durée restreinte, le centre de ses intérêts vitaux (ATF 69 I 12 et 79; 69 II 281). Cette intention doit cependant se dégager clairement des circonstances objectives (ATF 97 II 1 ss). D'après ce qui vient d'être dit, on peut admettre que tel est le cas en l'espèce. Les conditions permettant d'admettre l'existence d'un domicile civil du recourant au moment où s'est produit l'événement assuré sont donc remplies. Etant donné que l'enfant a séjourné en Suisse sans interruption depuis sa naissance jusqu'à cet événement, il remplit aussi l'autre condition d'assurance — liée directement à sa personne — et a dès lors droit en principe aux mesures de réadaptation de l'AI. Il incombera à la commission AI d'examiner quant au fond la demande de prestations.

RÉADAPTATION

Arrêt du TFA, du 12 novembre 1973, en la cause A. T.

Article 51, 1^{er} alinéa, LAI. Les proches qui rendent visite à un assuré à l'hôpital n'ont droit au remboursement des frais que dans le cadre des directives de l'OFAS.

Article 13, 1^{er} alinéa, LAI. Les visites que rend une mère à son enfant à l'hôpital pour maintenir un contact avec lui ne constituent pas une mesure médicale au sens de l'article 13, 1^{er} alinéa, LAI, même si elles contribuent à l'efficacité du traitement.

Articolo 51, capoverso 1, della LAI. I parenti, che fanno visita ad un assicurato in ospedale, hanno diritto al rimborso delle spese soltanto nell'ambito delle direttive dell'UFAS.

Articolo 13, capoverso 1, della LAI. Le visite, che una madre fa a un suo figlio ricoverato in ospedale per mantenere il contatto con lui, non possono essere reputate come provvedimenti sanitari, secondo l'articolo 13 capoverso 1, della LAI, anche se esse contribuiscono efficacemente alla cura.

L'assuré, né le 18 mars 1971, souffre de diverses infirmités congénitales (troubles et lésions respiratoires, encéphalopathie périnatale, retard psychomoteur, épilepsie d'ori-

gine obstétricale probable). L'AI a assumé les mesures médicales exigées par les infirmités constatées, y compris des séjours hospitaliers.

C'est ainsi que l'enfant a séjourné du 4 au 25 octobre 1971 au service de pédiatrie d'un hôpital. A la demande des médecins, la mère s'est rendue quotidiennement auprès de son fils. Par décision du 4 février 1972, la caisse de compensation a pris en charge l'hospitalisation et le traitement, mais a observé ce qui suit: « En ce qui concerne les déplacements de la mère pour se rendre auprès de son enfant, ils ne sont pas prévus par l'AI et ne peuvent être que refusés, ceci malgré la nécessité de cette mesure. »

Le père de l'enfant a recouru, s'étonnant que l'AI refuse de payer les frais de visites ordonnées par le médecin.

L'autorité cantonale de recours a requis un rapport du professeur X, du service de pédiatrie de l'hôpital; ce spécialiste a insisté sur l'importance des visites journalières pour, d'une part, créer les liens indispensables entre la mère et l'enfant et, d'autre part, initier la mère à des techniques de soins particuliers. Sur la base de ce rapport, l'autorité de recours a considéré que les visites étaient une thérapeutique faisant partie de l'ensemble du plan de traitement. Aussi a-t-elle admis le recours et prononcé que l'AI devait payer les frais de déplacement de la mère pour se rendre quotidiennement auprès de son fils durant toute l'hospitalisation du 4 au 25 octobre 1971 (jugement du 9 octobre 1972).

Le père de l'enfant attaque ce jugement par la voie d'un recours de droit administratif au TFA. Il demande le remboursement des frais de déplacements non seulement pour la période du 4 au 25 octobre 1971, mais aussi pour celle du 14 janvier au 10 avril 1972. Il fait valoir que la mère est allée visiter l'enfant chaque jour durant cette nouvelle période d'hospitalisation aussi et que le soutien psychologique demeure indispensable au cours de la première année de vie au moins.

La caisse de compensation fait sien l'avis de la commission AI qui propose d'admettre le recours — même pour des périodes ultérieures — dans la mesure où le recourant apporte la preuve des déplacements. L'OFAS propose au contraire de réformer le jugement cantonal au détriment du recourant et de rétablir la décision administrative. Bien que reconnaissant l'importance des visites de la mère pour la santé de l'enfant, comme aussi l'utilité d'enseigner à la mère les techniques lui permettant de soigner ensuite l'enfant à domicile, il estime que les frais de déplacements ne peuvent être assumés dans le cadre ni de l'article 13, ni de l'article 51 LAI.

Dans une lettre du 14 mai 1973 adressée au TFA, le professeur X précise que c'est pour améliorer le développement psycho-moteur de l'enfant qu'il a demandé à la mère de celui-ci de lui rendre visite tous les jours et de s'initier aux mesures physiothérapeutiques nécessaires. Il insiste sur le fait que le recours a pour objet une question de principe.

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

1. Seul est litigieux le point de savoir si les frais de déplacement de la mère pour rendre visite à son fils en traitement hospitalier incombent ou non à l'AI.

a) L'article 51, 1^{er} alinéa, LAI dispose que les frais de voyage en Suisse, nécessaires à l'examen du bien-fondé de la demande et à l'exécution des mesures de réadaptation, sont remboursés à l'assuré. Selon l'article 90, 3^e alinéa, RAI, l'assurance rembourse, outre les frais de transport, le viatique et les frais accessoires indispensables, notamment les frais de transport et le viatique pour la personne qui doit nécessairement accompagner un invalide. La loi ne prévoit en revanche pas, du moins explicitement, le remboursement des frais de déplacement des proches auprès de

l'assuré pour lui rendre visite. La pratique administrative est toutefois plus large. Considérant que l'assuré placé hors de chez lui pour l'exécution de mesures de réadaptation a le droit de maintenir des contacts familiaux, elle assume les frais de visites hebdomadaires à sa famille; et si l'assuré ne peut lui-même se déplacer, elle admet alors que les proches effectuent le déplacement nécessaire et se rendent — aux frais de l'AI auprès de l'assuré une fois par mois, voire deux fois par mois selon les nouvelles directives de l'OFAS (Circulaire concernant le remboursement des frais de voyage, valable dès le 1^{er} janvier 1973, N^{os} 12 et 13).

Cette pratique se fonde certes sur une interprétation extensive de l'article 51, 1^{er} alinéa, LAI. La jurisprudence a en effet constaté que cette disposition prévoyait le seul remboursement à l'assuré des frais de voyage nécessaires à l'exécution de mesures de réadaptation (cf. par exemple ATFA 1963, p. 210 = RCC 1964, p. 123). Toutefois, la pratique administrative répond à un besoin à la fois raisonnable et légitime, d'autant plus que la science médicale a confirmé l'utilité sinon la nécessité de contacts suivis entre le patient et des membres de sa famille, surtout dans le cas de jeunes enfants. Le juge n'a donc aucun motif de la rejeter. Cependant, il ne lui appartient pas de sa propre autorité de l'étendre davantage, à l'encontre du texte de l'article 51, 1^{er} alinéa, LAI et du but clairement défini des prestations qu'il prévoit.

b) Aussi bien le recourant et le juge cantonal ne s'appuient-ils pas sur cette disposition, mais sur l'article 13, 1^{er} alinéa, LAI. Cet article dispose que les assurés mineurs ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales. La liste des infirmités réputées congénitales est contenue à l'article 2 de l'POIC du 20 octobre 1971.

La présence de la mère d'A. T. auprès de son enfant a été jugée par les médecins traitants, et en particulier par le professeur X, utile sinon nécessaire au succès du traitement entrepris. Il y a lieu cependant d'examiner si et dans quelle mesure la présence de la mère ou, par voie de conséquence, d'un autre membre de la famille peut être considérée comme une mesure médicale au sens de la disposition susmentionnée. Est donc en cause le problème général de la notion de traitement médical.

Nul ne conteste que le contact entre la mère et l'enfant, surtout au cours des premières années de la vie de ce dernier, revête en soi une importance considérable si ce n'est déterminante. En l'occurrence, le Dr B., médecin, a relevé dans une lettre du 5 février 1973 que l'enfant A. T. se trouverait encore à l'hôpital si la mère ne lui avait pas fait des visites régulières « qui ont permis une participation active de cette dernière aux soins de l'enfant et ont permis l'établissement d'une relation non anxiogène ».

Toutefois, en l'état actuel de la législation, la présence de la mère auprès de son enfant, quelque souhaitable qu'elle apparaisse en l'espèce, ne saurait être qualifiée de mesure médicale au sens de l'article 13, 1^{er} alinéa, LAI. Si l'on admettait le point de vue contraire, on tendrait alors de manière excessive le champ d'application de la disposition en cause, en donnant à la notion de mesure médicale un sens que ni le langage courant, ni le texte légal ne lui attribuent. Il faut en conclure que les frais de déplacement de la mère ou d'un membre quelconque de la famille pour rendre visite régulièrement à l'assuré hospitalisé ne peuvent incomber à l'AI en vertu de l'article 13, 1^{er} alinéa, LAI.

c) Si la présence de la mère auprès de l'enfant ne peut ainsi être qualifiée de mesure médicale, il faut examiner encore ce qu'il en est des soins que la mère elle-même donne à l'enfant sur prescriptions des médecins. Il est indéniable que ces

soins présentent le caractère d'un traitement. L'AI n'assume cependant pas tout traitement, mais seulement celui qui est « entrepris dans un établissement hospitalier ou à domicile par le médecin ou, sur ses prescriptions, par le personnel paramédical » (art. 14, 1^{er} al., lettre a, LAI). Il s'agit donc de savoir si la mère de l'assuré peut être considérée comme membre du personnel paramédical.

Dans un arrêt A. W., non publié, du 24 août 1965, le TFA s'est demandé si la notion de personnel paramédical au sens de l'article 14, 1^{er} alinéa précité, doit être prise au sens que lui confère le droit public; il a laissé la question indécise. La pratique administrative a délimité le cercle des personnes appartenant au personnel paramédical (cf. Circulaire de l'OFAS concernant les mesures médicales de réadaptation, valable dès le 1^{er} janvier 1972, ch. marginal 215). Selon cette pratique, les membres du personnel paramédical (tels que masseurs, moniteurs de gymnastique médicale, physiothérapeutes, chiropraticiens, orthophonistes et psychothérapeutes) qui exercent leur profession conformément aux prescriptions cantonales sont également autorisés, toutefois uniquement sur l'ordre d'un médecin, à appliquer des mesures médicales. Si le traitement est confié à un auxiliaire paramédical établi à son propre compte, un ordre écrit du médecin qui surveille l'application de la mesure en cause est nécessaire. Dans l'hypothèse où les soins sont donnés par du personnel paramédical qui n'est pas établi à son propre compte, le médecin qui ordonne la mesure est responsable de l'exécution correcte de cette dernière.

La mère a profité du séjour de son fils à l'hôpital au mois d'octobre en 1971 pour apprendre, sur prescription médicale, l'application d'un traitement de physiothérapie, afin d'être à même de le poursuivre une fois que l'enfant serait rentré à la maison. En outre, à l'occasion du séjour suivant de l'enfant à l'hôpital, soit de janvier à avril 1972, elle a été initiée par le personnel compétent à la technique de nettoyage de la canule de trachéotomie. Pourtant, ces circonstances ne permettent pas de considérer la mère comme appartenant au personnel paramédical au sens de la jurisprudence. En effet, par « personnel paramédical », il faut entendre l'ensemble des personnes qui, comme les physiothérapeutes, les orthophonistes, les chiropraticiens reconnus, etc., ont reçu une formation professionnelle spéciale adéquate et exercent leur profession selon les prescriptions cantonales en vigueur, qui sont déterminantes en l'espèce. Telle est d'ailleurs, on l'a vu, la pratique administrative. Le juge n'a aucun motif de s'en écarter. Dans ces conditions, la mère d'A. T. ne peut pas être reconnue comme appartenant à cette catégorie, alors même que la formation qu'elle a reçue et les soins qu'elle a donnés à l'occasion de l'hospitalisation de son enfant ont été prescrits et suivis par les médecins traitants.

d. Dans son préavis, l'OFAS se demande encore si l'AI peut être tenue pour responsable de la séparation, voire de la rupture qu'elle crée entre parents et enfants du fait qu'elle prend en charge le traitement hospitalier d'un enfant. La réponse à cette question doit être négative. Certes, en vertu de l'article 11, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré a droit au remboursement des frais de guérison résultant des maladies ou des accidents qui lui sont causés par des mesures de réadaptation. Toutefois, dans l'hypothèse envisagée, non seulement l'hospitalisation est nécessitée par l'affection, mais encore elle ne constitue pas la cause directe de la séparation et de la rupture, qui sont dues à la distance entre le domicile des parents et le lieu d'hospitalisation. Or, cette distance n'est point le fait des organes de l'AI.

2. Dans les cas où, comme dans la présente espèce, les visites de la mère ont une influence déterminante sur le succès de la réadaptation, le système des prestations de l'AI présente sans doute une lacune, comme le remarque avec raison l'OFAS dans sa réponse au recours. A cet égard, il y a lieu de relever que l'OFAS a longuement

étudié le problème; preuve en soient les documents qu'il a produits. La lacune qu'il signale n'est toutefois pas de celles qu'il appartienne au juge des assurances de combler; une revision de la LAI pourrait seule y pourvoir.

Ainsi, non seulement le recours de droit administratif doit être rejeté, mais il faut encore annuler le jugement attaqué, ce qui a pour effet de rétablir, au détriment du recourant, la décision administrative litigieuse rendue par la caisse intimée le 4 février 1972.

RENTES ET INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Arrêt du TFA, du 28 mai 1973, en la cause W. H. (traduction de l'allemand).

Article 22, 1^{er} alinéa, LAI. Pour donner droit à une indemnité journalière pendant la période de réadaptation, l'incapacité de travail d'au moins 50 pour cent ne doit pas être nécessairement consécutive à la réadaptation, mais elle doit résulter de l'atteinte à la santé.

Article 18, 1^{er} alinéa, RAI. On ne peut pas considérer qu'une mesure de réadaptation est « ordonnée » par le simple mandat d'examiner toutes les possibilités de réadaptation. (Considérant 3.)

Articolo 22, capoverso 1, della LAI. Per aver diritto a un'indennità giornaliera durante l'integrazione, l'incapacità lavorativa di almeno il 50 per cento, non deve necessariamente essere una conseguenza dell'integrazione, ma deve, invece, essere causata dal danno alla salute.

Articolo 18, capoverso 1, dell'OAI. Non si può ritenere « ordinato » un provvedimento d'integrazione, con il semplice mandato di accertamento delle eventuali possibilità d'integrazione. (Considerando 3.)

L'assuré, âgé de 51 ans, a dû abandonner son atelier de peinture en 1969 à cause d'une affection dorsale. L'AI a pris en charge, en 1969 et 1970, les frais de deux opérations d'enraidissement. Le 16 octobre 1969, la caisse de compensation a accordé une indemnité journalière pour la période commençant lors de l'entrée à l'hôpital (10 août 1969) « jusqu'au moment où l'assuré atteindrait une capacité de travail de plus de 50 pour cent ».

Le 11 juin 1971, la caisse accepta de prendre en charge, à titre de mesure de réadaptation professionnelle, les frais d'un essai de travail dans l'entreprise A, pour trois mois depuis le 1^{er} juin 1971. Ce stage ayant été prolongé, l'assuré résilia cependant son contrat de travail, de sa propre initiative, pour le 31 octobre 1971 (rapport de l'office régional AI, 20 juin 1972). De janvier à la mi-février 1972, il travailla au service de la maison B., ce qui lui rapporta environ 2700 francs. Depuis le 15 mars 1972, il travaille chez C. pour un salaire mensuel de 1850 francs.

Depuis son hospitalisation, l'assuré a touché sans interruption une indemnité journalière jusqu'à la fin d'avril 1972.

Par décision du 22 août 1972, la caisse prolongea l'essai de travail chez A., c'est-à-dire la prise en charge des frais de ce stage, « du 1^{er} septembre au 31 octobre 1971 ». Le 24 août 1972, elle accorda à l'assuré une rente AI simple entière dès le 1^{er} novembre 1971, plus une rente complémentaire pour l'épouse. En même temps, elle calcula que la différence entre la créance de rente pour les mois de novembre 1971 à août

1972 et l'indemnité journalière payée de novembre 1971 à avril 1972 était de 3031 francs, montant qu'elle réclama à l'assuré.

Le recours formé contre ces deux décisions a été rejeté par l'autorité de première instance le 22 décembre 1972.

L'assuré a interjeté recours de droit administratif contre ce jugement cantonal. Il demande, en substance, que la caisse renonce à lui réclamer les indemnités journalières payées. Il fonde cette prétention sur le fait que la décision de caisse du 16 octobre 1969 lui a accordé ladite indemnité aussi longtemps qu'il présenterait une incapacité de travail de la moitié. Ladite incapacité avait constamment été attestée depuis lors par le médecin à la demande de la commission AI. En outre, celle-ci avait confié à l'office régional, le 24 février 1972, un nouveau mandat de réadaptation.

La caisse de compensation et l'OFAS concluent au rejet de ce recours.

Le TFA a rejeté le recours pour les motifs suivants:

1. ...

2. Le recours de droit administratif est dirigé principalement contre la restitution des indemnités journalières demandée le 24 août 1972 par la caisse. Le recourant estime, à ce propos, qu'il ne saurait être question ici de prestations touchées à tort, puisqu'on lui avait garanti naguère le versement de ces indemnités jusqu'au moment où il présenterait de nouveau une capacité de travail supérieure à 50 pour cent.

Selon l'article 22, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré a droit à l'indemnité journalière, pendant la durée de sa réadaptation, « si, durant trois jours consécutifs au moins, il est empêché par les mesures de réadaptation d'exercer une activité lucrative ou présente une incapacité de travail d'au moins 50 pour cent ». Cette incapacité ne doit pas, dans le second cas — contrairement à l'avis de l'autorité de première instance — être causée par les mesures de réadaptation, mais elle est une conséquence de l'état de santé (ATFA 1963, p. 285). En outre, on notera que les indemnités journalières constituent une prestation accessoire accompagnant certaines mesures de réadaptation; par conséquent — mis à part les délais d'attente — elles ne peuvent en principe être versées que si de telles mesures sont appliquées, et tant qu'elles le sont. Si, à la fin d'une période de réadaptation, on peut prévoir, dans un proche avenir, la récupération d'une capacité de gain excluant une rente, ou bien une nouvelle période de réadaptation d'une durée importante, et alors seulement, il se justifie de continuer pour le moment le versement de l'indemnité et de renoncer à octroyer une rente. Dans tous les autres cas, le droit à l'indemnité s'éteint lorsque naît le droit à une rente (ATFA 1966, p. 41 = RCC 1966, p. 313).

La commission AI n'a pas tenu compte de ce caractère accessoire de l'indemnité journalière en demandant périodiquement au médecin, lorsque fut achevé l'essai de travail chez A. à la fin d'octobre 1971, des attestations concernant l'incapacité de travail du recourant et en continuant à faire verser des indemnités, sur la foi de ces attestations, sans se demander si des mesures de réadaptation étaient effectivement exécutées.

3. L'essai de travail ordonné par la commission AI dans l'entreprise A. était terminé le 31 octobre 1971. D'autres mesures de réadaptation n'ont pas été appliquées depuis lors.

Ainsi, le droit à l'indemnité journalière n'existait que jusqu'à fin octobre 1971. Toutefois, il faut relever que la commission AI a donné à l'office régional, en date du 24 février 1972, un nouveau mandat d'étudier les possibilités de réadaptation. Le

recourant en fut informé, et d'ailleurs il se réfère à cette démarche dans son recours de droit administratif. Il ne peut néanmoins en faire découler un droit à ladite indemnité. En effet, l'article 18, 1^{er} alinéa, RAI, qui règle ce droit pendant les délais d'attente, prévoit l'octroi de cette prestation à l'assuré qui présente une incapacité de travail de la moitié au moins et attend l'exécution des mesures de réadaptation ordonnées. Cette condition n'est pas remplie en l'espèce, car le mandat d'étudier les possibilités de réadaptation ne signifie pas encore que la mesure de réadaptation elle-même soit *ordonnée* au sens de l'article 18, 1^{er} alinéa, RAI. Enfin, on peut se référer encore à l'article 19 RAI, selon lequel l'assuré n'a, en principe, pas droit à l'indemnité journalière pour la période pendant laquelle il attend qu'on lui procure un travail approprié.

Il s'ensuit que le droit du recourant s'est éteint, à tous égards, le 31 octobre 1971. Les indemnités journalières touchées à tort depuis cette date doivent être remboursées (art. 49 LAI en corrélation avec l'art. 47 LAVS). On peut se demander, il est vrai, si le recourant pourrait faire valoir, en sa faveur, le fait que la décision concernant son statut à partir du 1^{er} novembre 1971 a été rendue seulement le 24 août suivant. Certes, un tel retard est critiquable; toutefois, il ne saurait empêcher le rétablissement de la légalité. Si le recourant, étant de bonne foi, a été placé dans une situation économique difficile à cause de ce retard, il peut demander à la caisse une remise de l'obligation de restituer; c'est d'ailleurs ce qui s'est effectivement produit.

Arrêt du TFA, du 5 octobre 1973, en la cause M. G.

Articles 28, 1^{er} alinéa, et 29, 1^{er} alinéa, LAI. La naissance du droit à la rente dans les cas économiquement pénibles suppose que le taux moyen de l'incapacité de travail pendant la période d'attente de 360 jours selon l'article 29, 1^{er} alinéa, 2^e variante, LAI et le taux de l'invalidité à l'échéance atteignent un tiers au moins.

Articoli 28, capoverso 1, e 29, capoverso 1, della LAI. La nascita del diritto alla rendita nei casi rigorosi presuppone, che il grado medio dell'incapacità di lavoro durante il periodo di attesa di 360 giorni secondo la II variante dell'articolo 29, capoverso 1, della LAI e il grado dell'invalidità alla scadenza di questo periodo raggiungano almeno un terzo.

L'assurée, née en 1945, s'est mariée en mars 1965 et a divorcé en avril 1970. Elle a à sa charge un fils né en 1966. Elle présente les séquelles d'une poliomyélite contractée en 1949. Annoncée à l'AI dès 1960, elle a bénéficié de différentes prestations. Par décision du 22 octobre 1970, demeurée sans recours, la caisse de compensation lui refusa une rente d'invalidité, en considérant que l'affection n'entraînait pas une diminution de la capacité de gain qui répondit aux exigences de l'article 28, 1^{er} et 2^e alinéas, LAI.

Dans un rapport du 21 décembre 1971, le Dr X, médecin, annonça à la commission AI que l'intéressée ne pouvait plus, étant donné son état physique, travailler à 100 pour cent en dehors de chez elle et s'occuper en plus de son ménage et de son fils. « Je pense, précisait-il, qu'il est justifié de considérer cette malade comme définitivement apte à travailler à 50 pour cent. » L'intéressée souffrait de lombalgies chroniques par déséquilibre du bassin, dû à l'inégalité de la longueur des jambes; sa jambe droite, paralysée, était plus courte. Au vrai, selon l'employeur, elle travaillait à 75 pour cent depuis 1970 déjà. La commission AI ouvrit une procédure de revision.

L'entreprise qui employait l'assurée déclara le 1^{er} février 1972 que celle-ci travaillait depuis le 1^{er} avril 1970 en qualité de dactylographe et de téléphoniste, avec un salaire de 800 francs par mois; elle manquait souvent le travail pour raison de santé depuis l'été 1971 et surtout depuis six mois, de sorte qu'il avait fallu renoncer à lui confier des tâches plus importantes et mieux rémunérées, à savoir des travaux de secrétariat; à partir du 1^{er} avril 1972, elle ne travaillerait plus qu'à la demi-journée.

Conformément à un prononcé du 14 mars 1972 de la commission AI, la caisse notifia le 14 avril 1972 à la requérante que cette dernière présentait un cas de longue maladie, que le début de l'incapacité de travail devrait être fixé au 1^{er} avril 1972, que la période d'attente de 360 jours de l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI était loin d'être expirée; qu'en conséquence la demande de rente était prématurée et devait être rejetée; qu'un délai de révision était fixé au 31 mars 1973.

L'assurée recourut par l'intermédiaire d'un avocat. Elle soutint que son état était stabilisé depuis longtemps et conclut, principalement, qu'une demi-rente devait lui être accordée « dès le dépôt de sa demande » ou, subsidiairement, qu'il fallait ordonner une expertise médicale. Elle produisit une lettre du Dr X, où ce praticien déclare: « L'assurée souffre... des séquelles d'une poliomyélite contractée dans l'enfance. La situation actuelle est médicalement un état stable, les paralysies étant établies de façon définitive depuis de longues années; cet état est d'autre part irréversible, étant donné qu'on n'a jamais vu des récupérations tardives de muscles atteints par la poliomyélite. »

La commission AI conclut au rejet du recours. Selon elle, les paralysies que présentait la recourante étaient stabilisées; pourtant, elles ne l'avaient pas empêchée de faire un apprentissage complet, puis de travailler normalement; la réduction de l'horaire de travail de la recourante provenait principalement des douleurs lombaires consécutives au déséquilibre du bassin, qui, elles, n'étaient pas stabilisées, et du désir de l'intéressée de s'occuper de son fils.

Le conseil de la recourante répliqua. A cette occasion, il exposa que la situation financière de sa mandante était précaire: elle encaissait de son ex-mari, non sans difficulté, une pension de 350 francs pour l'enfant et devrait travailler à 100 pour cent pour vivre si sa santé ne l'en empêchait.

L'autorité cantonale de recours rejeta le recours le 6 avril 1973. Selon les premiers juges, les lombalgies qui réduisent la capacité de gain de la recourante sont, ainsi que l'a déclaré le Dr X, des affections chroniques, donc lentement évolutives et non point stabilisées, de sorte que l'octroi d'une rente n'entre en considération qu'après une période d'attente de 360 jours dès le 1^{er} avril 1972.

Le conseil de l'assuré a formé en temps utile un recours de droit administratif contre le jugement cantonal. Il allègue qu'une affection chronique peut être stabilisée et conclut principalement à ce que soit allouée à la recourante une demi-rente « dès le dépôt de sa requête »; subsidiairement, à ce que la cause soit renvoyée à la juridiction cantonale, pour complément d'instruction.

La caisse intimée conclut au rejet du recours.

Dans son préavis, l'OFAS propose de renvoyer la cause à l'administration, afin que celle-ci revoie le cas à la lumière de la 2^e phrase de l'article 28, 1^{er} alinéa, LAI, relative aux cas financièrement pénibles.

Le TFA a rejeté le recours de droit administratif, mais a ordonné une nouvelle instruction administrative du cas. Voici ses motifs:

1. Aux termes de la première phrase de l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré a droit à la rente dès qu'il présente une incapacité permanente de gain de la moitié

au moins 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.

Le but de cette disposition est notamment de déterminer le moment à partir duquel l'AI intervient à la place ou en plus de l'assurance-maladie ou de l'assurance-accident. Ainsi que l'a relevé l'autorité de recours, l'incapacité de gain est réputée permanente lorsque l'affection qui en est cause a pratiquement cessé d'évoluer et que — critère subsidiaire — l'état de l'assuré est irréversible; l'invalidité permanente, au sens de l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI, est un concept juridique, qui ne se confond pas nécessairement avec celui qu'exprime la terminologie médicale.

En l'occurrence, même si la recourante était en bonne santé, elle devrait faire face à des obligations astreignantes: travailler à plein temps pour gagner sa vie, tenir son ménage et élever son fils, qui était âgé de six ans lorsqu'a été prise la décision contestée, en avril 1972. Ce qui l'empêche d'accomplir l'ensemble de ces activités, ce ne sont pas les paralysies et déformations dues à la poliomyélite, qu'elle présente depuis de nombreuses années, mais des lombalgies chroniques résultant du raccourcissement de la jambe droite, qui du fait de l'atteinte poliomyélitique est restée plus courte que la gauche. Ces lombalgies l'ont amenée à travailler à mi-temps dès le 1^{er} avril 1972. Auparavant déjà, elles avaient réduit sa capacité de gain dans une moindre mesure. Il s'agit donc de déterminer si, à l'époque de la décision attaquée, ces affections étaient stabilisées ou au contraire évolutives. Or, comme le relève l'OFAS dans son préavis, l'évolution de l'état de santé de la recourante n'est pas prévisible de façon certaine; les douleurs lombaires peuvent rester stationnaires, s'aggraver ou diminuer et rien ne permet d'affirmer qu'elles n'entraîneront point de transformation notable dans un proche avenir. Il s'agit donc d'une affection évolutive, qui entraîne dès lors l'application de la seconde variante de l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI.

2. Dans l'arrêt E. B. du 20 mars 1970 (ATF 96 V 34 et RCC 1970, p. 402), le TFA a jugé qu'en prescrivant un temps d'attente, en cas de longue maladie, l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI exige simplement, quant au point de départ de cette période, l'existence d'une incapacité de travail, même d'un taux inférieur à 50 pour cent; le taux de 50 pour cent n'est exigé que pour l'incapacité de travail moyenne durant le laps de 360 jours et pour l'incapacité de gain qui subsiste à l'échéance du terme.

Dans le cas particulier, il est clair que la recourante ne peut avoir présenté une incapacité de travail de 50 pour cent en moyenne pendant 360 jours sans interruption notable avant le 27 mars 1973; mais l'article 28, 1^{er} alinéa, LAI s'exprime en ces termes: « L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide pour les deux tiers au moins, et à une demi-rente s'il est invalide pour la moitié au moins. Dans les cas pénibles, cette demi-rente peut être allouée lorsque l'assuré est invalide pour le tiers au moins. »

Le taux déterminant de l'invalidité est ainsi abaissé de 50 à 33 ⅓ pour cent dans les cas financièrement pénibles. L'est-il seulement en ce qui concerne l'incapacité de gain à l'expiration du temps d'attente de 360 jours ou également en ce qui concerne l'incapacité de travail moyenne pendant la période de carence? Dans son préavis, l'OFAS se rallie au second terme de l'alternative; selon l'Office fédéral, dans le cas contraire, on risquerait de frustrer durant de longues années un assuré indigent. Il faut se rallier à cette conception, qui a été celle du TFA dans l'arrêt Y, du 13 mai 1970, non publié.

Or, d'une part, il n'est pas exclu que la situation financière de la recourante doive être qualifiée de pénible. D'autre part, sa capacité de travail était déjà réduite avant le 1^{er} avril 1972, de 25 pour cent si l'on croit une déclaration du 30 septem-

bre 1970 de son employeur. Si cette réduction était imputable à son infirmité, ce qui est vraisemblable, il se peut qu'une incapacité de travail de 33 ⅓ pour cent en moyenne pendant 360 jours se trouve réalisée avant mars 1973, ce qui, dans l'hypothèse d'un cas pénible, porterait à accorder une rente éventuelle avant mars 1973; toutefois, en aucun cas avant le 14 avril 1972, date de la décision attaquée.

Celle-ci doit donc être confirmée, l'administration étant cependant invitée, quant à la naissance après le 14 avril 1972 du droit à une rente, à rechercher également si la recourante se trouve dans un cas pénible, et à appliquer au calcul du temps de carence les règles qui résultent du présent considérant.

Prestations complémentaires

Arrêt du TFA, du 30 janvier 1974, en la cause B. B. (traduction de l'allemand).

Article 3, 1^{er} alinéa, lettre d, LPC. Lorsqu'une personne retraitée est entretenue entièrement par la communauté de bienfaisance dont elle est membre et à laquelle elle a consacré toute son activité, les conditions économiques ouvrant droit à une PC ne sont pas remplies. (Confirmation de la pratique.)

Articolo 3, capoverso 1, lettera d, della LPC. Se una persona pensionata è completamente mantenuta dalla comunità che si occupa di assistenza, di cui era membro e alla quale ha consacrato tutta la sua attività, allora le premesse economiche che danno diritto a una PC non sono adempite. (Conferma della pratica.)

Arrêt du TFA, du 21 décembre 1973, en la cause A. S. (traduction de l'allemand).

Article 3, 4^e alinéa, lettre e, LPC. Le montant total des déductions ne saurait dépasser le revenu annuel déterminant; cela vaut aussi pour les frais de maladie.

Articolo 3, capoverso 4, lettera e, della LPC. L'importo globale delle deduzioni non può superare il reddito annuo computabile; questo vale segnatamente anche per le spese di malattia.

L'assuré, A. S., est interné en permanence dans un hôpital psychiatrique. Il touche une rente AI, une allocation pour impotent et — depuis le 1^{er} janvier 1966 — une PC. Les frais médicaux reconnus sont très élevés; depuis le 1^{er} janvier 1972, ils atteignent 8395 francs par année. C'est pourquoi on lui verse depuis lors — compte

tenu aussi bien de sa rente AI que des frais médicaux déductibles — une PC de 400 francs par mois.

Dans un recours, le père de l'assuré a déclaré que cette PC ne suffisait pas à couvrir les frais occasionnés par l'infirmité de son fils.

L'autorité cantonale de recours a admis le recours par jugement du 16 avril 1973, annulé la décision et renvoyé l'affaire à la caisse de compensation, en priant celle-ci de tenir compte, dans le calcul de la PC, de la différence de revenu négative résultant des frais élevés de maladie. Selon ce tribunal, la loi n'indique ni expressément, ni implicitement, quel montant doit être considéré comme revenu annuel déterminant pour le cas où les dépenses déductibles dépassent les éléments du revenu à prendre en compte. Il s'agit de combler cette lacune de manière que, malgré des frais médicaux élevés, le bénéficiaire dispose des ressources qu'il lui faut pour couvrir ses frais d'entretien ordinaires.

Par la voie du recours de droit administratif, la caisse de compensation a demandé que le jugement cantonal soit annulé.

L'OFAS, quant à lui, propose que ce recours soit admis et le jugement cantonal annulé, l'affaire étant renvoyée à la caisse de compensation pour nouvelle détermination des frais médicaux déductibles depuis le 1^{er} janvier 1972 — en tenant compte des prestations de la caisse-maladie — et pour réclamation des PC qui auraient été payées en trop.

Le TFA a admis ce recours dans le sens des considérants suivants:

1. Ainsi que le TFA l'a déclaré maintes fois en matière de PC, les dispositions de l'article 3, 4^e alinéa, LPC, en particulier, sont impératives; elles lient par conséquent les cantons qui touchent des subventions fédérales pour le versement des PC (ATFA 1968, pp. 66, 128, 136, 139 = RCC 1968, p. 324, 1969, pp. 495, 499, 504; voir aussi RCC 1970, p. 129).

Les déductions et les frais médicaux au sens des prescriptions citées sont donc des notions de droit fédéral, dont le contenu doit être déterminé d'une manière uniforme pour l'ensemble du champ d'application de la LPC.

2. *a.* Aux termes de l'article 5, 1^{er} alinéa, LPC, le montant de la PC annuelle correspond à la différence entre la limite de revenu applicable en vertu de ladite loi et le revenu annuel déterminant. Ce revenu se calcule en déduisant de la somme des recettes au sens de l'article 3, 1^{er} à 3^e alinéas, LPC la somme des dépenses selon le 4^e alinéa de cette disposition. L'autorité de première instance estime que, le texte légal présentant une équivoque et compte tenu du but visé par cette loi, le revenu annuel à déterminer selon l'article 3 LPC peut aussi constituer un montant négatif; en effet, la loi n'indique ni expressément, ni indirectement, que les déductions ne puissent pas dépasser le revenu brut pris en compte.

b. Cependant, la Cour de céans ne peut approuver cette manière de voir si elle se fonde sur l'arrêt T. G. (ATFA 1969, p. 236 = RCC 1970, p. 231) dont elle maintient les conclusions. Il serait contraire, en effet, à l'esprit de la loi que l'on puisse, d'une part, déduire en totalité, conformément à l'argumentation du Tribunal de première instance, non seulement les frais de maladie, mais aussi les frais d'obtention du revenu, les intérêts de dettes et les frais d'entretien de bâtiments (art. 3, 4^e al., lettres *a* à *c*, LPC), mais que, d'autre part, les primes d'assurance prévues sous lettre *d* ne puissent être déduites que jusqu'au montant maximum annuel de 300 ou 500 francs.

c. Certes, il est exact qu'il y a une différence entre les frais médicaux et les intérêts de dettes, par exemple; les premiers sont généralement inévitables. A cet

égard, il est effectivement choquant que le revenu minimum garanti par les PC doive, dans certains cas, être utilisé pour couvrir les frais de maladie et que, le cas échéant, il ne suffise pas à assurer un tel financement. Le système des réserves caduques après cinq ans (art. 5, 3^e al., LAMA) et le fait que les caisses-maladie ne sont pas tenues de prendre en charge toutes les prestations qui, selon l'article 3, 4^e alinéa, lettre e, LPC, en corrélation avec l'OMPC, peuvent être déduites comme frais de maladie ont pour effet que les personnes âgées et les invalides, notamment, ont éventuellement à supporter des frais qui ne sont pas couverts par des assurances. Il serait donc indiqué, semble-t-il, que le législateur règle la possibilité de déduire les frais de maladie de telle sorte que ceux-ci soient remboursés d'avance, quel que soit leur montant. Le juge, toutefois, est lié par les prescriptions en vigueur, selon lesquelles les frais de maladie doivent être traités de la même manière que les autres dépenses énumérées à l'article 3, 4^e alinéa, LPC. Le montant total des déductions selon cette disposition ne doit donc pas dépasser le revenu annuel déterminant.

3. *a.* Selon l'article 27, 1^{er} alinéa, OPC, les PC indûment touchées doivent être restituées par le bénéficiaire ou par ses héritiers. Les prescriptions de la LAVS sont applicables par analogie à la restitution de telles prestations et à la libération de l'obligation de les restituer. Les cantons règlent — sous réserve de l'article 6, 3^e alinéa, LPC — la procédure relative à la fixation, au versement ainsi qu'à la restitution des prestations (art. 4, 2^e al., LPC).

b. Etant donné qu'on ne peut prendre en compte que les frais médicaux effectivement supportés par l'assuré et dûment attestés (ATFA 1967, p. 50 = RCC 1967, p. 169; RCC 1968, p. 446), la caisse de compensation, à qui l'affaire est renvoyée, devra examiner dans quelle mesure les prestations versées par la caisse-maladie depuis le 1^{er} janvier 1972 ont influencé les PC pour l'année 1972 (art. 25, 1^{er} al., lettre d, OPC); le cas échéant, elle exigera la restitution des PC payées en trop.

A l'Office fédéral des
assurances sociales

3003 Berne

Bulletin de commande

Concerne: La 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, état au 1^{er} juillet 1974 (tirage à part de la RCC 1974, N° 7/8).

N° de commande: 318.120.01.

Prix: Fr. 1.50

Veuillez nous envoyer, de ce tirage à part:

_____ exemplaires en français

_____ exemplaires en allemand

Adresse et signature

