

Zeitschrift: Revue syndicale suisse : organe de l'Union syndicale suisse
Herausgeber: Union syndicale suisse
Band: 62 (1970)
Heft: 10

Anhang: Travail et sécurité sociale
Autor: [s.n.]

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 06.01.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Travail et sécurité sociale

20e année
Juillet/Octobre 1970
No 2/3

Chronique de jurisprudence et de législation
Supplément trimestriel de la «Revue syndicale»
Rédaction: Alexandre Berenstein, professeur à la
Faculté de droit, Genève

Sommaire: Le projet de loi sur le contrat de travail (Suite),
par Alexandre Berenstein
Contrat de travail; Assurance-maladie;
Assurance-accidents; Assurance-invalidité;
Assurance-vieillesse et survivants;
Assurance-chômage

Le projet de loi sur le contrat de travail¹

Par Alexandre Berenstein (Suite)

II

Nous avons vu qu'en ce qui concerne la notion même du contrat de travail, il n'y a, en dépit des modifications apportées par le projet de loi à la formulation de la définition et malgré les termes du message du Conseil fédéral, pas de différence essentielle entre la situation juridique actuelle et celle qui résultera de la loi future.

Le projet n'apporte pas non plus de modification essentielle aux règles relatives à la *formation* du contrat. Une disposition nouvelle est cependant ajoutée à celles qui sont inscrites actuellement dans le code. Cette disposition qui, d'ailleurs, correspond à l'opinion dominante dans la doctrine, touche au problème de la *nullité* du contrat. Lorsqu'un contrat de travail est nul au sens de l'article 20 du code des obligations², parce qu'illicite (c'est par exemple le cas d'un contrat conclu avec un travailleur mineur dont, en raison de son âge, l'engagement est interdit par la loi), la question se pose de savoir si cette nullité une fois constatée aura, comme c'est le cas en général, effet rétroactif, le contrat étant réputé inexistant, ou si elle n'aura effet que pour l'avenir, c'est-à-dire dès le moment où elle aura été invoquée. Si c'était la première hypothèse qui était admise, cela devrait signifier que chaque partie devrait restituer à l'autre les prestations qu'elle en a reçues. Or, en matière de contrat de travail,

¹ Voir cette *Revue*, mars 1970, p. 109.

² L'article 20, alinéa 1, du code des obligations est ainsi conçu: « Le contrat est nul s'il a pour objet une chose impossible, illicite ou contraire aux mœurs. »

il est impossible de restituer *in natura* les prestations de travail. D'autre part, la nullité du contrat ne doit pas faire obstacle à ce que puisse être exigée de la part du prétendu employeur l'observation de toutes les obligations qui lui auraient incombé dans un contrat normal. L'employeur ne saurait, en raison de la nullité, se refuser à payer le salaire convenu et dû en raison de l'ouvrage accompli, de même qu'il ne saurait se soustraire à l'observation des mesures de sécurité destinées à écarter le risque d'accident.

Telle est la justification de la disposition qui a été adoptée par le Conseil national comme alinéa 3 de l'article 320:

«Si le travailleur fournit de bonne foi un travail pour l'employeur en vertu d'un contrat qui se révèle plus tard comme étant nul, tous deux doivent remplir les obligations résultant des relations de travail comme en cas de contrat valable, jusqu'à ce que l'un ou l'autre mette fin à celles-ci en raison de l'invalidité du contrat».

Nous avons eu l'occasion, il y a quelques années, d'exposer brièvement aux lecteurs de cette *Revue*³ la théorie moderne de la *relation de travail* telle qu'elle est distinguée du *contrat de travail*. La disposition dont l'insertion est proposée dans le code des obligations constituerait la reconnaissance par le législateur de l'existence d'une telle «relation de travail», alors même qu'il n'existerait pas de «contrat de travail». Il eût été cependant souhaitable que, conformément à l'usage, le législateur employât ce terme au singulier (*la relation de travail*, et non pas *les relations de travail*).

III

Dans les dispositions du projet relatives aux *obligations du travailleur*, l'article 321 *a* reprend, avec quelques adjonctions, les règles actuellement en vigueur. Nous relèverons en passant que l'on a repris aussi les erreurs rédactionnelles qui figurent dans la version actuelle du code. Ne parle-t-on pas de l'hypothèse dans laquelle le travailleur «lèse son devoir de fidélité»? Un devoir peut être violé; on ne voit pas très bien comment il peut être lésé.

Cependant, le texte du projet tel qu'il a été adopté par le Conseil national précise que, si le travailleur est tenu de ne pas utiliser ou révéler des faits destinés à rester confidentiels, tels que les secrets de fabrication et d'affaires dont il a pris connaissance au service de l'employeur, il n'est tenu de garder le secret à leur sujet après la fin du contrat que «pour autant que la sauvegarde des intérêts légitimes de l'employeur l'exige et qu'il ne s'en trouve pas gêné de manière inéquitable dans son avenir économique» (art. 321 *a*, al. 3).

³ Voir *Travail et Sécurité sociale*, avril 1958, p. 9.

Moins heureuses sont les dispositions du projet relatives au *travail supplémentaire* qui peut être exigé du travailleur. Il est en effet prévu que le travailleur peut être tenu d'exécuter des heures de travail supplémentaires lorsque les circonstances l'exigent, alors même que le nombre d'heures de travail demandé par l'employeur dépasse la durée maximum du travail fixée par convention collective (art. 321 c, al. 1). Or le projet omet de tenir compte du fait que la convention collective peut réglementer elle-même les heures supplémentaires, soit quant au nombre d'heures que l'employeur est autorisé à faire effectuer (tout comme ce nombre d'heures supplémentaires est réglementé par la loi, et notamment par la loi fédérale sur le travail), soit quant à la procédure que doit suivre l'employeur pour être autorisé à exiger ces heures supplémentaires. La convention collective remplissant, ainsi que l'a reconnu la jurisprudence, une fonction semblable à celle de la législation protectrice des travailleurs, il apparaît difficilement concevable qu'on lui interdise de réglementer, à l'instar de la loi, le travail supplémentaire. Mais le projet prévoit précisément (art. 361) que l'article 321 c alinéa 1er ne peut être déclaré inapplicable ou modifié au détriment *de l'employeur ou du travailleur* par accord, contrat-type de travail ou *convention collective*. On peut se demander – le message du Conseil fédéral est muet sur ce point – pourquoi le législateur a entendu interdire aux partenaires sociaux de réglementer le problème des heures supplémentaires dans les conventions collectives de travail, comme cela a été fait souvent jusqu'ici.

Enfin, une disposition intéressante du projet, dans le même ordre d'idées, est celle qui se rapporte à la rémunération des heures supplémentaires. D'après l'article 321 c, 3^e alinéa, les heures de travail supplémentaires qui ne sont pas, avec l'accord du travailleur, compensées par un congé doivent être rémunérées si leur indemnisation n'est pas comprise dans le salaire selon accord écrit, contrat-type de travail ou convention collective; cette rémunération doit consister dans le paiement du salaire normal majoré d'un quart au moins. Cette règle elle aussi ne peut être modifiée par accord, contrat-type ou convention collective au détriment de l'une ou de l'autre des parties (art. 361). Cependant, comme il est prévu que le supplément de salaire doit être d'un quart *au moins*, il n'y a pas dérogation inadmissible à cette règle lorsque la convention collective, le contrat individuel ou le contrat-type prévoient une majoration de salaire supérieure au quart. Seule est interdite une majoration *inférieure* à 25%. Il convient cependant de remarquer encore qu'il y a contradiction entre cette disposition du projet et l'article 13 de la loi sur le travail, aux termes duquel le supplément de salaire de 25% n'est dû aux employés de bureau, aux techniciens et aux autres employés, y compris le personnel de vente des grands établissements du commerce de détail, qu'à partir de la 6^{le} heure supplémentaire accom-

plie dans l'année civile. Cette exception ainsi prévue par le droit public ne figure pas – et l'on peut s'en étonner – dans le projet de loi, bien que le Conseil fédéral y fasse allusion dans son message (pages 314 à 315).

Certes, la règle de l'article 13 de la loi sur le travail est une «norme double», c'est-à-dire qu'elle est destinée à sortir des effets aussi en matière de droit civil, et il ne semble pas que le législateur ait eu l'intention de l'abroger (*lex posterior derogat priori*) en adoptant l'article 321 c du projet. Il eût cependant été plus simple, dans ce cas, de réserver dans le code l'article 13 de la loi sur le travail.
(A suivre)

Contrat de travail

Résiliation anticipée (art. 352 CO)

Arrêt du Tribunal fédéral, 1re Cour civile, 14 mars 1967 (Egli c. Ulrich Rohrer-Marti AG):

La durée du délai dans lequel la résiliation pour de justes motifs peut être valablement déclarée dépend des circonstances.

Le demandeur était occupé en qualité de voyageur de commerce auprès de la défenderesse; il réalisait un revenu de 50 000 fr. environ. La défenderesse apprit que c'est sur la base d'affirmations inexactes qu'il avait obtenu un congé, et qu'il avait utilisé celui-ci pour effectuer un voyage afin de conclure une affaire pour son propre compte. Elle le renvoya avec effet immédiat, après lui avoir demandé des explications et après avoir pris des renseignements relatifs à la licéité du renvoi auprès du secrétariat d'une association professionnelle.

Considérant en droit:

Le demandeur prétend que la résiliation anticipée du contrat, signifiée le 29 juin 1959, était tardive et par conséquent dépourvue d'effets juridiques. Il relève que la défenderesse a laissé s'écouler sept jours entre sa demande d'explications, du 22 juin, et le renvoi. Elle ne pouvait, selon lui, résilier le contrat après avoir attendu aussi longtemps.

Cette argumentation n'est pas fondée. Tout d'abord, il convenait que la défenderesse attendît la réponse du demandeur, tout au moins dans la mesure où celle-ci lui parvenait dans un délai normal. C'est le jeudi 25 juin au plus tôt qu'elle a pu recevoir cette réponse, expédiée de Stäfa le 24 juin. On ne saurait d'autre part lui reprocher de n'avoir pas congédié immédiatement le demandeur, mais de s'être préalablement renseignée auprès du secrétariat de l'association des voyageurs de commerce sur le point de savoir si l'attitude du demandeur justifiait un renvoi abrupt. Il est compréhensible qu'elle ait voulu s'enquérir de la situation juridique avant de prendre une mesure qui, si elle n'était pas fondée, aurait pu entraîner pour elle de lourdes conséquences pécuniaires. Pour obtenir ce renseignement, les heures restantes du 25 juin et le 26 juin (un vendredi) n'étaient pas de trop. Comme l'on ne peut tenir compte du samedi et du dimanche, où l'on ne travaille pas, la durée qui entre en considération entre la réception de la réponse du demandeur et la résiliation abrupte, intervenue le lundi 29 juin, a été d'environ deux jours. Un tel délai n'est pas exagérément long, étant donné la situation de fait, ce d'autant plus qu'il s'agissait d'une société anonyme et qu'il appartenait aux organes de celle-ci de prendre une décision.

(Trad. de ATF 1967 II 18.)

Vacances payées (art. 341 bis CO)

Arrêt du Tribunal fédéral, Chambre de droit public, 6 mars 1968 (Industrie-Vereinigung Schaffhausen et consorts c. Canton de Schaffhouse):

La clause de rétroactivité contenue dans une loi cantonale conférant aux travailleurs le droit à trois semaines de vacances au minimum doit, pour ne pas violer l'article 4 Cst, se justifier par des motifs pertinents.

Par votation du 3 décembre 1967, le peuple schaffhousois a adopté une loi fixant à trois semaines la durée minimum des vacances payées, l'entrée en vigueur de cette loi étant prévue avec effet au 1er janvier 1967. Un recours de droit public formé contre la clause d'effet rétroactif a été admis par le Tribunal fédéral.

Considérant en droit:

3. Le recours de droit public est dirigé uniquement contre le chiffre II de la loi du 3 décembre 1967. D'après cette disposition, la loi devrait entrer en vigueur au 1er janvier 1967. Selon les recourants il s'agirait là d'un effet rétroactif qui serait inadmissible pour divers motifs.

a) Les recourants invoquent tout d'abord une violation de l'article 4 Cst. De ce point de vue, la doctrine et la jurisprudence n'admettent la possibilité de donner effet rétroactif aux lois administratives créant une charge pour le citoyen que si un tel effet est prévu expressément ou découle clairement du sens de l'acte en question, s'il est raisonnablement limité dans le temps, s'il n'entraîne pas des inégalités de traitement choquantes, s'il est justifié par des motifs pertinents, s'il ne porte pas atteinte à des droits acquis.

La loi adoptée par le peuple schaffhousois et aux termes de laquelle les travailleurs ont droit à des vacances payées de trois semaines au moins ne constitue cependant pas du droit public, mais du droit privé (cantonal). En effet, d'après l'article 341bis, alinéa 2 CO dans la teneur de l'article 64, chiffre 2, de la loi sur le travail du 13 mars 1964, les cantons sont autorisés à prolonger à trois semaines la durée des vacances, fixée à deux semaines par le droit fédéral. Il n'eût pas été nécessaire de trancher ici la question de savoir s'ils ont aussi le

droit d'édicter des dispositions transitoires, même si les recourants leur avaient formellement contesté ce droit. Car la disposition relative à l'effet rétroactif est inadmissible pour un autre motif.

b) Tout comme en droit administratif, la règle de la non-rétroactivité des lois vaut dans le domaine du droit civil. Les exceptions à cette règle contenues dans le titre final du CCS touchent le droit fédéral et non le droit cantonal. Les dispositions qui les contiennent, et notamment l'article 2 t.f. CCS, ne sont donc pas applicables au présent cas. Mais il y a lieu d'examiner si les principes rappelés sous lettre a, applicables en droit administratif, s'appliquent ici aussi. Il convient de répondre affirmativement à cette question, en ce sens que la clause conférant effet rétroactif à une loi cantonale de droit privé sur les vacances doit être justifiée par des motifs pertinents, à défaut de quoi elle violerait l'article 4 Cst. De telles dispositions relatives aux vacances imposent des charges au citoyen (en sa qualité d'employeur). Elles ne se distinguent des règles de droit public, de contenu identique, qui les ont précédées, que par le fait qu'elles reposent sur une réserve expresse en faveur des cantons, qui a dû être incorporée dans la loi sur le travail par le législateur fédéral à la suite de l'«avance» que certains cantons possédaient dans ce domaine...

c) Les dispositions légales sur les vacances payées ont sans conteste pour but de sauvegarder et d'améliorer la santé des travailleurs. Ces vacances doivent donc en principe être prises au cours de l'année de travail qui y donne droit. L'effet rétroactif ordonné dans le cas présent pour l'année 1967 ne permet pas qu'il soit procédé ainsi. Il a pour conséquence que la prétention à des vacances supplémentaires qu'il crée ne peut être satisfaite que par un paiement en argent ou par l'octroi après coup de la troisième semaine de vacances à un moment postérieur. Le but poursuivi par le législateur ne serait pas atteint par le versement d'une indemnité en espèces. On peut laisser ouverte la question de savoir si l'octroi des vacances après coup appellerait la même conclusion. Même si une telle manière de procéder n'était pas contraire au but mentionné, l'intérêt des travailleurs de-

vrait céder le pas aux droits des employeurs qui, conformément aux dispositions relatives aux vacances alors en vigueur, ont convenu pour l'année 1967 avec leurs partenaires contractuels des vacances d'une durée inférieure à trois semaines. La clause attaquée porte atteinte à ces droits, car elle modifie après coup le contenu de ces contrats valablement conclus et exécutés. L'intérêt des employeurs d'éviter une telle atteinte doit donc être protégé.

Ainsi, il n'y a pas dans le cas présent, de motifs pertinents permettant de déroger au principe de la non-rétroactivité, de sorte que le chiffre II de la loi du 3 décembre 1967 doit être annulé pour violation de l'article 4 Cst.

(Trad. de ATF 1968 I 1.)

Cession de salaire (art. 226 e CO)

Arrêt du Tribunal fédéral, Chambre des poursuites et faillites, 26 septembre 1969 (Schällibaum):

1. *La règle selon laquelle le salaire de l'acheteur dans le cas de la vente par acomptes ne peut être cédé que dans la mesure où il est saisissable a une portée générale.*

2. *En cas de cession de salaire, le minimum insaisissable doit être calculé selon les mêmes règles que dans la saisie.*

Considérant en droit:

2. L'article 226 e CO fait partie des règles relatives à la vente par acomptes (art. 226 a à m CO) et concerne la cession de créances (et notamment de créances de salaire futur) de l'acheteur (art. 226 e, al. 1 CO). Il est applicable, aux termes de l'article 226 m, alinéa 1 CO, à tous les actes juridiques et combinaisons d'actes juridiques en tant que les parties visent les mêmes buts économiques que dans la vente par acomptes (et, suivant l'art. 228 CO, il est également applicable à la vente avec paiements préalables au sens de l'article 227 a CO). Selon l'article 226 m, alinéa 2 CO, les articles 226 a à l doivent (sous réserve des exceptions prévues à l'article 226 m, alinéas 3 et 4) être appliqués par analogie

«aux prêts accordés pour permettre d'acquérir des choses mobilières, lorsque le vendeur cède au prêteur sa créance envers l'acheteur... ou que le vendeur et le prêteur s'entendent d'une autre manière pour procurer la chose à l'acheteur contre paiement ultérieur du prix par acomptes.»

D'après ses propres explications, le recourant a procédé aux cessions de salaire à l'occasion de la conclusion d'emprunts. L'autorité cantonale n'a pas examiné s'il s'est agi de prêts au sens de l'article 226 m, alinéa 2 CO et si, le cas échéant, l'article 226 m, alinéas 3 et 4 pourrait trouver application, et le dossier ne contient pas non plus de renseignements à ce sujet. Mais il n'est pas besoin de résoudre ces questions. En effet, le principe énoncé à l'article 226 e, alinéa 1 CO pour les contrats régis par les articles 226 a et suivants CO, et selon lequel les créances de salaire futur ne peuvent être cédées que dans la mesure où elles sont saisissables, a une valeur générale, car il découle déjà des articles 27 CCS et 20 CO. Il convient donc d'appliquer par analogie l'article 226 e, alinéa 2 CO – selon lequel, à la demande des intéressés, l'office des poursuites fixe le minimum insaisissable à laisser à l'acheteur, conformément à l'article 93 LP – aux cessions de salaire qui ne sont pas liées à une affaire tombant sous le coup des dispositions relatives aux ventes par acomptes. S'il en était autrement, le principe général selon lequel les créances de salaire futur ne peuvent être cédées dans la mesure où le salaire est absolument indispensable à l'entretien du débiteur et de sa famille serait pratiquement inapplicable. C'est sur cette considération qu'est basé l'article 325, alinéa 3 CO dans la teneur du projet de loi fédérale du 25 août 1967 revisant les titres X et X bis du CO; aux termes de cette disposition, conformément au principe énoncé à l'alinéa 1, selon lequel le travailleur ne peut céder ni mettre en gage valablement son salaire futur que dans la mesure où il est saisissable, il est prévu d'une façon générale qu'à la demande d'un intéressé, l'office des poursuites du domicile du travailleur fixe le montant insaisissable. Tant qu'on ignore quelle somme est saisissable et par conséquent cessible, l'employeur ne sait pas quelle est la partie du salaire qu'il doit payer au travailleur,

et quelle est celle qu'il doit tenir à disposition du cessionnaire ou du créancier gagiste. Cette incertitude est insupportable pour tous les intéressés. C'est la raison pour laquelle, jusqu'à l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales sur le contrat de travail, il importe d'y mettre fin, dans les cas où l'article 226 e, alinéa 2 CO n'est pas directement

applicable, par une application analogique de cette disposition.

3. Comme l'article 226 e, alinéa 2 CO renvoie expressément à l'article 93 LP, le minimum qui doit être laissé au salarié en cas de cession de salaire futur doit être calculé selon les mêmes principes qu'en cas de saisie de salaire.

(Trad. de ATF 1969 III 39.)

Assurance-maladie

Droit aux prestations et répétition de l'indû (art. 3 et 12 LAMA)

Arrêt du Tribunal fédéral des assurances, 25 février 1967 (Hostettler):

1. *Le droit aux prestations est lié à l'affiliation et prend fin avec elle.*

2. *La caisse-maladie ne peut renoncer d'avance à répéter l'indû.*

Maurice Hostettler, membre depuis 1952 de la Société vaudoise et romande de secours mutuels (SVRSM), a donné sa démission au début de novembre 1963 pour le 31 décembre de l'année. La caisse en a pris acte et lui a délivré le 14 novembre 1963 un «certificat d'affiliation»; elle précisait que, la sortie étant volontaire, ce certificat ne donnait pas droit au libre passage.

Le 11 décembre 1963, Hostettler a été victime d'un accident, qui a provoqué une fracture de la rotule gauche et une luxation de l'épaule gauche.

Le 7 février 1964, la caisse informa le mandataire de l'assuré qu'elle verserait les prestations statutaires jusqu'au 31 décembre 1963, soit jusqu'à la cessation de l'affiliation. Par la suite, après avoir versé à fin mars 1140 fr., la caisse écrivit que le bénéficiaire devait rembourser un montant de 257 fr. 90 payé à tort par erreur et correspondant à des soins donnés au-delà du 31 décembre 1963. Le 31 mars 1965, elle notifia à Hostettler une décision lui enjoignant de rembourser ce montant.

L'intéressé a recouru auprès de la Cour de justice du Canton de Genève. Il niait devoir le montant réclamé et concluait au paiement par la SVRSM,

pour la durée entière de l'incapacité de travail et du traitement, de 2992 fr. à titre d'indemnités journalières et de 3016 fr. 50 à titre de frais de guérison, sous imputation de la somme versée.

Le juge cantonal a rejeté les conclusions du recourant pour les conséquences de l'accident du 11 décembre postérieures au 31 décembre 1963. Il a constaté d'autre part que la caisse ne pouvait exiger le remboursement des prestations indûment touchées. La SVRSM a déféré ce jugement au Tribunal fédéral des assurances.

Droit

1. La question qui domine le litige est celle de la durée des prestations de la caisse-maladie, pour un sinistre survenu durant la période d'appartenance de l'intéressé à la caisse mais dont les conséquences dommageables se sont étendues au-delà de cette période. Le juge cantonal, confirmant l'avis de la caisse, a prononcé que l'assuré cessait d'avoir droit aux prestations de la caisse-maladie dès l'instant où il cessait d'en faire partie. L'intimé, en revanche, soutient que la responsabilité de la caisse reste engagée au-delà de la cessation de l'affiliation pour les sinistres antérieurs à cette cessation.

Ainsi que l'ont constaté les premiers juges, les suites de la démission sont réglées par l'article 23, alinéa 1er des statuts de la SVRSM: «Le membre démissionnaire, quittant le rayon d'activité de la caisse par libre passage, radié ou exclu, n'a plus aucun droit sur la fortune de la caisse, si ce n'est un droit à des prestations échues, sous déduction de

toutes ses redevances à la caisse.» Cette disposition statutaire signifie à l'évidence que la caisse ne doit des prestations que jusqu'au jour où la démission prend effet et où l'assuré perd par là sa qualité de sociétaire. . .

La disposition statutaire susmentionnée ne se heurte à aucune prescription légale. Elle répond bien plutôt à l'avis des commentateurs de la LAMA...

Cette disposition ne présente pas davantage de lacune que le juge pourrait combler. Il sied de relever que, à l'encontre des assertions de l'intimé, l'assuré n'est pas privé de toute protection durant la période de passage d'une caisse à l'autre: s'il bénéficie du libre passage et respecte les exigences des articles 7 à 10 LAMA, il a un droit immédiat aux prestations de la nouvelle caisse; s'il ne bénéficie pas du libre passage, il peut, selon la pratique, s'affilier à une nouvelle caisse dès avant la cessation de son ancien sociétariat de manière à ce que le stage à accomplir auprès de la nouvelle caisse le soit à la date de la cessation du précédent sociétariat.

2. L'intimé n'ayant plus droit à des prestations de la caisse pour la période postérieure au 31 décembre 1963, les indemnités journalières du 1er janvier au 5 février 1964, d'un montant de 720 fr., ont été perçues à tort. De ce montant, la caisse a accepté de déduire sa participation aux frais de guérison pour des soins antérieurs au 1er janvier 1964...

La Cour de céans n'a aucun motif de mettre en doute l'exactitude du montant ainsi déduit.

Il en résulte que, compte tenu de la participation de la caisse aux frais de guérison antérieurs au 1er janvier 1964, le montant touché à tort par l'intimé s'élève bien à 257 fr. 90.

3. Est litigieuse la question de savoir si l'intimé doit restituer le montant indûment perçu.

a) La seule disposition des statuts de la SVRSM concernant la répétition de l'indû se trouve à l'article 23, alinéa 2, aux termes duquel «les prestations indûment touchées par le membre, à la suite de fausses déclarations, doivent être rétrocédées par celui-ci et cela même s'il est radié ou démissionnaire». Bien que cette disposition porte pour titre «perte des droits aux biens de la caisse», l'article 23, alinéa 2 ne concerne manifeste-

ment pas uniquement les membres sortants, mais a une portée générale. . .

Il n'est guère possible d'établir aujourd'hui pourquoi les auteurs des statuts ont introduit les termes «à la suite de fausses déclarations». Mais pour le membre qui la lit, cette clause signifie sans doute aucun que les prestations perçues indûment pour d'autres motifs ne sont pas remboursables. L'interprétation de l'article 23, alinéa 2 des statuts ne permet donc pas de s'écarter de l'opinion des premiers juges.

b) En revanche, il faut se demander si la disposition n'est pas nulle, par laquelle une caisse-maladie renonce d'avance à répéter toutes prestations d'assurance qu'elle pourrait verser par erreur à des membres, à la condition que ceux-ci n'aient pas fait de fausses déclarations... Certes, l'article 1er, alinéa 2 LAMA dispose notamment que les caisses-maladie «s'organisent à leur gré, en tant que la loi ne contient pas de disposition contraire», et aucune disposition légale quelconque ne règle la répétition de l'indû. La liberté ainsi laissée aux caisses, par le législateur, de régler dans leurs statuts les conditions et modalités de la restitution de prestations versées à tort n'équivaut toutefois pas à un blanc-seing. Pour pouvoir être reconnues, les caisses sont tenues en premier lieu de «pratiquer l'assurance en cas de maladie d'après les principes de la mutualité» (art. 3, al. 3 LAMA); ces principes exigent que les membres se garantissent mutuellement «des mêmes avantages sans autre distinction que celle qui résulte des cotisations fournies et en excluant toute idée de bénéfice» (Capitant, Vocabulaire juridique, 1936, p. 342) ou, en d'autres termes, postulent l'équilibre des cotisations et des prestations et, à situations identiques, leur égalité (art. 16 Ord. V du 2 février 1965). Elles ont en second lieu l'obligation de n'affecter leurs ressources qu'à des buts d'assurance — (art. 28 LAMA). Or renoncer d'avance à répéter l'indû, dans tout cas où le paiement erroné n'a pas pour cause de fausses déclarations du destinataire, violerait l'un et l'autre de ces principes: une telle renonciation, revenant à largement admettre l'enrichissement illégitime de certains membres au détriment des autres, non seulement serait propre selon les cas à troubler l'équilibre des

cotisations et des prestations, mais encore romprait l'égalité de traitement entre membres et sanctionnerait de plus la distraction de ressources de leur affectation légale.

c) La seule disposition statutaire relative à la répétition de l'indû étant contraire aux principes légaux et devant être tenue dès lors pour nulle, force est de constater que les statuts de la SVRSM ne règlent pas la question. Il s'agit par conséquent de déterminer quelles sont les règles applicables...

Outre que leur liberté est restreinte par les principes légaux rappelés plus haut, les caisses-maladie se sont vu confier des tâches propres à l'assurance sociale, qu'elles exécutent avec la participation financière et sous l'étroite surveillance des pouvoirs publics et selon des prescriptions légales fixant les conditions du droit aux prestations, le montant et la durée de ces prestations, soit sous forme de limites inférieures ou supérieures soit même de façon absolue et impérative. L'erreur de paiement commise par une caisse-maladie reconnue présente donc des aspects bien différents de celle commise par un quelconque organisme privé. Ces différences ont été rendues plus évidentes encore par la nouvelle du 13 mars 1964, qui a attribué aux caisses-maladie le pouvoir de rendre des décisions dont l'autorité est celle d'actes administratifs (art. 30, al. 4 LAMA). Une situation aux aspects si multiples ne permet pas d'affirmer que la question de la répétition de l'indû est purement de droit civil; elle interdit, en cas de silence des statuts, de poser même la simple présomption que seraient applicables les règles sur l'enrichissement illégitime des articles 62 ss CO. Un tel silence ne peut bien plutôt être considéré que comme une lacune.

Pour combler cette lacune, le juge doit établir quels sont les caractères essentiels de l'institution puis déterminer, à la lumière notamment des solutions adoptées par le législateur dans des domaines apparentés, les règles qui rendent compte de ces caractères. Certains aspects de l'organisation et de l'activité des caisses-maladie reconnues plaident certes en faveur de l'application des règles de droit civil en matière d'enrichissement illégitime. Mais les caractères propres à l'assurance sociale ont acquis

au cours de l'évolution de la législation une importance telle, qu'ils sont clairement devenus prépondérants. La solution adéquate, pour combler la lacune entraînée par le silence de la loi et des statuts, doit dès lors être recherchée de préférence parmi celles qui répondent à ces caractères. Or il ne fait aucun doute que les règles posées par le législateur en matière d'assurance-vieillesse et survivants (et adoptées de même pour l'assurance-invalidité, les allocations aux militaires pour perte de gain et les allocations familiales aux travailleurs agricoles et aux petits paysans) satisfont au mieux à la double exigence de sauvegarde des buts de l'assurance et de protection des intérêts socialement légitimes de l'assuré. Il sied par conséquent de combler la lacune constatée par des règles jurisprudentielles calquées sur l'article 47 LAVS et de poser ainsi pour principe que les prestations d'assurance-maladie indûment touchées doivent être restituées, sauf lorsque l'intéressé était de bonne foi et serait mis dans une situation difficile.

Dans l'espèce, la bonne foi de l'intimé est incontestable. On ignore, en revanche, si le remboursement exigé le mettrait dans une situation difficile. Il incombe donc à la caisse d'élucider ce dernier point et de décider à nouveau.

d) L'intimé oppose à la répétition le moyen de la prescription, que la caisse soutient avoir été interrompue par sa décision...

La solution ne saurait faire de doute, dès l'instant que sont reconnues applicables à la répétition de l'indû des règles calquées sur l'article 47 LAVS. Cet article dispose en effet, à son alinéa 2, que le droit de demander la restitution se prescrit par une année à compter du moment où la caisse a eu connaissance du paiement indû, mais au plus tard cinq ans après le paiement, sauf si le droit de demander restitution naît d'un acte punissable pour lequel la loi pénale prévoit un délai de prescription plus long. Or aucun motif pertinent ne s'oppose à ce que ces normes également soient reprises par analogie en matière d'assurance-maladie, où l'article 30 nouveau LAMA – introduit par la nouvelle du 13 mars 1964 et entré en vigueur le 1er janvier 1965 – donne aux caisses-maladie reconnues le pouvoir de rendre des décisions dont l'autorité est celle d'actes

administratifs et contre lesquelles peut être engagée une procédure de recours simple et, en principe, gratuite.

Dans l'espèce, la SVRSM a constaté son erreur en avril 1964 et a ainsi eu connaissance dès ce moment qu'elle avait trop payé. Elle a pris le 31 mars 1965 une décision formelle, conformément à l'article 30 LAMA, exigeant la restitution de l'indû. Cette décision est intervenue dans le délai d'une année au sens des règles précitées, et bien avant l'échéance du délai de cinq ans dès le paiement. La prescription n'est par conséquent pas acquise.

(ATFA 1967, p. 5.)

Droit aux prestations et faute de l'assuré (art. 12 LAMA)

Arrêt du Tribunal fédéral des assurances, 9 mai 1967 (Ades):

1. *Les dispositions légales relatives aux prestations en cas de maternité n'ont pas pour objet d'exclure les assurées enceintes du droit aux prestations aux prestations en cas de maladie, mais de les mieux protéger.*

2. *Les caisses peuvent réduire ou supprimer leurs prestations en cas de faute de l'assuré.*

Droit:

2. La première question qui se pose, quant au fond, est celle de savoir si l'on peut considérer que l'assurée a été malade, du 1er octobre 1965 au 15 février 1966, ou si l'on doit admettre que sa grossesse a été normale. Cette distinction est importante car, dans la deuxième hypothèse, l'intimée ne pourrait prétendre que les prestations énumérées à l'article 14 LAMA. Dans le cas contraire, elle pourrait bénéficier en outre des prestations prévues aux articles 12 et 12bis LAMA. En effet, l'article 14 LAMA n'a pas pour objet d'exclure en principe les assurées enceintes du droit aux prestations des articles 12 et 12bis LAMA, mais bien de les protéger mieux en leur conférant les droits supplémentaires durant la grossesse ainsi qu'au moment de l'accouchement et après celui-ci. Elles ont droit, par exemple, à la pleine indemnité journalière assurée pendant dix semaines, dont

six au moins après la délivrance, quand bien même l'application stricte de l'article 12bis LAMA et des dispositions en découlant n'en autoriserait pas le versement (art. 14, al. 6 LAMA). Il s'ensuit que si, lors de sa grossesse, une assurée présente des troubles qui requièrent un traitement médical ou justifient, du point de vue du médecin traitant, un arrêt du travail, elle ne saurait être privée des prestations dues en cas de maladie (art. 12 ss LAMA), solution du reste conforme à la pratique administrative antérieure à l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales. Certes, afin d'éviter des abus, une certaine retenue s'impose lorsqu'il s'agit de décider si une grossesse est pathologique ou non, car il ne faudrait pas, par ce moyen, prolonger artificiellement la durée de la période pendant laquelle l'assurée a droit à la pleine indemnité journalière souscrite du seul fait de sa grossesse et de l'accouchement (dix semaines). Tel n'est cependant pas le cas en l'occurrence, comme cela résulte des certificats médicaux figurant au dossier, qui font état notamment de «plusieurs menaces d'avortement avec pertes de sang», d'«insuffisance hormonale», de «très grande angoisse» consécutive à un précédent accouchement prématuré. En présence de tels troubles, il appartenait en principe à la caisse d'indemniser Paulette Ades des conséquences économiques en ayant découlé, cela dans les limites de l'indemnité journalière assurée, seule en cause aujourd'hui.

3. La seconde question à examiner est celle de la réduction opérée par la caisse pour une prétendue violation des obligations imposées par les statuts et conditions d'assurance. En l'absence de toute disposition légale l'autorisant expressément, on doit se demander d'abord si une telle réduction, voire la suppression du droit aux prestations, est licite dans le régime de l'assurance-maladie...

Ainsi que le relevait le tribunal de céans dans l'arrêt Hostettler (ATFA 1967 p. 5), les caisses-maladie s'organisent «à leur gré, en tant que la loi ne contient pas de disposition contraire» (art. 1er, al. 2 dernière phrase LAMA). Or, aucun article de la loi n'interdit expressément de réduire ou supprimer les prestations en cas de faute de l'assuré. Il est vrai que le droit aux subsides

fédéraux est subordonné à la prise en charge, par les caisses reconnues, des prestations minima prévues au titre premier de la LAMA (art. 1er, al. 2 première phrase LAMA). Mais on ne saurait voir en principe, dans la disposition des statuts ou des conditions d'assurance d'une caisse prévoyant pareille réduction ou suppression, une règle incompatible avec les normes légales relatives à l'étendue des prestations, de l'observation desquelles dépend le droit aux subsides. En effet, seule l'existence de sanctions est de nature à conférer une certaine efficacité à la réglementation édictée par les caisses pour garantir le bon fonctionnement de l'assurance; on ne saurait partant priver ces dernières de la possibilité de réduire, voire supprimer, leurs prestations en cas de faute, sanctions moins rigoureuses que l'exclusion pure et simple de la caisse. De plus, ce procédé contribuera, dans une certaine mesure, à préserver l'équilibre financier des caisses, en excluant de l'assurance des risques qu'il ne serait pas équitable, ni même conforme aux principes de la mutualité évoqués à l'article 3, alinéa 3 LAMA, de faire supporter à l'ensemble des assurés. Au demeurant, la plupart des assurances sociales connaissent le principe de la réduction, voire de la suppression, des prestations en cas de faute (cf. les art. 98 LAMA, 7 LAI, 7 LAM, 29 LAC).

Dans l'espèce, l'article 45 des conditions d'assurance de la caisse précise que les assurés qui contreviennent aux règles relatives aux heures de sortie autorisées sont «passibles de la perte totale ou par-

tielle des prestations, selon la gravité du cas». Cette réglementation correspond, dans ses grandes lignes, à celle en vigueur dans les autres branches des assurances sociales. On peut dès lors se borner à constater ici qu'elle n'est pas contraire au droit fédéral...

Reste par conséquent à vérifier si les premiers juges n'ont pas outrepassé leur pouvoir d'appréciation en l'occurrence. A cet égard, la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances en matière de réduction des prestations dans les autres branches des assurances sociales est sans doute valable pour l'assurance-maladie également, où il n'est pas souhaitable non plus de laisser aux assurés la possibilité de spéculer sur les divergences d'appréciation toujours possibles entre l'administration et le juge. Lié qu'il est par les dispositions de l'article 30ter LAMA, le tribunal de céans ne s'écartera donc pas sans motif impérieux des décisions des juges de première instance ou de celles des caisses; elles ne sauraient toutefois pas statuer arbitrairement sur le principe et le taux des réductions à opérer de cas en cas, car cela conduirait à des inégalités de traitement choquantes. Or, en considérant que Paulette ADES n'avait commis qu'une faute bénigne en prolongeant, à une seule occasion, une sortie qu'elle effectuait en fin d'année avec son mari et un couple d'amis au-delà des heures de sortie autorisées, l'autorité cantonale a sainement apprécié les faits et réformé une décision qui dépassait les limites du pouvoir discrétionnaire de la caisse.

(ATFA 1967, p. 57.)

Assurance-accidents

Notion de l'accident professionnel (art. 98 L. Agr.)

Arrêt du Tribunal fédéral, IIe Cour civile, 27 juin 1968 (Huber c. La Neuchâteloise Générale):

Dans l'assurance des employés agricoles contre les accidents, ne sont pas assurés obligatoirement les accidents qui, tout en se produisant dans les limites de l'exploitation, surviennent dans l'exercice

d'une profession non agricole que l'employé pratique pour son propre compte.

Jakob Huber, né en 1914, dirigeait l'exploitation du domaine agricole Storrbühl, qui appartenait à son frère Eugen Huber. Au début de 1965, Jakob Huber acheta un camion-citerne, avec lequel il effectua des transports d'essence. En fin de semaine, le camion était garé au Storrbühl.

Le 17 avril 1965, Jakob Huber emprunta à la maison Ulrich un brûleur à acétylène pour réparer un frein de la remorque du camion. L'appareil explosa, tuant Jakob Huber.

Les trois enfants mineurs de Huber ont assigné la compagnie d'assurances La Neuchâteloise Générale, auprès de laquelle Eugen Huber avait contracté une assurance-accidents pour les personnes occupées dans son exploitation agricole.

Le Tribunal de district de Meilen condamna la Neuchâteloise à payer aux demandeurs une indemnité de 10 000 fr., plus intérêts. Sur appel de la défenderesse, le jugement a été réformé par le Tribunal supérieur du canton de Zurich et les demandeurs ont été déboutés de leurs conclusions. Le Tribunal fédéral, saisi d'un recours en réforme, a confirmé l'arrêt cantonal.

Considérant en droit:

2. Aux termes de l'article 98, alinéa 1 et 2, L. Agr., dans toute exploitation agricole, l'employeur est tenu d'assurer ses employés contre les accidents. Sont réputés accidents professionnels tous ceux qui frappent l'assuré dans l'exercice de son emploi. Les accidents qui se produisent dans les limites de l'exploitation sont aussi considérés comme accidents professionnels. Les articles 1 à 3 de l'ordonnance concernant l'assurance contre les accidents professionnels et la prévention des accidents dans l'agriculture correspondent à ces dispositions.

Il est incontesté que la victime de l'accident était un employé du propriétaire du domaine, Eugen Huber; en effet, au sens de l'article 2 de la susdite ordonnance, il était considéré comme n'appartenant pas à la famille de l'exploitant, bien qu'il fût le frère du preneur d'assurance. Il n'est pas contesté non plus que l'accident mortel est survenu dans les limites de l'exploitation.

Il résulte des constatations de la juridiction cantonale, qui lie le Tribunal fédéral, que la réparation du frein de la remorque n'avait pas été effectuée dans l'exercice des obligations contractuelles de Jakob Huber à l'égard de son frère. L'activité qui a été à l'origine de l'accident était certes liée, quant au lieu où elle s'exerçait, au domaine du preneur

d'assurance; mais elle s'effectuait dans le cadre de l'entreprise de transports, qui appartenait au seul Jakob Huber. Les demandeurs ne le contestent plus.

3. Les demandeurs prétendent en revanche qu'aux termes de l'article 98 L. Agr., tous les accidents qui peuvent se produire dans les limites d'une exploitation agricole doivent être obligatoirement assurés. L'expression «sont considérés comme accidents professionnels» (selon l'al. 2 de cette disposition légale) ne constituerait pas une présomption à l'encontre de laquelle pourrait être rapportée la preuve contraire, soit la preuve qu'il ne s'agirait en réalité pas d'un accident professionnel. Seraient aussi des accidents professionnels ceux qui se produisent dans les limites de l'exploitation agricole au cours d'une occupation de l'employé s'exerçant pendant son temps libre, car le législateur savait que de telles occupations sont fréquentes dans l'agriculture.

a) Le message du Conseil fédéral concernant un projet de loi fédérale sur l'amélioration de l'agriculture et le maintien de la population paysanne, du 19 janvier 1951, s'exprime notamment comme suit au sujet de la disposition qui fait actuellement l'objet de l'article 98 L. Agr. (FF 1951 I p. 257):

«La notion de l'accident professionnel doit cependant, pour tenir compte des conditions spéciales de l'agriculture, recevoir un sens large. Etant donné que l'employeur et les employés vivent sous le même toit, on a dû renoncer à distinguer entre accidents professionnels et non professionnels lorsque l'accident se produit dans les limites de l'exploitation; dans nombre de cas, il aurait été pratiquement impossible de faire cette distinction.»

M. Obrecht, dans son intervention au Conseil national, a relevé que l'obligation d'assurance est limitée aux accidents professionnels; tous les accidents, a-t-il dit, qui se produisent dans les limites de l'exploitation doivent être considérés comme accidents professionnels; l'employé agricole qui subit un accident dans le domaine pendant son temps libre bénéficie des prestations de l'assurance. Il convient donc d'admettre avec les demandeurs que le terme «accident professionnel» selon l'article 98 L. Agr. doit

être interprété dans un sens large et qu'en principe les accidents subis pendant le temps libre sont aussi assurés. Cependant, l'on ne saurait aller jusqu'à dire comme ils le font que tout accident qui se produit dans les limites d'une exploitation agricole soit nécessairement un accident professionnel assuré.

L'article 98, alinéa 2 dernière phrase L. Agr. et l'article 3, alinéa 2, de l'ordonnance ne doivent pas être interprétés pour eux-mêmes, mais dans le contexte des dispositions auxquelles ils font suite. C'est ainsi que la première phrase de l'article 98, alinéa 2, L. Agr. ne qualifie d'accidents professionnels que les accidents qui frappent l'assuré dans l'exercice de son emploi. Il en résulte que la loi tend à garantir au travailleur agricole des prestations adéquates pour les accidents qu'il subit au cours de son activité au service d'un employeur agricole. Certes – par une extension de la notion d'accident professionnel – doivent aussi être obligatoirement assurés les accidents qui, tout en se produisant en dehors de l'exercice direct de l'emploi, surviennent à l'intérieur du domaine agricole. Néanmoins, il faut dans tous les cas qu'il existe un lien de causalité entre l'accident et la condition d'employé agricole. Le législateur n'a pas voulu inclure dans l'assurance obligatoire contre les accidents un risque frappant un employé qui, en dehors des obligations qu'il remplit dans le cadre du contrat de travail agricole, exerce une autre profession, peut-être même plus dangereuse. Le fait que l'accident provoqué par cette autre activité se soit produit par hasard sur le domaine de l'employeur n'y change rien. L'obligation d'assurance est destinée à procurer une protection contre les risques résultant de l'exploitation agricole.

b) Si l'on part de ces prémisses, l'on doit admettre que l'accident qui a provoqué la mort de Jakob Huber n'est pas couvert par le contrat d'assurance obligatoire qui a été conclu par Eugen Huber avec la défenderesse. Jakob Huber a subi cet accident mortel au cours d'un travail qu'il effectuait pour son propre compte dans le cadre de son entreprise de transports et en dehors de son activité de chef d'exploitation du domaine agricole. Dans ces conditions, le fait que l'accident se soit produit sur le domaine de son frère

et qu'il aurait pu exécuter le même travail sur des machines ou des tracteurs agricoles ne saurait jouer aucun rôle dans l'appréciation du cas.

(Trad. de ATF 1968 II 191.)

Evaluation de l'invalidité (art. 77 LAMA)

Arrêt du Tribunal fédéral des assurances, 24 mars 1970 (Morisod):

Dans l'appréciation du taux de l'invalidité, il y a lieu de tenir compte de l'avancement que l'assuré aurait normalement eu dans son développement professionnel.

Extrait des considérants:

...La Caisse nationale allègue qu'il n'y a pas lieu de tenir compte des projets d'avenir des assurés, lorsqu'il s'agit de fixer le taux d'invalidité. Elle voudrait par conséquent prendre en considération, dans le cas particulier, uniquement l'atteinte à la capacité de gagner que l'assuré encourt en qualité de manœuvre. A cet égard, l'on ne saurait appliquer par analogie le principe figurant à l'article 78, alinéa 4 LAMA dans le cadre de l'appréciation de l'invalidité selon les articles 76 et 77 LAMA. L'article 78, alinéa 4 traite en effet du gain de base, et le Tribunal fédéral des assurances l'a toujours considéré comme une disposition de caractère exceptionnel, qui ne peut être appliquée que restrictivement, visant uniquement la formation professionnelle primaire. Le «gain annuel» doit être calculé sur la base du salaire effectif de l'intéressé durant l'année qui a précédé l'accident, conformément à l'article 78, alinéa 1er LAMA. Cela n'est d'ailleurs pas contesté.

Mais cela ne signifie pas que, dans l'appréciation du taux de l'invalidité, il y ait lieu d'ignorer le fait qu'à la suite de l'accident l'assuré ne pourra plus accéder à la fonction de monteur B à laquelle il se préparait. Ainsi que le dit Graven («Les invalidités», p. 69), «on devra naturellement tenir compte aussi dans cette appréciation, puisque la rente doit correspondre à l'incapacité de travail prévisible future, de l'avancement que l'assuré aurait normalement eu dans son développement professionnel en vertu des usages ou des dispositions

contractuelles». Dans le cas particulier, il se serait agi d'un avancement dû au perfectionnement professionnel qu'aurait réalisé Morisod. Le tribunal de céans partage cette opinion, qui est d'ailleurs conforme à la pratique générale en matière d'évaluation de l'invalidité. Dans la jurisprudence en matière d'assurance-accidents, le Tribunal fédéral des assurances a du reste déjà admis cette solution, soit expressément, soit implicitement, en écartant la prise en considération d'un perfectionnement professionnel parce que les pièces révélaient seulement que l'intéressé avait eu primitivement l'intention de parfaire sa formation. Dans le cas présent, il ne s'agit pas seulement d'une intention manifestée par l'assuré; celui-ci avait donné suite à cette intention par des mesures concrètes, notamment par la participa-

tion à des cours spéciaux; l'entreprise n'a pas mis en doute qu'il serait devenu monteur B...; la Caisse nationale, elle non plus, n'a pas contesté la vraisemblance de cette affirmation.

Il est vrai que Morisod pourrait changer de profession — ce qu'il semble désirer, sans avoir pu trouver de nouvel emploi cependant. Cela ne saurait pourtant conduire à une autre solution. Car s'il devait résulter d'une telle circonstance une modification importante du taux d'invalidité, le problème pourrait être réexaminé, pendant plusieurs années encore, dans le cadre de l'article 80 LAMA. Peut-être faut-il regretter que la Caisse nationale ne soit pas tenue d'accorder des mesures de réadaptation d'ordre professionnel à ses assurés, préalablement à l'octroi d'une rente...

(ATF 1970 V 29.)

Assurance-invalidité

Cas pénibles (art. 28 LAI)

Arrêt du Tribunal fédéral des assurances, 22 septembre 1969 (Hänni):

La notion de cas pénible doit être adaptée à la réglementation en matière de prestations complémentaires.

Extrait des considérants

3. Suivant la jurisprudence antérieure au présent arrêt, il y a cas pénible, au sens de l'article 28 alinéa 1 LAI, lorsque l'invalidé, qui utilise pleinement sa capacité de gain résiduelle, ne peut atteindre le minimum vital nécessaire à son entretien et à celui des siens en raison de lourdes charges familiales ou de frais médicaux indispensables exceptionnellement élevés (ATFA 1962, 78 TSS 1962, 22). Il en va règle générale ainsi lorsque les deux tiers du revenu réalisé par l'invalidé, son épouse et ses enfants mineurs n'atteignent pas la limite fixée à l'article 42 alinéa 1 LAVS (pour les personnes seules, 4000 fr. jusqu'au 31 décembre 1968, et 4800 fr. depuis lors). Quant aux règles de calcul à appliquer, il y a lieu de se référer aux

articles 56 à 61 RAVS et à l'article 35 alinéa 1 ancien RAI, en l'état actuel de la pratique de la Cour de céans.

Un nouvel examen du problème ne permet pas de maintenir ces principes qui peuvent conduire, on le verra plus loin, à des résultats inadmissibles, cela d'autant plus souvent désormais que le taux d'ouverture du droit à une rente d'invalidité pour cas pénible a été ramené à un tiers depuis le 1^{er} janvier 1968 et que les limites de l'article 42 alinéa 1 LAVS ont été augmentées à partir du 1^{er} janvier 1969 (par exemple de 800 fr. en ce qui concerne les personnes seules). D'autre part, les prescriptions administratives en vigueur ne sont pas satisfaisantes... Il faut donc chercher une meilleure solution.

A cet égard, il y a lieu de relever que, depuis l'instauration de la jurisprudence rappelée ci-dessus, la LPC est entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 1966. Cette loi est destinée à garantir aux rentiers de l'AVS et de l'assurance-invalidité un certain revenu à titre de minimum vital. Comme cela ressort de l'arrêt mentionné, l'octroi d'une rente pour cas pénible et le versement de prestations complémen-

taires poursuivent des buts voisins. Toutefois, le caractère complémentaire des prestations servies en application de la LPC présuppose que les rentes de l'assurance-invalidité ne sont pas destinées, en principe, à conférer dans tous les cas un minimum vital à l'assuré. Il est donc nécessaire de trouver une solution de nature à permettre à la LPC de jouer son rôle, s'agissant également des assurés au bénéfice d'une rente d'invalidité pour cas pénible. Il faut donc éviter que la règle exceptionnelle de l'article 28 alinéa 1 LAI entraîne des inégalités de traitement par trop choquantes. C'est pourtant ce à quoi conduit la notion actuelle de cas pénible, fondée à l'époque, faute de mieux, sur les articles 42 LAVS et 56 ss RAVS. Car l'assuré titulaire d'une rente pour cas pénible suivant les critères de ces dispositions recevra cette prestation même si, ajoutée au revenu de l'activité lucrative qu'il exerce encore, elle dépasse largement la limite prévue pour l'octroi de prestations complémentaires, si ce n'est celle fixée à l'article 42 LAVS. Cela peut mener à des situations inéquitables: que l'on songe à l'assuré dont le revenu est de très peu supérieur aux chiffres ressortant de l'article 42 LAVS, et qui ne peut ni prétendre une demi-rente pour cas pénible ni des prestations complémentaires. Que l'on considère aussi le cas de l'invalidé total qui n'a pour vivre que sa rente assortie de prestations complémentaires. Mais le régime actuel présente encore un autre inconvénient: si l'invalidité du bénéficiaire d'une rente pour cas pénible s'aggrave sans atteindre cependant les deux tiers, l'intéressé verra son revenu diminuer dans une mesure qui ne sera compensée ni par une rente plus élevée, ni par des prestations complémentaires lui garantissant un revenu global proche de la limite de l'article 42 LAVS, qui a toujours dépassé, jusqu'à présent, celle de l'article 2 LPC.

Dans ces conditions, il se justifie d'adapter la notion de cas pénible à la réglementation en matière de prestations complémentaires. Il s'ensuit qu'il faut en tout cas considérer que l'on n'est pas en présence d'une telle situation lorsque le revenu de l'assuré atteint les limites prévues dans la LPC, voire peut-

être une limite inférieure qu'il n'est pas indispensable de fixer aujourd'hui, l'appel devant être admis même si l'on s'entient à la limite valable pour une personne seule en 1968. Peut rester indécise pour le même motif la question de savoir si et dans quelle mesure il faudra tenir compte, pour arrêter la limite en cause, de la demi-rente d'invalidité qui pourra être allouée si l'on admet l'existence d'un cas pénible. Suivant la solution qui sera adoptée, il arrivera peut-être que l'assuré au bénéfice d'une rente dispose, avec le revenu qu'il retire de l'utilisation de sa capacité résiduelle de travail, de ressources dépassant la limite déterminante pour l'octroi de prestations complémentaires; ou bien il sera au contraire possible qu'un assuré se voie privé d'une rente pour cas pénible, et par conséquent de prestations complémentaires, alors même que le revenu effectif de son activité lucrative est inférieur à la dite limite. Il s'agit là toutefois d'une conséquence inéluctable, semble-t-il, et cependant moins choquante que celles entraînées par les directives administratives actuelles et par la jurisprudence antérieure au présent arrêt. Il est vrai que le système adopté dans le cadre de la LAI en matière de cas pénibles, système dans lequel l'assuré a droit ou n'a pas droit à une demi-rente, ne permet pas une égalité de traitement parfaite. «De lege ferenda», une solution consistant à n'accorder, dans les cas pénibles, qu'une rente d'un montant permettant à l'intéressé de disposer du minimum vital, tel que retenu dans la LPC par exemple, serait sans doute de nature à éviter de telles difficultés. De même, l'octroi d'une rente inférieure, dans les cas pénibles, à la demi-rente permettrait de remédier, dans une certaine mesure, à l'inconvénient décrit plus haut suivant lequel le bénéficiaire d'une rente pour cas pénible dont l'invalidité s'aggrave, sans atteindre les deux tiers, voit sa situation économique empirer.

Quant au calcul du revenu déterminant, il suffit de préciser ici qu'il doit intervenir sur les bases prévues par la LPC, sous réserve d'adaptations aux exigences particulières du versement de rentes pour cas pénible. Ainsi, par exemple, il faudra porter en compte le revenu que l'assuré pourrait obtenir en

exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement exiger de lui. Les avantages d'un tel système sont évidents: le procédé choisi permet de prendre en considération la situation réelle des

assurés, sans discrimination arbitraire; c'est par ce moyen que l'on retiendra désormais les charges de familles et autres des intéressés...

(ATFA 1969, p. 168.)

Assurance-vieillesse et survivants

Rente de vieillesse simple (art. 31 LAVS)

Arrêt du Tribunal fédéral des assurances, 14 mars 1967 (Jolliet):

Le veuf qui, bénéficiant d'une rente de vieillesse simple calculée sur la base des cotisations du couple, se remarie voit sa rente calculée dès le remariage sur la base de ses seules cotisations.

L'assuré, né le 28 février 1899, a bénéficié dès le 1er mars 1964 d'une rente ordinaire de vieillesse pour couple de 403 fr. par mois. Cette rente était calculée sur la base de la somme des cotisations de l'ayant droit (5607 fr.) et de son épouse (1346 fr.), d'où résultait après revalorisation d'un tiers une cotisation annuelle moyenne de 610 fr. Son épouse étant décédée, l'assuré a touché à partir du 1er février 1965 une rente de vieillesse simple de 252 fr. par mois, calculée sur la même base.

L'assuré s'est remarié le 5 août 1966. Par décision du 1er octobre 1966, la Caisse de compensation a fixé à 232 fr. par mois la rente de vieillesse simple revenant à l'ayant droit dès le 1er septembre 1966 et lui a alloué pour sa seconde épouse (née en 1916) la rente complémentaire correspondante de 93 fr. par mois. La caisse a calculé ces rentes sur la base des seules cotisations de l'intéressé, d'où résultait après revalorisation d'un tiers une cotisation annuelle moyenne de 490 fr.

L'assuré a recouru.

La commission cantonale de recours a estimé que le changement d'état civil intervenu ne justifiait pas une modification de la base de calcul de la rente. Aussi a-t-elle admis le recours et, par jugement du 25 novembre 1966, maintenu la rente de vieillesse simple à 252 fr. par mois et porté la rente complémentaire de l'épouse à 101 fr. par mois.

L'Office fédéral des assurances sociales a déféré ce jugement au Tribunal fédéral des assurances, qui a admis l'appel.

Droit:

1. La solution du litige dépend uniquement de la réponse donnée à la question de savoir si la rente de vieillesse simple revenant à un veuf qui se remarie continue à être calculée sur la même base que la rente de vieillesse pour couple accordée antérieurement au veuvage, c'est-à-dire si les cotisations payées par la première femme doivent encore être prises en compte, ou si cette rente de vieillesse simple doit être calculée sur la base des seules cotisations de l'ayant droit...

2. Il ressort du système légal pris dans son ensemble et de l'article 31, alinéa 1er LAVS en particulier que la rente ordinaire de vieillesse simple est calculée sur la base des cotisations de l'ayant droit. Ce principe général est valable dès lors pour toutes les rentes ordinaires de vieillesse simples, sauf exceptions prévues par la loi. Or la loi ne prévoit que deux exceptions: l'une concerne les veufs et les veuves qui touchaient une rente de vieillesse pour couple avant le décès de leur conjoint (art. 31, al. 2 LAVS), l'autre les veuves âgées de plus de 62 ans dont la rente de veuve s'éteint pour faire place à une rente de vieillesse simple (art. 33, al. 3 LAVS). Aucune exception n'est prévue pour la rente de vieillesse simple de l'homme marié; cette rente est calculée par conséquent, selon la règle générale, exclusivement sur la base de ses propres cotisations.

La seule question qui se pose est donc celle de savoir si le montant de la rente de vieillesse simple accordée avant le remariage, et qui avait été calculé

conformément à l'article 31, alinéa 2 LAVS, doit continuer à être alloué à titre de droit acquis ou si le changement de l'état civil influence le mode de calcul de la rente.

Ainsi que l'a relevé la jurisprudence, les règles légales n'interdisent nullement, en cas de changement d'état civil postérieur à l'ouverture du droit à la rente, d'adapter la rente en cours aux conditions personnelles nouvelles de l'ayant droit; considéré dans son ensemble, le système légal postule même une telle adaptation. Faite à propos du droit à la rente de la veuve qui se remarie, cette constatation est tout aussi bien valable quant au droit à la rente du veuf qui se remarie. La Cour de céans ne peut donc que reconnaître la conformité avec le système légal de la pratique administrative, selon laquelle le montant de la rente est adapté – lorsque la loi n'en dispose pas autrement – aux conditions personnelles nouvelles de l'ayant droit lors de modification intervenant dans son état civil.

Tout comme il a prononcé que l'on ne pouvait assimiler à une veuve, dans le cadre de l'article 33, alinéa 3 LAVS, la femme qui par son remariage avait perdu sa qualité de veuve pour acquérir l'état civil de femme mariée, le Tribunal fédéral des assurances doit constater que l'article 31, alinéa 2 LAVS ne prévoit pas davantage l'assimilation à un veuf de l'homme qui, par son remariage, a perdu cette qualité pour acquérir l'état civil d'homme marié. Une telle assimilation impliquerait en effet une interprétation extensive qui, s'agissant d'une norme d'exception, ne saurait être admise. En l'absence de prescription légale contraire, force est ainsi de reconnaître que, dès le remariage, l'article 31, alinéa 2 LAVS cesse d'être applicable.

Il en résulte que, à l'égal de tout homme marié, le veuf âgé de plus de 65 ans ne peut prétendre dès son remariage qu'à une rente ordinaire de vieillesse simple calculée exclusivement sur la base de ses propres cotisations.

(ATFA 1967, p. 25.)

Assurance-chômage

Suspension du droit aux prestations (art. 29 LAC)

Arrêt du Tribunal fédéral des assurances, 19 juin 1967 (Agnolini):

La caisse ne peut suspendre les prestations en cas de retard non fautif dans le paiement des cotisations.

Droit:

2. D'après l'article 24, alinéa 2, lettre a LAC – disposition conforme au principe général des assurances suivant lequel le droit aux prestations est subordonné à la condition que les primes fixées aient été versées – l'assuré n'a droit à l'indemnité de chômage que s'il a payé ses cotisations pendant la durée de son affiliation. La loi contient cependant certaines dispositions qui sont destinées à simplifier les rapports entre les caisses et les assurés et à réduire les cas dans lesquels les indemnités de chômage doivent être refusées pour cause de non-paiement des

cotisations. C'est ainsi que l'article 21, alinéa 2 LAC impose aux caisses l'obligation d'exiger le paiement des cotisations arriérées et qu'il ne les autorise pas à renoncer à l'exercice de ce droit. C'est pourquoi aussi l'article 34, alinéa 2 LAC statue que l'indemnité de chômage peut être compensée avec des cotisations en précisant toutefois que cette compensation ne pourra intervenir que dans la mesure fixée par voie d'ordonnance; de là l'article 32, alinéa 1er LAC qui indique les cas dans lesquels est autorisée la compensation entre des indemnités de chômage et des cotisations échues. Appelé à préciser le sens à donner aux lettres a et b de cet alinéa, le Tribunal fédéral des assurances a déclaré notamment que lorsque les conditions d'application de cette disposition étaient remplies, il incombait aux caisses d'opérer d'office la compensation et qu'en matière d'assurance-chômage la compensation partielle des indemnités de

chômage avec des cotisations arriérées devait être assimilée à un paiement.

Il serait donc contraire au sens et au but de la loi sur l'assurance-chômage qu'un assuré se voie, sans sa faute, privé des indemnités parce qu'une caisse a omis d'encaisser des cotisations. Car l'objectif premier de l'assurance-chômage est de protéger l'assuré contre les conséquences du chômage. Toute caisse doit dès lors s'efforcer de ne rien faire qui pourrait entraîner des conséquences fâcheuses pour ses assurés.

3. Vu ce qui précède, la non-perception par la Caisse paritaire d'assurance-chômage de l'Union des industriels en métallurgie du canton de Genève des cotisations dues pour les mois d'août à octobre 1965, non-perception du reste contraire aux statuts de cette caisse, ne saurait porter préjudice aux droits de l'intimé. Il eût incombé à la caisse de veiller à leur encaissement régulier jusqu'au moment de la sortie, à fin octobre 1965.

Reste à examiner si Gérard Agnolini doit supporter les conséquences du paiement tardif des cotisations dues à la Caisse communale d'assurance-chômage de la ville de Lausanne pour la période de novembre 1965 à mars 1966. Il n'en est rien. D'une part, l'intéressé ne saurait être rendu responsable de la décision de la caisse vaudoise de l'admettre à partir du 1er avril 1966 seulement, décision que l'on peut expliquer du reste par le fait que la caisse genevoise avait indiqué, à tort, le 31 juillet 1965 comme date de la sortie de cette dernière. D'autre part, aucun justiciable ne peut

être astreint à payer des cotisations à une caisse qui refuse de l'assurer ou pour une période pendant laquelle l'affiliation lui est refusée. Certes, on pourrait concevoir que, lorsqu'il n'accepte pas la décision ainsi prise, le candidat verse des cotisations pour préserver ses droits éventuels à des prestations d'assurance. Mais l'une des tâches primordiales des caisses étant, comme il ressort de ce qui a été dit plus haut, de percevoir les cotisations, on ne saurait exiger des intéressés qu'ils prennent l'initiative d'en payer provisoirement, pour sauvegarder leurs droits, en tout cas pas sans y avoir été expressément invités. Or une telle invitation fait défaut en l'occurrence, de sorte que la question de savoir si elle serait conforme à la loi peut demeurer indécise.

Dans ces conditions, c'est à bon droit que l'autorité cantonale inférieure de recours a imparti un délai de 30 jours à l'assuré pour s'acquitter des cotisations des mois d'août 1965 à mars 1966, seule solution compatible avec le système de la loi et ne rendant pas illusoire la protection que les articles 18 LAC et 4 RAC doivent conférer aux intéressés. L'intimé ne répondant pas du retard apporté à payer les cotisations susmentionnées, les articles 25, alinéa 3 et 29 alinéa 1er, lettre c LAC ne peuvent s'opposer au versement des indemnités légales pour la période de chômage subie en mai 1966. Si l'une et l'autre caisses avaient refusé d'accepter des paiements faits par l'assuré, cela ne pourrait pas entraîner la perte du droit aux prestations dans la présente espèce.

(ATFA 1967, p. 117.)