

## CHRONIQUE MENSUELLE

Le groupe de travail pour la coordination des contrôles d'employeurs de l'AVS et de la CNA a tenu une nouvelle séance le 15 juin sous la présidence du professeur B. Lutz. Les discussions sur le programme des travaux ont pu être menées à bonne fin. Le groupe s'occupera à présent de la rédaction d'un rapport.

\*

La 52<sup>e</sup> assemblée des délégués de l'association suisse Pro Infirmis a eu lieu à Fribourg le 19 juin, sous la présidence de son président M. N. Celio, conseiller fédéral. La secrétaire centrale, M<sup>lle</sup> E. Liniger, a commenté le rapport annuel ainsi que d'autres questions. M. A. Granacher, de l'Office fédéral des assurances sociales, a parlé des questions en suspens concernant l'assurance sociale. Ensuite, M. R. Girod, professeur aux Universités de Genève et Fribourg, s'est exprimé sur le thème « Sociologie et politique sociale ». Pour terminer, les participants ont visité le home « Les Buissonnets » où près de 150 enfants aptes à recevoir une formation pratique sont éduqués.

✧

Les gérants des offices régionaux AI se sont réunis le 22 juin sous la présidence de M. Ackermann de l'Office fédéral des assurances sociales. La discussion a porté notamment sur la prise en compte des bourses offertes par l'Etat dans les cas de formation professionnelle initiale ou de reclassement. Ensuite, on a abordé la question des mesures de réadaptation professionnelle en faveur des invalides disposant d'une capacité de gain réduite.

\*

La Commission spéciale pour le certificat d'assurance et le CI a tenu sa septième séance les 23 et 24 juin à Nyon, sous la présidence de M. Granacher, de l'OFAS. Elle s'est penchée sur un projet de nouvelles directives tenant compte de l'engagement de moyens techniques modernes (lecteur optique et ordinateur) destinés à augmenter la sécurité et la rapidité des échanges d'informations entre les caisses et la Centrale de compensation. La commission a profité de cette réunion pour se rendre compte de visu du travail effectué dans le domaine de l'informatique par la Centrale de compensation, à Genève.

*La Commission pour l'examen de la nouvelle circulaire concernant la facturation des mesures de réadaptation individuelles* s'est réunie le 1<sup>er</sup> juillet sous la présidence de M. Achermann de l'Office fédéral des assurances sociales. Elle s'est occupé du projet en première lecture et a nommé une sous-commission pour discuter des questions concernant les formules.

## **Grandes lignes de la politique gouvernementale durant la législature 1967-1971**

Le 15 mai 1968, le Conseil fédéral a soumis pour la première fois à l'Assemblée fédérale un « *Rapport... sur l'application des grandes lignes de la politique gouvernementale durant la législature 1968-1971* ». Cette législature tire à sa fin. Un *compte rendu* sur cette période a été fait le 28 avril 1971<sup>1</sup>. La *sécurité sociale* y est traitée au chapitre VIII, en termes concis, que nous reproduisons ci-dessous:

« Depuis un quart de siècle, le développement de la prévoyance en faveur de nos concitoyens âgés a connu d'appréciables progrès. Néanmoins, les exigences auxquelles doivent répondre les œuvres sociales, l'*assurance-vieillesse* notamment, ont fortement augmenté sous l'effet de la croissance économique et de la tendance inflationniste générale qui prédomine. De nombreuses interventions parlementaires et extraparlémentaires, qui réclament une modification de la structure de notre régime de prévoyance en faveur de la vieillesse, laissent penser que nous sommes à la veille de révisions nouvelles qui modifieront profondément la loi. La période législative écoulée a été marquée par d'importantes adaptations: par deux fois, les prestations de l'AVS ont été augmentées, alors que les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI étaient également améliorées. La fondation nationale suisse « Pour la vieillesse » reçoit une subvention fédérale plus importante, qui doit lui permettre de s'acquitter mieux encore de ses tâches accrues au service de nos vieillards. Le rapport complet de la commission d'experts, concernant l'encouragement de la prévoyance professionnelle pour les cas de vieillesse, d'invalidité et de décès est d'une importance décisive. Il a été possible d'entamer, au mois de mars 1971, une procédure de consultation sur l'avant-projet de dispositions constitutionnelles en matière de prévoyance pour les cas de vieillesse, de décès et d'invalidité. Nous

<sup>1</sup> 1967 ou 1968: La législature a commencé le 1<sup>er</sup> décembre 1967; elle prendra fin le 30 novembre 1971. Le rapport dont il est question au début a été fait le 15 mai 1968. Ceci explique les lacunes.

vous soumettrons ultérieurement un projet législatif en vue d'assurer l'efficacité du deuxième pilier. Les préparatifs requis par la 8<sup>e</sup> révision de l'AVS ont été entrepris.

Durant la première décennie de son existence, l'*assurance-invalidité* est devenue l'une des branches de notre sécurité sociale qui dispensent le plus de bienfaits. Deux projets présentés durant la législature visaient à adapter aux modifications survenues le *régime des allocations pour perte de gain* versées aux hommes astreints à servir dans l'armée ou dans la protection civile, ainsi que les *allocations familiales servies aux ouvriers agricoles et aux petits paysans*. Un autre projet touchait quelques points de l'*assurance-accidents* obligatoire, car on ne pouvait pas attendre, pour résoudre ces problèmes, que les préparatifs concernant la révision de l'ensemble des questions en suspens soient terminés. L'augmentation du revenu assuré déterminant était l'un des éléments les plus importants de ce sujet.

Tout d'abord, la commission d'experts, chargée de préparer le nouveau régime de l'*assurance-maladie*, a surtout étudié l'évolution des frais d'hospitalisation, ainsi que le financement futur de l'assurance-maladie elle-même. Nous avons pris, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1971, les mesures immédiates qui s'imposaient; elles reflètent les propositions de cette commission (modification du mode de financement, révision de la participation des assurés aux prestations médico-pharmaceutiques). La commission s'occupe avec attention de tous les problèmes essentiels de l'assurance-maladie (champ d'application, obligation de s'assurer, prestations, couverture des frais). »

Une annexe à ce rapport contient une liste des messages et rapports qui ont été élaborés. On trouve la liste suivante sous le titre « Sécurité sociale ».

Message/Rapport *	Date	FF
<i>A. Sécurité sociale</i>		
Modification de la loi sur l'assurance-vieillesse et survivants . . . . .	4. 3. 1968	1968 I 602
Modification de la loi sur les allocations aux militaires pour perte de gain . . . . .	3. 7. 1968	1968 II 81
Modification de la loi qui fixe le régime des allocations familiales aux travailleurs agricoles et aux petits paysans . . . . .	14. 5. 1969	1969 I 1089
Modification de la loi sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité . . . . .	28. 1. 1970	1970 I 145
Modification de la loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents . . . . .	4. 2. 1970	1970 I 178
Augmentation des rentes de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité . . . . .	1. 4. 1970	1970 I 649
* Encouragement de la prévoyance professionnelle pour les cas de vieillesse, d'invalidité et de décès . .	2. 9. 1970	1970 II 569

## Le deuxième pilier

Cet article met un point final à la publication des résultats de la statistique des caisses de pension 1966. L'étude portera cette fois sur les *recettes et les dépenses* des institutions de prévoyance. Traitées d'abord séparément, elles seront, pour finir confrontées entre elles au tableau 17; *l'exédent des recettes* et la *fortune nette* y apparaîtront aussi. Le tableau 17 se distingue de tous les autres par le fait que les montants absolus sont exprimés également en pourcentage de la somme brute des salaires, ce qui crée une nouvelle relation intéressante. Ce tableau est tiré du Rapport de la Commission fédérale d'experts chargée d'examiner les mesures propres à encourager la prévoyance professionnelle pour les cas de vieillesse, d'invalidité et de décès du 16 juillet 1970. Les résultats de la statistique des caisses de pensions y figurent aussi, mais sous une forme quelque peu différente. De plus, ils sont complétés par des études spéciales que l'on ne peut aborder ici.

### 10. Les recettes des institutions de prévoyance

Les recettes des institutions de prévoyance ont atteint 3,6 milliards de francs en 1966. Environ un tiers de ce montant concerne les institutions de prévoyance de droit public. Les *cotisations des employeurs et des salariés constituent la source principale des recettes*. Elles représentent tout juste 70 pour cent; cette proportion est à peu près la même dans le secteur de droit public

#### *Recettes des institutions de prévoyance*

Tableau 12

Nature des recettes	Institutions de prévoyance					
	de droit public		de droit privé		en tout	
	en millions	%	en millions	%	en millions	%
Cotisations des employeurs	491,6	42,3	1 174,5	48,2	1 666,1	46,3
Cotisations des salariés . . .	302,8	26,0	518,0	21,3	820,8	22,8
Ensemble	794,4	68,3	1 692,5	69,5	2 486,9	69,1
Prestations des assurances de groupe . . . . .	6,4	0,6	136,0	5,6	142,4	4,0
Autres recettes . . . . .	362,1	31,1	605,3	24,9	967,4	26,9
Total	1 162,9	100	2 433,8	100	3 596,7	100

et dans le secteur de droit privé. Dans le premier de ces secteurs, les cotisations de salariés prennent une part relativement plus importante que dans le secteur de droit privé où les cotisations des employeurs représentent en moyenne plus du double des cotisations des salariés. Nous reviendrons ultérieurement sur cette relation (tableau 13). Les prestations des assurances de groupe ont, dans les institutions de droit public, une importance minime. Le reste des recettes se compose principalement des intérêts et des transferts provenant d'autres institutions de prévoyance.

Le tableau 13 montre comment les cotisations des employeurs et des salariés se répartissent quant à leurs caractéristiques. Nous nous abstenons de nous étendre plus avant sur la part du total général que représentent, dans chaque cas, les différentes sortes de caisses, la répartition correspondant à peu près à celle des membres actifs (cf. tableau 2, p. 233). Une attention spéciale sera en revanche vouée aux rapports entre les cotisations des employeurs et les coti-

*Cotisations des employeurs et des salariés d'après les caractéristiques des institutions de prévoyance*

Tableau 13

Caractéristiques	Cotisations en millions		Rapport entre les cotisations des employeurs et les cotisations des salariés
	Employeurs	Salariés	
<b>Institutions de prévoyance de droit public</b>			
Caisses autonomes . . . . .	478,8	293,7	1,63 : 1
Caisses autonomes avec assurances de groupe . . . . .	2,2	1,3	1,63 : 1
Assurances de groupe . . . . .	4,6	2,3	1,98 : 1
Caisses de dépôts d'épargne . . . .	6,0	5,5	1,10 : 1
Total	491,6	302,8	162 : 1
<b>Institutions de prévoyance de droit privé</b>			
Caisses autonomes . . . . .	547,9	291,6	1,88 : 1
Caisses autonomes avec assurances de groupe . . . . .	149,6	58,7	2,55 : 1
Assurances de groupe . . . . .	244,5	108,4	2,25 : 1
Caisses de dépôts d'épargne . . . .	107,5	59,1	1,82 : 1
Fonds de prévoyance <sup>1</sup> . . . . .	125,0	0,2	637 : 1
Total	1 174,5	518,0	2,27 : 1

<sup>1</sup> Les fonds de prévoyance sont alimentés presque exclusivement par des cotisations d'employeurs. Etant de peu d'importance dans les institutions de droit public, ils n'ont pas été mentionnés.

sations des salariés. On remarquera que les membres des institutions de prévoyance du secteur de droit privé sont mieux lotis que ceux du secteur de droit public pour ce qui est du financement des prestations de prévoyance. En effet, les cotisations dont s'acquittent leurs employeurs représentent un multiple des cotisations des salariés, beaucoup supérieur à celui que l'on trouve dans le secteur de droit public (2,27 contre 1,62).

Le rapport entre la contribution de l'employeur et celle du salarié est grandement influencé par le genre de la caisse. Quand il s'agit d'assurances de groupe, même de celles ayant le caractère de complément d'une caisse autonome, les employeurs contribuent au financement dans une mesure relativement plus importante que les salariés. Il en va autrement lorsqu'il s'agit de caisses de dépôts d'épargne où, dans le domaine du droit public, les parts des cotisations sont presque équivalentes (Relation 1,1 : 1). Les fonds de prévoyance occupent une position particulière, en ce sens qu'ils sont presque exclusivement financés par les cotisations des employeurs.

Les cotisations des employeurs se subdivisent en *cotisations statutaires* et en *contributions d'une autre nature*. Il ressort du tableau 14 que, dans les institutions de droit privé, les contributions d'une autre nature représentent, avec 36,6 pour cent, une part notablement plus élevée des cotisations des employeurs que dans les institutions de droit public où la proportion n'est que de 25 pour cent. C'est à cette différence qu'est imputable en grande partie l'écart nettement prononcé qui sépare entre eux les rapports moyens au tableau 13 (c'est-à-dire 1,62 et 2,227).

Si les cotisations des salariés (302,8 et 518 millions de francs) n'étaient comparées qu'avec les cotisations statutaires des employeurs (368,7 et 744,6 millions de francs), l'écart entre les rapports serait peu important (1,22 et 1,43 respectivement). Les contributions d'une autre nature consistent en général en versements uniques destinés à augmenter les prestations d'assurance. Dans le secteur de droit privé, les réserves ou les excédents peuvent servir au financement supplémentaire. Dans le secteur de droit public, les versements supplémentaires de l'employeur sont nécessités par le fait que l'allocation de renché-

#### *Cotisations des employeurs selon la nature de la contribution*

Tableau 14

Nature de la contribution	Institutions de prévoyance					
	de droit public		de droit privé		au total	
	en millions	%	en millions	%	en millions	%
Cotisations statutaires . . . . .	368,7	75,0	744,6	63,4	1 113,3	66,8
Contributions d'une autre nature . . . . .	122,9	25,0	429,9	36,6	552,8	31,2
Total	491,6	100	1 174,5	100	1 666,1	100

rissement doit être incorporée dans le revenu assuré et que les salariés âgés ne sont souvent pas tenus de verser entièrement les primes de rappel lors de l'augmentation du revenu assuré. Au reste, la délimitation des deux sortes de contributions n'est pas toujours simple; c'est bien plutôt une question d'appréciation.

Alors que, dans l'AVS, les cotisations sont supportées à parts égales par l'employeur et le salarié, il existe, dans la prévoyance collective, des institutions qui ne demandent pas de cotisations à leurs membres actifs <sup>1</sup>. Les institutions de prévoyance se répartissent donc aussi selon le genre de financement et selon qu'il y a ou non, en sus des cotisations des employeurs, des cotisations de salariés. Cette répartition ressort du tableau 15.

*Institutions de prévoyance et cotisations des employeurs selon la nature du financement*

Tableau 15

Institutions de prévoyance Nature de la contribution	Financement par les cotisations des employeurs seulement	Financement par les cotisations des employeurs et des salariés	Total
	Institutions de prévoyance		
Prévoyance en chiffres absolus . . . . .	2 706	10 598	13 304
Prévoyance en pour-cent . . . . .	20,3	79,7	100
	Cotisations des employeurs en millions		
Cotisations statutaires . . . . .	60,2	1 053,1	1 113,3
Contributions d'une autre nature . . . . .	167,9	384,9	552,8
En tout	228,1	1 438,0	1 666,1
	Répartition relative des cotisations des employeurs		
Cotisations statutaires . . . . .	5,4	94,6	100
Contributions d'une autre nature . . . . .	30,4	69,6	100
En tout	13,6	86,4	100

Dans 2706 institutions de prévoyance sur 13 304, c'est-à-dire *dans une institution sur cinq, aucune cotisation de salariés* n'est perçue; il n'y a que des cotisations d'employeurs. Celles-ci se montent à 228 millions de francs (proportion: 13,6 pour cent) et se composent surtout de contributions d'une autre nature.

<sup>1</sup> Il s'agit presque exclusivement d'institution de droit privé. Cette méthode peut comporter toutefois des inconvénients pour le salarié, son droit d'intervention dans l'institution de prévoyance s'en voyant restreint.

## 11. Les dépenses des institutions de prévoyance

Les rentes et les capitaux versés par les institutions de prévoyance ayant, en tant que postes de dépenses importants, déjà été mentionnés de façon détaillée dans le dernier article, sous chiffre 9, nous nous bornerons ici à faire quelques remarques succinctes. Au tableau 16 a est reproduite la répartition des dépenses pour les deux sortes d'institutions de prévoyance et au tableau 16 b celles des différents genres de caisses (caractéristiques).

On rappellera à ce propos que sur les 266,5 millions de francs de capitaux, 91,7 millions ont été versés aux personnes âgées, aux invalides et aux survivants et 159,1 millions à des personnes qui ont quitté prématurément les institutions de prévoyance. Ce qui frappe chez les institutions de droit privé, c'est que

### *Dépenses des institutions de prévoyance*

a) Selon la nature des dépenses et de l'institution

Tableau 16 a

Nature des dépenses	Institutions de prévoyance					
	de droit public		de droit privé		en tout	
	en millions	%	en millions	%	en millions	%
Rentes . . . . .	502,2	79,8	324,7	27,5	826,9	45,7
Capitaux . . . . .	56,6	9,0	209,9	17,8	266,5	14,7
Primes versées à des sociétés d'assurance . . . . .	10,2	1,6	434,5	36,9	444,7	24,6
Autres dépenses . . . . .	60,6	9,6	209,7	17,8	270,3	15,0
Total	629,6	100	1 178,8	100	1 808,4	100

b) Selon la nature des dépenses et des caractéristiques

Tableau 16 b

Montants en millions

Caractéristiques	Rentes	Capitaux		Primes versées à des sociétés d'assurance	Autres dépenses	En tout
		Vieillesse, décès, invalidité	Autres			
Caisses autonomes . . . . .	729,9	26,7	116,3	6,6	153,9	1 033,4
Caisses autonomes avec assurances de groupe . . . . .	29,8	15,9	14,2	83,0	22,7	165,6
Assurances de groupe . . . . .	30,8	31,8	22,6	335,9	22,9	444,0
Caisses de dépôts d'épargne . . . . .	13,3	13,8	19,8	16,7	34,8	98,4
Fonds de prévoyance . . . . .	23,1	3,5	1,9	2,5	36,0	67,0
Total	826,9	91,7	174,8	444,7	270,3	1 808,4

les primes versées aux compagnies d'assurance représentent, avec 36,9 pour cent, une part plus importante des dépenses que les rentes et les capitaux. Pour des raisons logiques, les primes d'assurance sont principalement imputables aux assurances de groupe; les 336 millions de francs indiqués représentent les trois quarts en chiffre rond du total des dépenses des assurances de groupe (444 millions de francs). En revanche, les prestations d'assurance versées représentent, avec 63 millions de francs, un montant relativement bas. Ce montant ne comprend toutefois pas les prestations versées directement par les compagnies d'assurance.

## 12. Compte annuel des institutions de prévoyance

Le compte annuel ainsi que la fortune disponible à la fin de l'année à laquelle nous nous référons sont récapitulés de façon succincte au tableau 17. En regard des recettes de 3597 millions de francs figurent les dépenses pour 1809 millions de francs.

L'excédent des recettes attribué à l'augmentation des réserves se montait donc à 1788 millions de francs et la *fortune nette* à 22,1 milliards de francs. Ces chiffres montrent que les institutions de prévoyance considérées ont fondé

### Comptes annuels des institutions de prévoyance

Tableau 17

Articles des comptes	Institutions de droit public		Institutions de droit privé		Institutions de droit public et de droit privé	
	Montants en millions de francs	Montants en % de la somme brute des salaires	Montants en millions de francs	Montants en % de la somme brute des salaires	Montants en millions de francs	Montants en % de la somme brute des salaires
<i>Recettes en tout</i> . . . . .	1 163	26,9	2 434	13,2	3 597	15,8
— dont... contributions des employeurs . . . . .	492	11,4	1 175	6,4	1 667	7,3
— dont... contributions des salariés . . . . .	303	7,0	518	2,8	821	3,6
<i>Dépenses en tout</i> . . . . .	630	14,6	1 179	6,4	1 809	7,9
— dont... sous forme de rentes . . . . .	502	11,6	325	1,8	827	3,6
— dont... sous forme de capitaux . . . . .	57	1,3	210	1,1	267	1,2
<i>Excédent de recettes</i> . . . . .	533	12,3	1 255	6,8	1 788	7,9
<i>Fortune nette</i> . . . . .	9 228	213,4	12 878	69,9	22 106 <sup>1</sup>	97,2

<sup>1</sup> Sans 3 milliards représentant les capitaux de couverture de l'assurance de groupes auprès de l'assurance privée.

leur système de financement sur une capitalisation d'un degré élevé. En comparant les parts de fortune revenant à chacun des deux secteurs — 9,2 milliards de francs au secteur de droit public et 12,9 milliards au secteur de droit privé — on tiendra compte du fait que la valeur de rachat (capital de couverture) des assurances de groupe, d'un montant de 3 milliards, n'est pas comprise dans le total général de 22,1 milliards de francs. Si cette valeur de rachat était aussi prise en considération dans la fortune, la fortune des institutions de droit privé en serait augmentée.

Comme on l'a mentionné au début, le tableau 17 indique aussi les montants en pour-cent des sommes brutes des salaires. Les intéressantes comparaisons sont ainsi rendues possibles. On se bornera ci-après à mentionner quelques chiffres. Les cotisations des employeurs et des salariés représentaient ensemble 10,9 pour cent de la somme brute des salaires; la part dans le secteur de droit public a été, avec 18,4 pour cent, notablement plus élevée que la part dans le secteur privé avec 9,2 pour cent, ces pourcentages étant calculés par rapport à la somme des salaires afférente à chaque secteur. D'autre part — vue dans son ensemble — la fortune nette a presque égalé la somme brute des salaires (97,2 pour cent); dans les institutions de prévoyance de droit public, elle s'est même élevée à plus du double de la somme des salaires afférente à ce secteur (213,4 pour cent).

\* \* \*

Dans son rapport annuel, une caisse cantonale de compensation a émis l'opinion suivante sur l'ajournement des rentes prévu par l'article 39 LAVS: « Cette institution devrait disparaître comme elle a vécu: discrètement, dans le silence, sans éveiller l'attention. Deux assurés seulement ont demandé l'ajournement pendant l'exercice. Etaient-ce deux farfelus, ou est-ce le système qui est saugrenu? Nous ne le savons. »

## Mesures médicales appliquées à la maladie de Perthès

On soumet constamment à l'Office fédéral des assurances sociales des cas de maladie de Perthès<sup>1</sup>. Il s'agit de foyers de destruction qui apparaissent, à l'âge de la croissance, dans la tête ou le col du fémur ou dans la cavité cotyloïde. La médecine distingue quatre groupes de maladies de Perthès. Du point de vue de l'AI, le traitement s'inspire des critères suivants:

### 1. La maladie de Perthès simple

De très loin la plus fréquente, elle survient généralement à 3 ou 4 ans, rarement après 8 ans, exceptionnellement après 10 ans chez un sujet précédemment en bonne santé. Elle est, la plupart du temps, unilatérale et guérit souvent par la simple mise au repos de la tête fémorale au moyen d'un appareil de décharge.

Classiquement, la maladie de Perthès dure 3 ou 4 ans. *Son traitement n'est jamais à la charge de l'AI, qu'il soit conservateur ou qu'il consiste en ostéotomies dont le but est de revitaliser la tête fémorale.*

Lorsque l'évolution de la maladie est terminée, soit généralement vers 7 ou 8 ans, la tête fémorale a atteint un état relativement définitif sous la forme d'une épiphyse reconstruite ou éventuellement déformée, à laquelle la cavité cotyloïde et le sourcil cotyloïdien se sont assez bien adaptés.

Si la maladie a été tardive, cette adaptation n'a pas pu se faire et l'on doit parfois pratiquer chez des assurés mineurs des ostéotomies qui ont pour but de prévenir l'apparition, plus tard, d'une coxarthrose. Ces opérations ont donc un but essentiellement prophylactique et à relativement longue échéance (plusieurs années). Elles ne peuvent pas, de ce fait, être considérées comme des mesures médicales de réadaptation au sens de l'article 12 LAI qui prévoit, selon le TFA, la prévention d'une invalidité survenant dans un avenir peu éloigné (RCC 1970, p. 525).

Lorsque des corrections orthopédiques sont nécessaires chez des assurés majeurs, à un âge plus avancé, elles peuvent être prises en charge par l'AI si elles 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.

<sup>1</sup> Georg Perthès, chirurgien à Tubingue, 1869-1927.

L'appareil de décharge utilisé pour le traitement de l'affection est malgré tout un moyen auxiliaire si, en plus de sa fonction thérapeutique, il doit permettre à l'assuré de fréquenter l'école ou de faire un apprentissage.

## II. *La maladie de Perthès survenant au cours de l'évolution d'une luxation congénitale ou d'une dysplasie congénitale de la hanche*

Il s'agit alors d'une complication de l'infirmité congénitale, si intimement liée à cette dernière que les frais de l'ensemble du traitement sont à la charge de l'AI, car on ne peut pas disjoindre le traitement de l'infirmité congénitale de celui de cette complication (art. 13 LAI).

## III. *La maladie de Perthès héréditaire et congénitale*

C'est une affection très rare, touchant quelques familles en Suisse dont les noms sont connus des spécialistes, et qu'il faut classer dans les dysostoses (chiffre 123 de la liste de l'OIC).

## IV. *La maladie de Perthès symptomatique d'une autre affection, c'est-à-dire qui est une manifestation de cette affection*

Lorsque l'affection primaire est une infirmité congénitale, comme la dysostose polyépiphysaire de Ribbing (chiffre 123 de la liste de l'OIC), la luxation congénitale de la hanche (chiffre 183 de la liste de l'OIC), ou la dysplasie de la hanche (chiffre 183 de la liste de l'OIC), le traitement du tout (dysostose + Perthès) est à la charge de l'AI, selon l'article 13 LAI, car il existe un lien de causalité si étroit entre les deux affections qu'on ne peut pas disjoindre artificiellement leurs traitements.

Au contraire, si l'affection primaire est acquise (maladie ou accident), ni son traitement, ni celui de la maladie secondaire qu'elle a provoquée ne peuvent être pris en charge par l'AI (art. 12 LAI). Le lien de causalité qui existe entre les deux affections exige, cette fois-ci, que le traitement du tout soit pris en charge par celui qui doit assumer les frais de traitement de l'affection primaire.

Lorsque ce traitement global est terminé, c'est-à-dire lorsque l'affection primaire — infirmité congénitale, maladie, accident — et l'affection secondaire — Perthès — ont achevé leur évolution, il peut arriver que des corrections orthopédiques soient nécessaires (art. 4 LAI), par exemple s'il s'est produit une coxarthrose précoce (le plus fréquemment après 40 ans, rarement entre 30 et 40 ans, exceptionnellement avant 30 ans, par exemple dans un cas d'épiphyséolyse de la tête fémorale compliquée d'une maladie de Perthès). L'AI peut alors assumer les frais d'une ostéotomie intertrochantérienne, d'une arthroplastie ou d'une arthodèse de la hanche, si les conditions de l'article 12, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI sont remplies.

## Montants minima des allocations familiales prévues par les lois cantonales

(Etat au 1<sup>er</sup> juillet 1971)

### a) Allocations familiales aux salariés

Cantons	Allocations pour enfants <sup>1</sup> par mois et par enfant en francs	Allocations de formation professionnelle en francs <sup>2</sup>	Allocations de naissance en francs	Cotisations des employeurs affiliés aux caisses cantonales en pourcentage des salaires
Appenzell Rh.-Ext. . . . .	25	—	—	1,5
Appenzell Rh.-Int. . . . .	25	—	—	0,5—1,5
Argovie . . . . .	30	—	—	1,5
Bâle-Campagne . . . . .	50	—	—	2,0
Bâle-Ville . . . . .	50	—	—	1,5
Berne . . . . .	30	—	—	1,3
Fribourg . . . . .	40/50 <sup>3</sup>	85	150	3,0
Genève . . . . .	50/60 <sup>3</sup>	120	460	1,7
Glaris . . . . .	35	—	—	— <sup>4</sup>
Grisons . . . . .	30	—	—	1,7
Lucerne . . . . .	30	—	—	1,9
Neuchâtel . . . . .	45	70	—	2,0
Nidwald . . . . .	25	—	—	1,5
Obwald . . . . .	25	—	—	1,8
Saint-Gall . . . . .	30	—	—	1,8
Schaffhouse . . . . .	30	—	—	1,6
Schwyz . . . . .	30	—	—	1,8
Soleure . . . . .	40	—	—	1,6
Tessin . . . . .	50	—	—	2,0
Thurgovie . . . . .	25	—	—	1,5
Uri . . . . .	25	—	—	1,5
Valais . . . . .	40	60	—	— <sup>4</sup>
Vaud . . . . .	40 <sup>5</sup>	80	150	2,0
Zoug . . . . .	35	—	—	1,5
Zurich . . . . .	30	—	—	1,25

<sup>1</sup> 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, Schaffhouse, Soleure et Schwyz,

— 18 ans pour les enfants incapables de gagner leur vie (cantons de Schaffhouse et Zoug).

<sup>2</sup> L'allocation de formation professionnelle est versée

— à Fribourg et en Valais, de la 16<sup>e</sup> à la 25<sup>e</sup> année,  
— à Genève, de la 15<sup>e</sup> à la 25<sup>e</sup> année,  
— à Neuchâtel, dès la fin de la scolarité obligatoire jusqu'à 25 ans révolus,  
— dans le canton de Vaud, dès le 1<sup>er</sup> avril de la 16<sup>e</sup> année jusqu'à 25 ans révolus.

<sup>3</sup> Les allocations pour enfants sont graduées comme suit:

— à Fribourg, 40 fr. pour les enfants au-dessous de 11 ans et 50 fr. pour les enfants de 12 à 16 ans,  
— à Genève, 50 fr. pour les enfants au-dessous de 10 ans et 60 fr. pour les enfants au-dessus de 10 ans,

<sup>4</sup> Il n'y a pas de caisse cantonale de compensation pour allocations familiales.

<sup>5</sup> L'allocation s'élève à 80 fr. par mois pour les enfants de 16 à 20 ans révolus, incapables de gagner leur vie par suite de maladie, d'accident ou d'infirmité.

b) Allocations pour enfants aux salariés étrangers

Cantons	Montant mensuel par enfant en francs	Enfants donnant droit à l'allocation et résidant à l'étranger <sup>1</sup>	Limite d'âge	
			Ordinaire	Pour enfants aux études, en apprentissage ou infirmes
Appenzell Rh.-Ext. .	25	légitimes et adoptifs	16	16
Appenzell Rh.-Int. .	25	tous	16	20
Argovie . . . . .	30	légitimes et adoptifs	16	16
Bâle-Campagne . . .	50	légitimes	16	16
Bâle-Ville . . . . .	50	tous	16	22
Berne . . . . .	30	légitimes et adoptifs	15	15
Fribourg . . . . .	40/50 <sup>2</sup>	tous	15	15
Genève . . . . .	40	légitimes et adoptifs	15	15
Glaris . . . . .	35	tous	16	20
Grisons . . . . .	30	légitimes et adoptifs	15	15
Lucerne. . . . .	30	tous	16	20
Neuchâtel . . . . .	25	légitimes et adoptifs	15	15
Nidwald . . . . .	25	légitimes et adoptifs	16	16
Obwald . . . . .	25	tous	16	20
Saint-Gall . . . . .	30	légitimes et adoptifs	15	15
Schaffhouse . . . . .	30	tous	16	18/25 <sup>3</sup>
Schwyz . . . . .	30	tous	16	20/25 <sup>3</sup>
Soleure . . . . .	40	légitimes et adoptifs	16	16
Tessin . . . . .	50	tous	18	20
Thurgovie . . . . .	25	tous	16	20
Uri . . . . .	25	tous	16	20
Valais . . . . .	40	tous	16	20
Vaud . . . . .	40	légitimes et adoptifs	15 <sup>4</sup>	15 <sup>4</sup>
Zoug . . . . .	35	tous	16	18/20 <sup>3</sup>
Zurich . . . . .	30	tous	16	16

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

<sup>2</sup> 40 fr. pour les enfants au-dessous de 11 ans révolus; 50 fr. pour les enfants de 12 à 15 ans.

<sup>3</sup> La première limite concerne les enfants incapables d'exercer une activité lucrative et, la seconde, les étudiants et apprentis.

<sup>4</sup> L'allocation pour enfant est versée jusqu'au 31 mars de l'année au cours de laquelle les enfants vivant en Suisse atteignent leur 16<sup>e</sup> année (fin de la scolarité obligatoire) et les enfants résidant à l'étranger leur 15<sup>e</sup> année.

## **Problèmes d'application**

### **AVS. Rectification à propos des directives sur le salaire déterminant<sup>1</sup>**

Les N<sup>os</sup> 112 et 154 desdites directives ont été modifiés, en ce qui concerne les rémunérations des contrôleurs vétérinaires, avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 1972 (RCC 1970, p. 433).

La nouvelle teneur des N<sup>os</sup> 112 et 154 figure dans le supplément à ces directives publié en décembre 1970; on a oublié cependant de signaler qu'elle est valable seulement à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1972.

### **AVS. L'obligation des bénéficiaires de rentes AI de payer les cotisations<sup>1</sup>**

Les invalides âgés de 20 à 62 (65) ans et n'exerçant pas d'activité lucrative sont tenus de payer les cotisations AVS/AI/APG, seules les épouses et les veuves étant libérées de cette obligation. Souvent, les intéressés l'ignorent et omettent ces versements, ce qui peut entraîner plus tard une réduction de leur rente de vieillesse. Les caisses de compensation sont priées de signaler ce danger aux bénéficiaires de rentes AI. Le *Centre d'information des caisses de compensation AVS* a créé à cet effet un document en trois langues intitulé « Mémento à l'intention des bénéficiaires de rentes AI », qui devrait être remis à tous les assurés bénéficiant d'une telle rente.

On signale constamment à l'OFAS des cas de lacunes de cotisations. Il est recommandé, par conséquent, de remettre ce mémento non seulement lors de l'octroi d'une rente AI, mais de le distribuer aux bénéficiaires de telles prestations tous les 2, 3 ou 4 ans.

### **AI. Cures de bains répétées au titre de mesures médicales de réadaptation**

*(Complément du chiffre marginal 974 du Bulletin de l'AI N<sup>o</sup> 122)*

Précisant la jurisprudence qu'il a rendue jusqu'à présent à propos de l'octroi réitéré de cures de bains, le TFA a constaté, dans le cas d'un assuré partiellement paralysé à la suite d'une atteinte par la foudre (cf. arrêt F. B.), que les

<sup>1</sup> Extrait du Bulletin de l'AVS N<sup>o</sup> 29.

cures de bains demandées ne constituaient pas des mesures conservatrices ayant pour but d'enrayer les progrès des séquelles de la paralysie. On se trouvait là, bien plutôt, en présence de séquelles stables ou en tout cas relativement stabilisées qui, même non traitées, ne pouvaient s'aggraver, mais qui, en fait, ont pu être améliorées pour plusieurs années par des mesures physiothérapeutiques adéquates et pouvaient s'améliorer davantage encore à l'avenir. Dans ces circonstances, rien ne s'opposait à l'octroi répété de cures de bains.

Dans un autre arrêt (cf. arrêt F. U.), le TFA a prononcé que des mesures médicales, notamment des mesures physiothérapeutiques, devaient être accordées dans les cas de paralysie jusqu'à ce qu'un « optimum » acceptable soit atteint, c'est-à-dire aussi longtemps que la continuation de la mesure pouvait faire espérer de nouveaux progrès dans l'état du patient. En revanche, les mesures médicales dont le succès n'est pas durable et qui doivent être répétées constamment afin de maintenir l'« optimum » atteint n'ont pas le caractère prépondérant de mesures de réadaptation.

On relèvera donc à ce propos que la prescription de l'OFAS au chiffre 974 du Bulletin de l'AI N° 122, du 11 mai 1970, selon laquelle les mesures physiothérapeutiques continues ou répétées périodiquement dans les cas de paralysie doivent être refusées, ne concerne que les cas où une amélioration ultérieure de séquelles au moins relativement stabilisées n'est plus possible et où le traitement physiothérapeutique vise des phénomènes secondaires labiles. Ainsi, dans les cas de paralysie, notamment, l'octroi de cures de bains ne peut être refusé pour le seul motif que ces cures doivent être répétées; il ne peut l'être que lorsqu'il apparaît qu'elles servent au traitement d'un processus pathologique labile, primaire ou secondaire.

Il convient de rappeler par ailleurs que d'autres cas semblables sont actuellement pendants devant le TFA. Ces cas soulèvent notamment le problème de la notion de processus pathologique secondaire; ils pourraient conduire le TFA à préciser encore la jurisprudence susmentionnée.

## EN BREF

### **Bibliothèque sonore pour aveugles**

Les magnétophones sont un moyen particulièrement efficace pour permettre aux aveugles de sortir de leur isolement. La Bibliothèque sonore suisse pour aveugles, à Zurich, fondée il y a une vingtaine d'années, s'est acquis un grand mérite à cet égard. Voici un extrait de son dernier rapport annuel:

« Le but de notre bibliothèque est de rendre la bonne littérature accessible aux déficients de la vue, au moyen d'enregistrements sur bandes magnétiques, et d'aider ces invalides à se procurer des magnétophones.

### 1. Les auditeurs

Qui peut consulter les « livres parlants » de notre bibliothèque ? En vertu des accords conclus entre les éditeurs et les bibliothèques sonores, ce droit est réservé aux personnes qui sont aveugles ou dont la déficience visuelle est telle qu'elles ne peuvent plus lire des imprimés, ou ne le peuvent que pendant une durée limitée.

Pendant l'exercice écoulé, le nombre des auditeurs a évolué de la manière suivante:

1 <sup>er</sup> janvier 1970 . . . . .	1412
Nouveaux auditeurs . . . . .	129
Décès . . . . .	50
31 décembre 1970 . . . . .	1491

### 2. La production des livres et leur prêt

Pendant l'exercice, 242 nouveaux livres ont été admis dans notre bibliothèque. 174 d'entre eux ont été enregistrés dans nos deux studios; les 68 autres provenaient de bibliothèques sonores allemandes, de la Reformierte Blindenpflege à Zurich, ou ont été enregistrés par les auditeurs eux-mêmes.

Notre catalogue comprenait, à la fin de l'année, 2749 livres parlants, qui peuvent être prêtés en 2 à 10 copies.

Pour la première fois, on a essayé d'enregistrer de la littérature romanche. Toutefois, d'importantes difficultés empêchent une production plus abondante dans cette langue. D'abord, on sait que le romanche se subdivise en cinq dialectes; d'autre part, il n'est pas facile de trouver des personnes de langue romanche qui acceptent de consacrer beaucoup de temps à des travaux d'enregistrement.

Pendant l'année écoulée, 19 342 livres ont été prêtés. Le prêt a été ouvert pendant 48 semaines; chaque auditeur a lu, en moyenne, 13 livres.

A partir de 1971, le prêt sera quotidien et non plus hebdomadaire, ce qui permettra aux auditeurs de se procurer plus rapidement les lectures désirées.

### 3. Un nouveau système: celui des cassettes de bandes sonores

Pendant les vingt dernières années, on n'a fait les enregistrements que sur des bandes magnétiques ouvertes. On va adopter désormais le système des cassettes, qui présentent l'avantage d'être plus maniables, principalement pour les aveugles âgés.

On savait, dès le début, que les bibliothèques pour aveugles utiliseraient un jour, elles aussi, les cassettes de bandes magnétiques. Cependant, il existait deux systèmes entre lesquels il fallait choisir: la cassette Philips, que l'on trouve dans le commerce, et la cassette spécialement fabriquée en Angleterre

pour les bibliothèques sonores. Des essais effectués pendant plusieurs mois dans les bibliothèques sonores de Hambourg et de Zurich ont montré que la cassette anglaise était plus durable et plus sûre; aussi les autorités de notre bibliothèque ont-elles décidé d'adopter le système des cassettes anglaises en lieu et place des actuelles bandes sonores ouvertes. »

## INFORMATIONS

### Interventions parlementaires

Postulat Hofstetter,  
du 7 octobre 1970

*M. Hofstetter, conseiller national*, a présenté, le 7 octobre 1970, un postulat par lequel il intervient en faveur d'une amélioration des rentes versées aux assurés devenus invalides avant d'avoir atteint l'âge de cotiser (RCC 1970, p. 515).

*Le Conseil fédéral* a répondu par écrit<sup>1</sup> le 25 juin 1971, comme suit:

« Les assurés souffrant d'une invalidité congénitale ou survenue dans leur enfance, qui ont droit à une rente à l'âge de 18 ans, reçoivent — vu qu'ils n'ont pas eu la faculté de cotiser pendant une année au moins avant la naissance de leur droit — une rente extraordinaire d'invalidité égale au minimum de la rente ordinaire, soit actuellement 220 francs par mois. Ils ont droit en outre aux prestations complémentaires s'ils satisfont aux conditions légales de leur octroi.

La Commission fédérale de l'assurance-vieillesse, invalidité et survivants examine, dans le cadre de la 8<sup>e</sup> révision de l'AVS, si les prestations versées aux assurés invalides de naissance ou devenus tels dans leur enfance peuvent être améliorées sans qu'il en résulte un préjudice pour les assurés qui deviennent invalides après une certaine période d'activité, pendant laquelle ils ont payé des cotisations à l'assurance. Quoi qu'il en soit, les invalides précoces profiteront aussi, dans une large mesure, de l'augmentation générale des rentes minimales que va consacrer la 8<sup>e</sup> révision de l'AVS. Le Conseil fédéral est prêt à accepter le postulat. »

Le Conseil national a transmis sans débat le postulat au Conseil fédéral.

<sup>1</sup> Le fait de répondre à un postulat par écrit est une nouveauté qui vise à rationaliser le travail parlementaire.

Postulat Dafflon,  
du 1<sup>er</sup> juin 1971

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

« La dernière revision de l'AVS/AI est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1969. Depuis cette date, l'indice des prix à la consommation a marqué une hausse d'environ 10 pour cent. Toutes les prévisions concernant le renchérissement soulignent unanimement que 1971 dépassera tout ce qui a été vu jusqu'à présent.

Ce renchérissement, qui prend des proportions inquiétantes, frappe plus particulièrement les personnes aux ressources modestes. Parmi elles se situent les bénéficiaires de l'AVS et de l'AI, qui n'ont pour vivre que leurs rentes et l'aide complémentaire.

Malgré une réadaptation de leurs ressources, votée en 1970, ils ont les plus vives inquiétudes, car ils rencontrent de plus en plus de difficultés à subvenir à leurs besoins.

En conséquence, le Conseil fédéral est invité à soumettre aux Chambres fédérales un projet d'arrêté ayant pour but une augmentation de 10 pour cent de toutes les rentes AVS et AI pour 1972, en attendant les améliorations prévues pour 1973.

Le financement de cette augmentation des rentes sera assuré par le Fonds AVS, qui s'élève actuellement à plus de 8 milliards de francs. »

Petite question  
Dellberg,  
du 1<sup>er</sup> juin 1971

M. Dellberg, conseiller national, a posé la petite question suivante:

« Dans leur requête du 29 janvier 1970 adressée au Conseil fédéral, l'Union syndicale suisse et le Parti socialiste suisse proposaient de faire passer les rentes minimales AVS/AI de 200 à 330 francs par mois pour les personnes seules et de 320 à 530 francs par mois pour les couples.

Compte tenu du renchérissement, les rentes minimales ont été augmentées de 10 pour cent dès le 1<sup>er</sup> janvier 1971.

L'indice des prix à la consommation s'est accru de plus de 5 pour cent jusqu'au 31 mai 1971 et montera de plus de 10 pour cent d'ici à la fin de 1971, vu l'augmentation constante des prix. L'excédent de recettes de l'AVS pour 1970 s'élève à 434 millions de francs, contre 216 millions en 1969.

Le Conseil fédéral est-il prêt à porter, dès le 1<sup>er</sup> janvier 1972, les rentes minimales AVS/AI de 200 à 330 francs par mois pour les personnes seules et de 352 à 530 francs par mois pour les couples, comme le demandent l'Union syndicale suisse et le Parti socialiste suisse?

Sinon, le Conseil fédéral est-il disposé à majorer les rentes AVS/AI d'au moins 10 pour cent dès le 1<sup>er</sup> janvier 1972 ? »

Petite question  
König,  
du 16 juin 1971

M. König, conseiller national, a posé la petite question suivante:

« Combien de rentes AVS et AI les facteurs versent-ils chaque mois au domicile des ayants droit ?

Dans quelle mesure fait-on usage de la possibilité de verser les rentes aux comptes de chèques postaux des bénéficiaires ?

Avec quelle fréquence les ayants droit demandent-ils qu'on verse directement le montant de leur rente au compte de chèques d'une banque qui en créditera leur livret d'épargne ?

Ce dernier mode de règlement est rendu difficile par l'administration de l'AVS et de l'AI, puisqu'elle exige sur sa formule N° 318.180 df, à remplir en trois exemplaires, que l'ayant droit charge la banque d'ouvrir un livret d'épargne spécial pour la créance en question, de lui accorder un droit de disposition exclusif sur ce livret et de refuser tout versement à des tiers, à moins qu'ils ne présentent une procuration en bonne et due forme établie par l'ayant droit moins de trente jours auparavant. L'administration exige en outre que la banque lui communique le numéro du livret d'épargne nouvellement ouvert, et elle se réserve de plus le droit de ne pas donner suite, selon les circonstances, aux instructions de l'ayant droit.

Le Conseil fédéral n'estime-t-il pas que ces injonctions de l'administration de l'AVS et de l'AI sont sans fondement juridique, qu'elles compliquent inutilement le travail des PTT et qu'elles contrecarrent les efforts faits en général en faveur du paiement des rentes sans numéraire et de la simplification des tâches administratives ? »

Petite question  
urgente Schuler,  
du 16 juin 1971

M. Schuler, conseiller national, a posé la petite question suivante:

« Le Conseil fédéral n'estime-t-il pas que le fait d'exonérer complètement ou partiellement de l'impôt sur le revenu (fédéral, cantonal et communal) le produit du travail des rentiers AVS et le gain provenant du travail supplémentaire des salariés pourrait contribuer à augmenter passagèrement l'offre sur le marché du travail et, par conséquent, constituer une mesure temporaire supplémentaire permettant de combattre les tendances inflationnistes qui se manifestent dans notre économie ? Une telle mesure ne pourrait-elle pas éventuellement faire l'objet d'un arrêté fédéral urgent au sens de l'article 89 bis de la constitution fédérale ? »

Réponse du Conseil fédéral du 30 juin 1971:

« Le produit du travail, y compris le gain provenant du travail supplémentaire, constitue un revenu soumis à l'impôt en vertu du droit fiscal de la Confédération, des cantons et

des communes. L'exonération fiscale, dont bénéficieraient certaines catégories de salariés, pour de tels revenus, ouvrirait dans le système de l'imposition du revenu une brèche particulièrement grave, qu'il n'est pas possible d'admettre pour la seule raison qu'on pourrait, de la sorte, réintégrer passagèrement certains anciens salariés dans le circuit du travail.

Etant donné que, tout récemment, le peuple et les cantons ont accepté de nouvelles dispositions fédérales en matière fiscale et que les cantons conservent leur souveraineté fiscale, le Conseil fédéral ne peut dès lors accepter, en vue de réaliser une telle exonération, de proposer aux Chambres fédérales l'adoption d'un arrêté fédéral urgent visant à modifier la Constitution et portant effet pour la Confédération, les cantons et les communes. »

Cette intervention a été examinée par le Département fédéral des finances et des douanes.

Petite question  
Hofstetter  
du 21 juin 1971

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

« 1. Selon l'article 11 de la loi sur l'assurance-invalidité, 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. Dans la cause A. M., le Tribunal fédéral des assurances a rendu le 20 novembre 1970 un arrêt (cf. RCC 1971, p. 153) d'après lequel l'article 11 en question ne s'applique qu'aux mesures de réadaptation « exécutées » par l'assurance-invalidité. Il a refusé la prise en charge par l'assurance-invalidité des risques de la réadaptation et, partant, des frais de guérison en ce qui concerne l'accident de A. M., bien que la formation professionnelle de celui-ci fût considérée comme une mesure de réadaptation, que l'assurance-invalidité ait pris en charge tous les frais du stage de réadaptation, y compris les frais de subsistance et de transport, et que l'accident fût une conséquence de la mesure de réadaptation.

2. Le Conseil fédéral est prié de répondre aux questions suivantes:

2.1. Partage-t-il l'opinion du Tribunal fédéral des assurances, sur la base de l'article 11 susmentionné et des matériaux législatifs?

2.2. Est-il éventuellement prêt à revoir, lors de la prochaine révision de l'assurance-invalidité, la disposition de l'article 11 relative à la responsabilité concernant les risques de la réadaptation, et à la formuler d'une manière appropriée? »

**Commission fédérale  
de l'AVS/AI**

Le Conseil fédéral a pris acte, avec remerciements pour les services rendus, de la démission de M. *Edmund Wyss*, conseiller national et conseiller d'Etat, Bâle, et de M. *Hans Wyss*, professeur à l'EPF, Zurich, en qualité de membres de la Commission fédérale de l'AVS/AI. Il a nommé à leur place M. *Rudolf Bachmann*, conseiller d'Etat, Soleure, et M. *Hans Ammeter*, privat-docent et directeur de la Société suisse d'assurances générales sur la vie humaine, Zurich.

**Allocations familiales  
dans le canton  
de Soleure**

Lors de la votation populaire du 6 juin 1971, une révision de la loi sur les allocations pour enfants a été acceptée par 21 318 oui contre 4507 non. Dès le 1<sup>er</sup> juillet 1971, le montant minimal de l'allocation pour enfant sera fixé uniformément à 40 francs par mois et par enfant (voir RCC 1971, p. 248).

**Nouvelles  
personnelles**

La direction de la « Ausgleichkasse Zürcher Arbeitgeber » a nommé M. *Ernst Binder* en qualité de nouveau gérant. Il remplace M. *Walter Tobler*, décédé le 10 janvier 1971. Il gérait précédemment la caisse de compensation de l'Union des meuniers suisses.

*Hans Rudolf Zaugg*, lic. ès sc. pol., qui, en qualité de chef de section II, a dirigé ad interim la Section subsides aux frais d'exploitation et tarifs, a été nommé chef de section I de ladite section par le Conseil fédéral.

# JURISPRUDENCE

---

## Assurance-vieillesse et survivants

### COTISATIONS

*Arrêt du TFA, du 9 décembre 1970, en la cause G. K. S. A.*

Article 1<sup>er</sup>, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre b, LAVS. Le directeur, domicilié à l'étranger, d'une société anonyme ayant son siège en Suisse, dont il est l'unique actionnaire et pour laquelle il a la signature individuelle, est réputé exercer une activité lucrative en Suisse, même si cette activité est déployée en bonne partie à l'étranger. (Considérents 2 et 3.)

Article 3, 1<sup>er</sup> alinéa, de la convention avec la Suède. La convention n'exclut pas un assujettissement simultané à l'assurance obligatoire en Suède et en Suisse. (Considérent 5.)

*Articolo 1, capoverso 1, lettera b, LAVS. Il direttore, domiciliato all'estero, di una società per azioni, che ha la sua sede in Svizzera, e della quale è il solo azionista con firma libera, è considerato esercitante un'attività lucrativa in Svizzera, anche se svolge questa attività in modo preponderante all'estero. (Considerandi 2 e 3.)*

*Articolo 3, capoverso 1, della convenzione con la Svezia. La convenzione non esclude la possibilità di un'assoggettamento simultaneo all'assicurazione obbligatoria in Svezia ed in Svizzera. (Considerando 5.)*

G. K., ressortissant suédois domicilié en Suède, est directeur de la maison G. K. S. A. dont le siège est en Suisse; il en est l'unique actionnaire et a la signature individuelle. La société a omis de payer des cotisations sur les salaires qu'elle a versés à G. K. pour les années 1966 à 1968. La caisse de compensation lui a réclamé ces cotisations arriérées.

La société G. K. S. A. a recouru en alléguant que G. K. n'est pas citoyen suisse, qu'il n'a pas de domicile en Suisse et qu'il n'y exerce aucune activité lucrative. Elle a déféré au TFA le prononcé cantonal qui rejetait ce recours. Saisi d'un recours

de droit administratif, le TFA a confirmé la décision des premiers juges en exposant les motifs suivants:

1. Le recours n'est recevable que dans la mesure où des cotisations à l'AVS, à l'AI et au régime des APG sont litigieuses en vertu du droit fédéral. Le TFA n'a en revanche pas le pouvoir de juger si des contributions sont dues à la caisse cantonale de compensation pour allocations familiales. Vu qu'il s'agit ici non pas d'une procédure de recours portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurance, mais d'un litige concernant les cotisations, le TFA n'examine le jugement attaqué que dans le cadre de l'article 104 OJ, c'est-à-dire le grief de la violation du droit fédéral, y compris l'abus du pouvoir d'appréciation.

2. Une personne est tenue de payer des cotisations si elle est assujettie à l'assurance obligatoire. Sont ici hors de propos les cas exceptionnels, prévus par la loi, des personnes qui sont certes assurées, mais ne sont pas tenues de payer des cotisations (art. 3 LAVS). Sont assurées, selon l'article 1<sup>er</sup>, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre b, LAVS, les personnes physiques qui exercent en Suisse une activité lucrative.

Selon la jurisprudence constante du TFA, la condition de l'exercice d'une activité lucrative en Suisse, déterminante pour l'assujettissement à l'assurance obligatoire, n'implique pas obligatoirement la résidence en Suisse de la personne à qui échoit le gain de l'activité lucrative. Il suffit donc que l'activité lucrative visée soit déployée en Suisse. En d'autres termes, l'élément déterminant est le lieu où se trouve le centre économique des affaires de l'entreprise, c'est-à-dire celui où l'activité exercée apparaît comme étant lucrative. Le fait de diriger une entreprise ayant son siège en Suisse équivaut à l'exercice d'une activité lucrative déployée en Suisse. Il importe peu de savoir sous quelle forme juridique — raison individuelle, société de personnes, société à responsabilité limitée ou société anonyme — l'activité est exercée. Vu ces considérations économiques, on doit admettre qu'un étranger domicilié à l'étranger, unique actionnaire et organe d'une société anonyme ayant son siège en Suisse, exerce son activité lucrative en Suisse. Le Tribunal renvoie à sa jurisprudence antérieure (ATFA 1952, p. 47 = RCC 1952, p. 245; ATFA 1963, p. 99 = RCC 1963, p. 455; ATFA 1968, p. 193 = RCC 1969, p. 166).

3. Appliqués au cas présent, ces principes fondamentaux conduisent à l'approbation du jugement de l'autorité de première instance ainsi que des conclusions de la caisse de compensation et de l'OFAS. Il est dit dans le mémoire de recours que G. K., en tant que seul actionnaire, est « propriétaire » et directeur de l'entreprise recourante, dont il a la signature individuelle. En cette qualité, l'intéressé exerce aussi des fonctions dirigeantes dans cette entreprise. Il gère à sa guise, par l'intermédiaire de l'entreprise G. K., des affaires « qui, pour certaines raisons, ne peuvent être faites en Suède ». Il ressort même du dossier que G. K. est, pour certaines affaires, lui-même en possession de pièces comptables. Son activité ne se limite donc pas à celle d'une haute surveillance.

Lorsqu'il est prétendu qu'il s'intitule directeur uniquement pour être en mesure d'agir au nom de la société lors de voyages à l'étranger, cette assertion ne vise qu'à minimiser l'importance de son activité. Il contrôle manifestement la maison G. K. S. A. sous tous les rapports. L'approbation des affaires conclues par les ingénieurs de vente est aussi l'une de ses fonctions. Comme le relève pertinemment l'OFAS, sa situation se compare à celle du propriétaire d'une raison individuelle. On ne saurait donc douter que G. K. exerce une activité lucrative en Suisse au sens de la loi et de la jurisprudence citée ci-dessus. Il n'est pas contesté que la société anonyme soit tenue de verser des cotisations et de régler les comptes et les paiements (art. 14,

1<sup>er</sup> al., LAVS), puisque le directeur d'une société anonyme est le salarié de cette société.

La recourante objecte à ce propos que G. K. est rétribué non pas pour l'influence déterminante qu'il exerce dans la société, mais pour l'activité qu'il déploie à l'étranger sous forme de voyages d'affaires. Il est certes en principe exact que G. K., en ce qui concerne ses voyages d'affaires, est un salarié étranger occupé à l'étranger par un employeur en Suisse, et rétribué par cet employeur, ce qui n'entraînerait pas en soi l'obligation de payer les cotisations. Cependant, d'après ce qui a été dit, le travail de G. K. ne se limite manifestement pas à ces voyages d'affaires. On devrait donc répartir le gain versé entre ce qui serait une rétribution des voyages à l'étranger et ce qui rémunérerait l'activité d'entrepreneur exercée en Suisse. Une telle répartition, apparemment irréalisable en pratique, n'est en fait pas nécessaire du point de vue juridique. En effet, tout bien considéré, la fonction de directeur l'emporte sur l'activité de voyageur. D'ailleurs, le TFA a statué que les activités lucratives exercées en Suisse l'emportent sur celles, non assujetties à l'assurance, exercées à l'étranger, notamment lorsque le centre des affaires économiques se trouve en Suisse et, en outre, lorsque les travaux effectués en Suisse et à l'étranger sont liés si intimement que leur partage d'après le temps qui leur est consacré s'avère arbitraire (cf. ATFA 1968, pp. 196/197). Ces conditions sont manifestement remplies en l'espèce. Dans l'appréciation de l'ensemble du cas, la manière dont il faudrait qualifier l'activité des voyages exercée à l'étranger ne joue ainsi aucun rôle.

4. L'objection tirée d'un prétendu cumul de charges trop lourdes selon l'article 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> alinéa, lettre b, LAVS est ici sans valeur car — voudrait-on même admettre qu'un cumul intervienne — celui-ci ne peut en aucun cas contribuer aux charges trop lourdes, comme l'autorité de première instance l'a relevé avec raison au considérant 4 de son jugement.

L'autre argument soulevé, à savoir qu'en vertu de l'article 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> alinéa, lettre c, LAVS, G. K. ne peut pas être considéré comme un assuré, puisqu'il n'exerce une activité lucrative en Suisse que pour une période relativement courte, est également sans pertinence. En effet, en se plaçant au point de vue économique, comme on l'a fait ci-dessus, l'activité ici déterminante est celle de l'entreprise dominée par G. K., c'est-à-dire une activité exercée durablement en Suisse, où cette entreprise a son siège.

5. La convention de sécurité sociale entre la Suisse et la Suède, du 17 décembre 1954, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> septembre 1955, ne saurait modifier cette appréciation juridique des faits de la cause. Il faut se rallier, sur ce point, aux motifs allégués par l'OFAS dans sa réponse au recours (cf. p. 3). La convention n'exclut nullement la possibilité d'un assujettissement à l'assurance obligatoire à la fois en Suède et en Suisse. L'assuré, selon l'article 6, 3<sup>e</sup> alinéa, de cet accord, ne peut demander le remboursement des cotisations versées à l'assurance suisse qu'au moment où, selon toute probabilité, il quitte définitivement la Suisse (en l'espèce, au moment où l'entreprise sera dissoute ou transférée à l'étranger), ou encore en cas de survenance de l'événement assuré. En l'état, il est sans importance de savoir si ces conditions sont actuellement réalisées ou quand elles le seront.

6. ...

## Assurance-invalidité

### RÉADAPTATION

*Arrêt du TFA, du 28 janvier 1971, en la cause W. K., (traduction de l'allemand).*

Articles 4 et 16, 2<sup>e</sup> alinéa, lettre b, LAI. 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.

*Articolo 4 e articolo 16, capoverso 2, lettera b della LAI. L'assicurato ha diritto alla formazione in una nuova professione, allorchè l'attività lucrativa esercitata fino allora non è più ragionevolmente esigibile, a cagione della natura e della gravità del danno alla salute determinante. Questo stato di fatto deve essere stato cagionato direttamente da un'infermità nel senso dell'articolo 4 della LAI.*

L'assuré, né en 1944, souffre depuis des années de kératocône bilatéral. Sa vue baissant de plus en plus, il a consulté pour la première fois, vers la mi-juin 1964, le Dr M., oculiste. L'AI lui a accordé des verres de contact parce que, selon le rapport médical du 8 septembre 1964, l'assuré se fatiguait très rapidement avec ses lunettes et qu'il ne lui était pas possible de répondre aux exigences de son métier de dessinateur électricien. L'assuré a confirmé le 10 octobre 1964 que son acuité visuelle était très bonne, comparée à ce qu'elle était auparavant; en revanche, il s'est plaint de brûlures aux yeux dont l'intensité est la même, qu'il porte ou non des verres de contact.

Le 27 décembre 1968, l'assuré a demandé à l'AI l'octroi de mesures professionnelles pour les motifs suivants: Après avoir terminé son apprentissage de dessinateur électricien, au printemps 1964, il n'a pu exercer sa profession que pendant deux ou trois mois en raison de ses troubles visuels. Il a travaillé pendant deux ans comme aide-monteur électricien et pendant deux autres années en tant qu'aide-employé de laboratoire. En 1967, il a fréquenté des cours du soir en vue de se préparer à un technicum étranger spécialisé en matière de colorants. Les cours ont débuté le 4 novembre 1968. Le professeur F., ophthalmologiste, a fait un rapport à la commission AI, le 21 janvier 1969, dans lequel il dit notamment que les troubles visuels de l'assuré, psychiquement instable et quelque peu névrosé, sont aggravés en partie par des facteurs psychiques. Il est possible qu'un reclassement pourrait y remédier un peu. Dans le rapport d'enquête de l'office régional AI du 13 mars 1969, il est dit que

l'assuré s'était très bien mis au courant de sa nouvelle activité d'aide de laboratoire, et d'une manière particulièrement rapide; son employeur lui avait, de ce fait, recommandé de se perfectionner dans un technicum.

Par décision du 5 août 1969, la caisse de compensation notifia à l'assuré le prononcé de la commission AI lui refusant l'octroi de mesures professionnelles, vu que son travail d'aide de laboratoire permettait, en dépit de son invalidité, de le considérer comme suffisamment reclassé dans la vie professionnelle, et que la formation au technicum choisie par lui n'était pas nécessitée par son invalidité.

L'assuré a recouru, en alléguant qu'il remplit les conditions donnant droit aux prestations prévues à l'article 17, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI. Il a, en effet, accompli un apprentissage de dessinateur-électricien, et c'est à cause de la déficience de sa vue qui s'est produite deux mois après la fin de son apprentissage qu'il a dû abandonner son activité dans cette profession. On ne devrait pas tenir compte de son activité d'aide de laboratoire. Le tribunal cantonal des assurances a rejeté ce recours le 23 avril 1970.

L'assuré a interjeté un recours de droit administratif et demandé que l'AI soit tenue de prendre en charge les frais encourus pour sa formation de technicien en colorants, du 4 novembre 1968 au 21 mars 1970, à titre de reclassement. Il a dû renoncer à la profession de dessinateur électricien en raison de son infirmité. S'il avait alors déjà demandé des mesures de reclassement, elles lui auraient été accordées par l'AI. Les activités qu'il a ensuite embrassées de sa propre initiative doivent être « considérées comme des essais manqués de reclassement professionnel tentés en lieu et place de mesures de reclassement de l'AI ». Comme aide de laboratoire, il subissait une perte de salaire de 23,5 pour cent par rapport au revenu d'un dessinateur électricien.

La caisse de compensation et l'OFAS ont conclu au rejet du recours de droit administratif.

Le TFA a rejeté celui-ci pour les raisons suivantes:

1. Selon l'article 17, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, 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.

a. Compte tenu de cette disposition, il y a lieu d'abord d'examiner si le recourant a dû renoncer à sa profession de dessinateur-électricien à cause de son invalidité. En automne 1964, le Dr M., oculiste, informait la commission AI que l'assuré supportait notablement mieux les verres de contact après la période normale d'adaptation. Il a constaté le 8 septembre 1964 que les verres étaient absolument bien adaptés, qu'ils n'exerçaient de pressions nulle part et que, subjectivement aussi, ils étaient bien supportés. L'assuré était de nouveau en mesure d'exercer sans réserve sa profession de dessinateur. A partir d'avril 1964, l'assuré avait travaillé comme dessinateur pendant quelques mois. Il a indiqué au professeur F. que les troubles dus au kératocône ont commencé déjà en mai 1964, donc peu après le début de son activité de dessinateur. Ce médecin s'est prononcé de façon détaillée sur l'état du recourant; voici un résumé de son rapport:

« Un essai avec des verres de contact a été négatif; l'assuré a donc dû recommencer à porter des lunettes. Il est psychologiquement instable et quelque peu névrosé. Lui, le médecin, lui a fait entreprendre un traitement psychiatrique, qui toutefois fut interrompu. L'assuré n'a pas trouvé de satisfaction dans les activités de dessinateur

et d'électricien exercées jusqu'ici; c'est probablement pour cela qu'il a eu des réactions excessives à propos de ses yeux. Ces réactions ne correspondaient pas au résultat objectif de l'examen, bien que les yeux des personnes atteintes de kératocône se fatiguent beaucoup plus rapidement que des yeux normaux. Les troubles de la vue sont secondaires; l'assuré se plaint continuellement de brûlures aux yeux. Les troubles visuels étant en partie aggravés par des phénomènes d'ordre psychique, un reclassement pourrait être de quelque secours. »

Ce rapport médical ne confirme pas que l'assuré se soit vu contraint de renoncer à sa profession de dessinateur électricien à cause de ses troubles de la vue, ce qui l'aurait obligé à changer de profession. On doit bien plutôt admettre que l'assuré n'était pas satisfait de son travail de dessinateur-électricien et que c'est pour cette raison surtout qu'il a désiré changer de profession. Ce n'est donc pas en raison de son invalidité qu'il a quitté sa profession pour travailler ensuite comme aide-monteur et aide de laboratoire.

b. On peut en outre se demander si c'est à cause de son invalidité que l'assuré a quitté son emploi d'aide de laboratoire pour apprendre le métier de technicien en colorants. Le recourant ne le prétend pas, et pour cause, mais il est d'avis que le fait de ne plus avoir été capable d'exercer sa profession initiale de dessinateur-électricien — soi-disant à cause des troubles de la vue — lui donnait droit au reclassement; il serait faux selon lui de tenir compte de son activité d'aide de laboratoire, celle-ci devant être considérée comme un essai manqué d'un reclassement professionnel. Si même il en était ainsi, on ne saurait toutefois prétendre que l'essai n'ait pas réussi pour des raisons de santé ou d'incompétence. En réalité, l'assuré n'était pas non plus satisfait de cette activité, ainsi qu'il le relève lui-même dans le recours de droit administratif. Il s'était exprimé de façon plus détaillée dans le recours de première instance, en disant: « Il faut avoir éprouvé soi-même ce que cela représente lorsque l'on doit abandonner un travail constructif, qui demande de la réflexion, tel celui du dessinateur et aller ensuite, comme aide-monteur électricien, semaine après semaine, fendre des briques dans les bâtiments en construction ou, comme aide de laboratoire, exécuter des travaux de lavage ou des contrôles de routine. Le personnel qualifié et le chef vous méprisent pour la simple raison que vous êtes un manœuvre. En outre, un manœuvre gagne notablement moins, et ses chances d'avancement sont par la force des choses inexistantes. »

Il est manifeste que les raisons qui ont incité le recourant à suivre le technicum sont étrangères à l'invalidité. Cela étant, les conditions de l'article 17, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI ouvrant droit aux mesures de reclassement ne sont pas remplies.

2. Bien que l'assuré ne veuille faire valoir son droit qu'en se fondant sur l'article 17 LAI, il y a lieu néanmoins d'examiner si, le cas échéant, il pourrait avoir droit à des mesures de réadaptation selon l'article 16, 2<sup>e</sup> alinéa, lettre b, LAI. Selon l'article 16 LAI, l'assuré qui n'a pas encore eu d'activité lucrative et à qui sa formation professionnelle initiale occasionne, du fait de son invalidité, des frais beaucoup plus élevés qu'à un non-invalide a droit au remboursement de ses frais supplémentaires si la formation répond à ses aptitudes. Est assimilée à la formation professionnelle initiale la formation dans une nouvelle profession pour les assurés qui, postérieurement à la survenance de l'invalidité, ont entrepris de leur propre chef une activité professionnelle inadéquate qui ne saurait être raisonnablement poursuivie (lettre b). Pour que cette activité ne puisse être raisonnablement poursuivie, au sens de cette disposition, une affection au sens de l'article 4, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI doit en être la cause directe (RCC 1970, p. 521). Il ressort du considérant 1 que l'affection oculaire de l'assuré n'était pas de

nature à laisser entrevoir que son activité d'aide de laboratoire ne saurait à la longue être raisonnablement poursuivie. Donc, on ne saurait non plus faire valoir un droit à des mesures de réadaptation selon l'article 16, 2<sup>e</sup> alinéa, lettre b, LAI.

3. Le tribunal cantonal des assurances relève, dans son considérant 15, que le recourant ne s'est annoncé à la commission AI qu'après avoir commencé sa formation de technicien, et qu'il n'a pu invoquer de raison plausible pour cette façon d'agir. En vertu de l'article 78, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI, sa demande devrait être rejetée déjà pour cette seule raison. Il est cependant superflu d'examiner la prétention de l'assuré à la lumière de cette disposition, vu que le recours de droit administratif se révèle, matériellement aussi, non fondé.

*Arrêt du TFA, du 23 février 1971, en la cause E. B.*

**Article 11, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI.** La responsabilité de l'AI n'est engagée que si elle ordonne une mesure de réadaptation et si cette dernière constitue l'une des causes adéquates de la maladie ou de l'accident dont l'assuré est frappé (confirmation de la jurisprudence). Un tel rapport de causalité n'existe en principe pas lorsqu'il est établi que la mesure de réadaptation (une arthrodeèse de la hanche, en l'occurrence) a été bien effectuée et qu'elle a atteint son but, mais que plus tard l'assuré tombe et se brise la jambe.

*Articolo 11, capoverso 1 della LAI. La responsabilità dell'AI sussiste solamente quando, un provvedimento d'integrazione, ordinato dall'assicurazione stessa, costituisce una delle cause adeguate della malattia, o dell'infortunio, che ha poi colto l'assicurato. (Conferma della giurisprudenza.)  
Un tale nesso causale manca, per principio, quando il provvedimento d'integrazione (un'artrodese dell'anca, in questo caso) è stato eseguito con successo, raggiungendo così il suo scopo, ma più tardi l'assicurato cade e si rompe la gamba.*

L'assurée, née en 1941, qui souffrait de coxarthrose, a bénéficié en 1961/1962 de mesures médicales de l'AI (arthrodèse de la hanche droite notamment). Ces dernières atteignirent leur but, puisque l'intéressée put reprendre ses activités.

Le 17 septembre 1969, l'assurée fit une chute dans sa cuisine. Elle se fractura la jambe droite, à la hauteur du clou de l'ostéosynthèse effectuée en 1961, lequel n'avait pas été enlevé. Dans une lettre du 22 septembre 1969 à la commission AI, le médecin relevait que « la fracture (s'était) produite à l'endroit de la moindre résistance de l'os » et qu'elle avait nécessité une nouvelle intervention chirurgicale: ablation du matériel d'ostéosynthèse ancien, greffe osseuse et nouvelle ostéosynthèse. Il demandait aux organes de l'assurance de prendre éventuellement en charge les frais de la plus récente opération, en raison des circonstances exposées plus haut.

Par prononcé du 28 novembre 1969, la commission AI refusa d'accéder à cette demande, parce qu'elle estimait se trouver en présence du traitement de l'affection comme telle. Cette décision fut notifiée à l'assurée le 22 janvier 1970 par les soins de la caisse de compensation.

L'assurée recourut contre cet acte administratif. Par jugement du 19 juin 1970, le tribunal de première instance rejeta le recours.

L'assurée a déferé ce jugement au Tribunal fédéral des assurances. Elle conclut à la prise en charge des frais de la seconde opération, rendue nécessaire, selon elle, par un accident engageant la responsabilité de l'AI, à cause d'un état de moindre résistance de la jambe droite consécutif à la première intervention et de la présence du matériel d'ostéosynthèse utilisé à cette occasion. Elle demande aussi le versement d'une indemnité « pour perte de gain », le tout avec suite de frais et dépens des deux instances.

La caisse intimée conclut au rejet du recours, en produisant un rapport de la commission AI.

Dans son préavis, l'OFAS propose également de rejeter le recours.

Le TFA a rejeté l'appel pour les motifs suivants:

1. Selon l'article 12, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, l'assuré a droit aux mesures médicales qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle et sont de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou à la préserver d'une diminution notable. La jurisprudence (abondante) a précisé la portée de cette disposition. Les premiers juges l'ont rappelée. Il n'est dès lors pas nécessaire de l'exposer à nouveau ici. Il suffit de préciser que le traitement des suites d'un accident incombe en principe à l'assurance-accidents (v. aussi l'art. 2, 3<sup>e</sup> al., RAI; v. également RCC 1970, pp. 114 et 583). Aussi la recourante ne se prévaut-elle pas en l'occurrence de l'article 12 LAI. Elle invoque plutôt (implicitement) l'article 11, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI.

2. a. Aux termes de cette dernière disposition, 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. La responsabilité de l'AI n'est engagée, règle générale, que si une mesure de réadaptation ordonnée par cette assurance est la cause adéquate d'une maladie ou d'un accident atteignant l'assuré dans sa santé. Un tel rapport de causalité existe déjà lorsque la mesure de réadaptation incriminée est simplement l'une des causes adéquates de la maladie ou de l'accident dont l'intéressé est frappé (v. ATFA 1969, p. 109, RCC 1969, p. 639; ATFA 1968, p. 199, RCC 1968, p. 631; ATFA 1965, p. 77, RCC 1965, p. 467, et la jurisprudence citée).

b. En l'espèce, les mesures de réadaptation appliquées en 1961/1962 étaient adéquates. Elles avaient atteint leur but, puisque l'assurée avait pu reprendre ses activités habituelles. Leurs séquelles se situaient dans le cadre de ce qui était prévisible et ne constituaient dès lors ni une maladie ni un accident (v. RCC 1969 p. 349). Certes en est-il résulté un risque accru d'accident, inhérent à la nature de l'opération pratiquée. Cependant, dans la mesure où, comme dans le cas particulier, il n'est pas anormalement grand, un tel danger ne saurait être assumé par l'AI dans le cadre de l'article 11, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI (v. ATFA 1968, p. 199, RCC 1968, p. 631, où l'on pouvait parler d'un semblable risque). La question de savoir si les mesures précitées constituaient une cause adéquate de l'accident de 1969 ou de ses suites ne se poserait par conséquent que si l'arthrodèse avait été mal effectuée (v. ATFA 1965, p. 77; RCC 1965, p. 467, s'agissant de l'aggravation d'une maladie). On ne saurait en effet nier d'emblée la responsabilité de l'assurance du seul fait que cette dernière avait terminé son rôle avant la survenance de l'accident incriminé (cf. RCC 1965, p. 228, où ce point avait été laissé indécis). A cet égard, le dossier établit que l'intervention avait réussi et que la consolidation était parfaite. Il s'ensuit qu'aucune responsabilité ne peut être imputée à l'AI dans le cadre de l'article 11, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, en l'occurrence. La recourante allègue il est vrai l'existence d'un état de moindre résistance dû

à la présence de matériel d'ostéosynthèse non enlevé après l'opération de 1961. Toutefois, aucune pièce ne permet d'affirmer que ce matériel n'aurait pas dû rester en place — circonstance qui aurait peut-être pu engager, en principe, la responsabilité de l'AI. Rien n'autorise non plus à penser que le clou de Smith-Peterson non retiré ait aggravé les conséquences de la chute de 1969. Aussi bien le médecin lui-même demandait-il seulement à l'administration, le 22 septembre 1969, de prendre éventuellement en charge les frais de la nouvelle opération.

c. Quant aux indemnités journalières réclamées par l'assurée, elles ne pourraient être accordées que si la responsabilité de l'AI était engagée (v. art. 23, 1<sup>er</sup> al., RAI; ATFA 1965, p. 77; RCC 1965, pp. 228 et 467), ce qui n'est pas le cas, comme on l'a vu.

*Arrêt du TFA, du 19 janvier 1971, en la cause F. B.*<sup>1</sup> (traduction de l'allemand).

**Article 12 LAI.** Les cures de bains destinées à enrayer les progrès d'une affection, donc à stabiliser un état de santé, ne sont pas des mesures médicales de réadaptation au sens de l'AI. (Confirmation de la jurisprudence.) En revanche, si l'on se trouve en présence de séquelles stables ou en tout cas relativement stabilisées, dont l'état peut être amélioré de façon importante et durable au moyen de mesures physiothérapeutiques appropriées, mais qui, à défaut de ces mesures, ne subiraient pas d'aggravation, rien ne s'oppose alors à l'octroi de cures de bains répétées.

*Articolo 12 della LAI. Le cure balneari, fatte per evitare il progredire del male nel senso di un procedimento stabilizzatore, non rappresentano provvedimenti sanitari di integrazione dell'AI. (Conferma della giurisprudenza.) Invece, se si è in presenza di uno stato difettoso stabile, o almeno relativamente stabilizzato, che non peggiorerebbe a lasciarlo senza un trattamento, e si può raggiungere, con dei provvedimenti fisioterapeutici appropriati, un miglioramento sostanziale e duraturo, allora niente si oppone alla concessione ripetuta di cure balneari.*

L'assuré, né en 1933, a été frappé par la foudre en 1962; il en résulta une paralysie des extrémités inférieures, ainsi qu'une parésie des extrémités supérieures et de la musculature du tronc due à une lésion de la moelle épinière. L'AI lui accorda de nombreuses mesures médicales et professionnelles, ainsi que des moyens auxiliaires, ce qui lui permit de travailler dans une administration cantonale et d'y devenir chef de service. Néanmoins, il reste très handicapé physiquement.

Après avoir obtenu de l'AI, plusieurs fois, la prise en charge des frais de cures balnéaires, l'assuré a demandé en avril 1970 à la commission AI de lui accorder de nouveau une telle mesure, en l'occurrence une cure de bains de quatre semaines avec physiothérapie.

Dans sa décision du 17 avril 1970, la caisse de compensation rappela que selon la jurisprudence du TFA adoptée en 1969, les mesures de stabilisation visaient manifestement un phénomène pathologique labile. Les cures balnéaires effectuées longtemps après le stade aigu de la maladie ne pouvaient plus influencer des séquelles stables, mais pouvaient atténuer éventuellement leurs effets, ceux-ci ayant cependant le caractère de phénomènes pathologiques labiles.

<sup>1</sup> Voir commentaires à la page 335.

L'assuré a recouru. La commission cantonale de recours a admis sa demande par jugement du 3 juillet 1970 et invité la commission AI à lui accorder, pour 1970, le remboursement des frais de sa cure balnéaire à A., avec les mesures de réadaptation nécessaires, au sens de l'article 12, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI. Ce jugement était motivé, dans l'essentiel, de la manière suivante: Contrairement à ce que pensait l'administration, il fallait admettre, d'après les rapports médicaux, que non seulement le cours de la maladie pouvait être enrayé et l'ancien état de santé rétabli grâce à la cure, mais encore que la réadaptation pouvait être favorisée par l'amélioration des facultés locomotrices. Rien n'indiquait qu'il s'agit là seulement d'un phénomène pathologique labile secondaire.

L'OFAS a interjeté un recours de droit administratif en proposant d'annuler le jugement cantonal et de rétablir la décision de caisse. Il s'est référé à la jurisprudence rendue en la cause E. M. (ATFA 1969, p. 97 = RCC 1969, p. 565), en alléguant que les mesures demandées par l'assuré servaient seulement à empêcher, par une stabilisation, les progrès des séquelles de la paralysie. Ces mesures visaient donc manifestement un phénomène pathologique labile (secondaire) et ne pouvaient, par conséquent, être prises en charge par l'AI. Dans le mémoire de recours, il est dit que malgré tous les efforts entrepris, on devait constater un affaiblissement de l'état général de l'assuré, mais que les cures de bains pouvaient freiner les progrès de la maladie et rétablir l'ancien état de santé.

L'assuré a demandé le rejet de ce recours de droit administratif. Il a produit deux certificats médicaux en alléguant, dans l'essentiel, que la cure servait non seulement à améliorer son état général, mais aussi à influencer les séquelles considérées comme telles en améliorant d'une manière sensible et durable, notamment, son aptitude à se déplacer. La cure visait directement la réadaptation professionnelle et était de nature à améliorer la capacité de gain d'une manière durable et importante, mais surtout à la préserver d'une diminution importante. Il s'agissait avant tout de maintenir l'assuré en état de travailler. Peu importait que la cure eût aussi, accessoirement, des effets positifs sur l'état général et influençât favorablement des séquelles secondaires.

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

1. Selon l'article 12, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, l'assuré a droit aux mesures médicales qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle et sont de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou à la préserver d'une diminution notable. Du point de vue juridique, le traitement de l'affection comme telle est représenté par chaque mesure médicale, qu'elle soit causale ou symptomatique, visant l'affection de base ou ses manifestations consécutives, tant qu'il existe un état pathologique labile. Ainsi, les actes ayant pour objet la guérison ou l'amélioration d'un phénomène pathologique labile ne relèvent pas du domaine de l'AI. Lorsque la phase du phénomène pathologique labile (primaire ou secondaire) est achevée, et alors seulement, on peut se demander, dans le cas des assurés majeurs, si une mesure médicale est une mesure de réadaptation. Par conséquent, dans le cas d'un diabétique, par exemple, les mesures médicamenteuses qui servent à régulariser le métabolisme doivent être considérées comme appartenant au traitement de l'affection comme telle. En effet, ces mesures de stabilisation servent manifestement à empêcher un processus pathologique labile. Il faut donc en conclure que d'une manière générale, une thérapie continue, nécessaire pour empêcher la progression du mal, doit être considérée comme étant le traitement de l'affection comme telle. Dans le champ d'application de l'article 12 LAI,

il n'existe juridiquement aucune différence entre de telles mesures et les actes thérapeutiques visant à empêcher la progression de séquelles de paralysie irréversibles. Peu importe, à cet égard, que des séquelles de paralysie puissent être considérées un certain temps comme pratiquement stabilisées ou non; il ne s'agit pas, en effet, de savoir quelle est la pathogénèse des paralysies, ni de savoir comment celles-ci ont évolué jusqu'à présent, lorsque seules des mesures médicales peuvent empêcher le déclenchement d'un processus pathologique secondaire. Si l'AI doit, selon l'article 12, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, prendre à sa charge, le cas échéant, des mesures médicales qui sont de nature à préserver la capacité de gain d'une diminution notable, cela ne concerne que les cas où l'état de l'assuré est relativement stable et où celui-ci est menacé de perdre une bonne partie de ladite capacité de gain (arrêt M., ATFA 1969, p. 97 = RCC 1969, p. 567). C'est pourquoi le TFA a refusé, dans le cas M., la prise en charge de mesures physiothérapeutiques, parce que celles-ci pouvaient servir uniquement à empêcher la progression des séquelles de paralysie apparues dès la fin de 1966 et traitées physiothérapeutiquement jusqu'en 1968. De même, dans un autre arrêt (RCC 1970, p. 154), la cure de bains demandée fut refusée, étant donné que l'état de l'assuré n'avait, dans son ensemble, pas atteint une stabilité même relative, que les contractures imminentes, notamment, devaient être considérées juridiquement comme un phénomène pathologique secondaire et que, par conséquent, la cure balnéaire litigieuse était une mesure visant la stabilisation.

A ce propos, on peut — ainsi qu'il résulte du considérant 2 — se dispenser d'examiner, dans la présente procédure, si l'instruction donnée par l'OFAS aux organes de l'AI et abrogeant des prescriptions antérieures, instruction selon laquelle il faut désormais nier le droit à des mesures physiothérapeutiques continues ou répétées périodiquement dans les cas de paralysies, est entièrement conforme à la jurisprudence exposée ci-dessus.

2. L'OFAS estime que dans le cas présent, la prise en charge des frais de la cure balnéaire doit être refusée en vertu de la jurisprudence citée ci-dessus. Toutefois, on notera que les faits ici en cause diffèrent sensiblement de ceux qui viennent d'être évoqués, ainsi qu'il le sera exposé ci-après.

Le rapport médical du Dr H., du 6 septembre 1963, se réfère à un autre avis, selon lequel l'accident subi par l'assuré a provoqué des lésions très graves et durables. Une amélioration sensible des symptômes neurologiques, c'est-à-dire des phénomènes de paralysie des extrémités et de la musculature du tronc, est encore possible jusqu'à un certain degré, mais on ne peut guère y compter. Cependant, une certaine amélioration peut être réalisée grâce à une physiothérapie intense. Le 15 avril 1965, le centre de réadaptation communiquait notamment à l'office régional:

« Le patient marche mieux et plus longtemps depuis qu'il a subi notre traitement physiothérapeutique intense (massages, gymnastique, air chaud, exercices de marche), auquel il s'est d'ailleurs prêté avec empressement. Il peut, à présent, faire des trajets assez longs sans canne. De même, sa force musculaire s'est développée; elle est pratiquement normale aux extrémités supérieures. La force des jambes a également augmenté, sans toutefois atteindre la norme dans tous les groupes de muscles. » Le Dr M. a écrit à la commission AI, le 21 juillet 1965, qu'il recommande à l'assuré, « pour l'amélioration de sa marche, une physiothérapie intense comprenant des massages, de la gymnastique et des exercices de marche pendant quatre semaines. Jusqu'à présent, le patient a fait trois cures dans les bains thermiques de A et une aux bains de B. Après chacune de ces cures, on a pu constater, objectivement et subjectivement, une amélioration de sa démarche. Une cure balnéaire est indiquée pour que le patient obtienne ou conserve sa pleine capacité de travail. »

Le 4 mars 1969, le Dr M. recommanda de nouveau une cure de bains pour améliorer la démarche de l'assuré. Le rapport de la division médicale des bains de A., du 11 juin 1969, dit notamment: « Le but de la physiothérapie était avant tout d'améliorer la démarche du patient. En tournant volontairement les pieds vers l'extérieur, on a réussi à réduire quelque peu les mouvements rotatoires dans la colonne vertébrale, ce qui a rendu la démarche moins crispée. Le patient peut maintenant faire reposer son poids sur sa seule jambe droite ou jambe gauche; la force et la stabilité ont nettement augmenté. Avec les instructions reçues, il sera possible d'améliorer l'état du patient davantage encore. Cela nécessite, il est vrai, des contrôles physiothérapeutiques réguliers, et nous recommandons une répétition de la cure balnéaire dans une année, car nous sommes convaincus que les fonctions musculaires peuvent être encore améliorées. » Dans une attestation datée du 8 avril 1970, sur laquelle est fondée la demande aujourd'hui à l'étude, le Dr M. déclare que les parésies spastiques s'étaient nettement améliorées après chaque cure balnéaire de quatre semaines. Le rapport médical de l'établissement balnéaire de A., du 20 juillet 1970, certifie de même qu'à la fin de la cure, le patient s'est senti beaucoup mieux, se fatiguait moins, pouvait marcher jusqu'à trois kilomètres et demi (au lieu de deux comme précédemment). La coordination de sa démarche avait également fait des progrès. Le patient parvient à présent à marcher sur les genoux et domine mieux sa spasticité. Les muscles se sont consolidés, la jambe droite est plus mobile.

Enfin, le Dr M. a confirmé, en date du 24 août 1970, ce résultat encourageant et a recommandé d'autres cures de bains pour l'avenir, étant convaincu, grâce à son expérience, que la démarche de l'assuré peut être améliorée davantage encore.

De tous ces rapports médicaux, il appert que l'intimé présente des séquelles stabilisées, ou du moins relativement stabilisées, qui ne s'aggravaient plus si l'on renonçait à les traiter, mais qui ont pu être améliorées pendant plusieurs années par des mesures physiothérapeutiques adéquates et pourront continuer à l'être à l'avenir. Il s'agit manifestement d'une amélioration progressive et durable. Il en est résulté certainement des progrès importants et durables du rendement de l'assuré, puisque celui-ci, étant capable de mieux se mouvoir, est également mieux à même d'exercer ses fonctions de chef de service.

Contrairement à l'avis de l'OFAS, la Cour de céans doit en conclure qu'il serait faux de prétendre que les mesures demandées par l'intimé aient visé seulement à empêcher les progrès des séquelles de paralysie et à stabiliser son état, et par conséquent aient été appliquées à un phénomène pathologique labile. Il n'est pas question, dans les rapports médicaux, de l'éventualité d'une aggravation des séquelles. Si, d'autre part, le mémoire de recours de première instance déclare que l'on a dû constater un affaiblissement dans l'état général de l'assuré, mais que les cures de bains ont ralenti le processus de la maladie et que l'on pouvait rétablir l'état de santé antérieur, de telles remarques sont sans importance, étant donné les attestations médicales suffisamment claires qui ont été produites.

Ainsi, c'est à bon droit que la commission cantonale de recours a accordé à l'assuré, pour 1970, la prise en charge des frais d'une cure balnéaire avec les mesures de réadaptation nécessaires et qu'elle a décidé de renvoyer le dossier à la commission AI pour fixer le montant des prestations. Le recours de droit administratif n'est donc pas fondé.

Arrêt du TFA, du 12 mars 1971, en la cause F. U.<sup>1</sup> (traduction de l'allemand).

Article 12 LAI. Les cures de bain destinées à enrayer les progrès d'une affection, donc à stabiliser un état de santé, ne sont pas des mesures médicales de réadaptation au sens de l'AI. (Confirmation de la jurisprudence.)

Un traitement physiothérapeutique répété n'est à la charge de l'AI qu'aussi longtemps qu'une nouvelle amélioration de l'état peut être attendue de cette mesure. Les mesures médicales dont le succès n'est pas durable, et qui doivent être répétées constamment afin de maintenir au niveau atteint une capacité de rendement optimale, n'ont pas le caractère prépondérant de la réadaptation.

*Articolo 12 della LAI. Le cure balneari, il cui scopo consiste nell'arrestare i progressi di un'infermità, dunque a rendere stabile uno stato di salute, non costituiscono provvedimenti sanitari di integrazione dell'AI. (Conferma della giurisprudenza.)*

*Un trattamento fisioterapeutico necessario reiteratamente, va a carico dell'AI solamente durante il tempo in cui da esso si può attendere un nuovo miglioramento dello stato di salute. I provvedimenti sanitari, che non hanno un successo duraturo e che devono essere ripetuti in continuazione, per mantenere il livello massimo della capacità di rendimento raggiunta ed evitarle un regresso, non hanno il carattere preponderante di integrazione.*

L'assuré, qui travaillait comme voyageur de commerce, a fait en février 1963 une hémiplegie gauche causée par une attaque apoplectiforme. L'AI lui accorde, entre autres prestations, le remboursement des frais des mesures de réadaptation prescrites par le médecin, consistant notamment en gymnastique médicale et en cures balnéaires. Ces mesures avaient eu pour effet d'augmenter constamment sa capacité de travail.

A la fin de l'année 1969, l'assuré demanda que l'AI assume en 1970 les frais d'une nouvelle cure de bains avec cure complémentaire, ainsi que les frais d'autres mesures physiothérapeutiques, à poursuivre pour le moment jusqu'au 31 décembre 1970, et ceux des contrôles médicaux nécessités par ces traitements. Se fondant sur le prononcé de la commission AI, la caisse de compensation décida, en date du 23 décembre 1969, de rejeter cette demande; en effet, des cures de bains et des mesures physiothérapeutiques supplémentaires ne pourraient plus améliorer l'état de santé et par conséquent l'aptitude au travail, mais ne parviendraient qu'à empêcher les progrès du mal.

L'assuré a renouvelé ses revendications par voie de recours. Son état de santé est relativement stable; il ne saurait être question de progrès de son mal. Seule une physiothérapie permanente lui permettra de conserver sa capacité de gain.

Par jugement du 5 juin 1970, la commission de recours annula la décision et chargea la commission AI de désigner, pour l'année 1970, les mesures physiothérapeutiques nécessaires dans le cadre de l'art. 12, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI. L'état de l'invalidé était, sans aucun doute, relativement stable; sa capacité de gain pouvait être préservée d'une diminution notable par la physiothérapie. Puisque l'AI avait, depuis des années,

<sup>1</sup> Voir commentaires à la page 335.

considéré comme remplies les conditions d'octroi des cures physiothérapeutiques et balnéologiques, on ne voyait pas pourquoi elle ne voudrait plus, à présent, prendre en charge les frais de telles mesures, bien que celles-ci servent — de l'avis des spécialistes — au maintien de la capacité de gain.

L'OFAS a interjeté un recours de droit administratif en demandant le rétablissement de la décision de caisse attaquée. Il a motivé son intervention, dans l'essentiel, de la manière suivante:

Selon la jurisprudence du TFA — l'OFAS se réfère, en particulier, à l'arrêt M. publié dans ATFA 1969, p. 97 = RCC 1969, p. 565. — les mesures physiothérapeutiques, notamment les cures de bains, qui sont entreprises après la survenance d'un état défectueux stable et empêchent, par une application continue, la progression d'un mal devraient être considérées comme le traitement de l'affection comme telle. Elles ne visent que des processus pathologiques secondaires dont le traitement ne peut être réputé mesure médicale au sens de l'AI. Le fait que l'AI prend en charge les mesures médicales visant à préserver la capacité de gain d'une diminution notable ne saurait modifier cette conclusion, cette prise en charge ne pouvant concerner que des cas où l'état est relativement stabilisé. En outre, le **tribunal a déclaré que** l'article 2, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI fixe seulement le début, non la durée de l'octroi des prestations AI dans les cas de paralysie. En dérogation aux instructions précédentes, les organes de l'AI se sont vu recommander de nier désormais, dans les cas de paralysie, le droit à des mesures physiothérapeutiques continues ou répétées périodiquement. Pour garantir un traitement équitable de tous les assurés, l'OFAS se voit dans l'obligation d'interjeter, en l'espèce, un recours de droit administratif.

L'assuré conclut au rejet de ce recours de l'OFAS. Il se réfère pour cela à un rapport médical qui dit notamment: Le traitement a amené une nette amélioration du fonctionnement de la main paralysée et une diminution de la spasticité générale. L'assuré se sent actuellement plus endurant et en meilleure forme et parvient à mieux compenser les déficiences dont il souffre encore. On peut compter que cette amélioration inespérée se poursuivra.

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

1. a. Selon l'article 12, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, l'assuré a droit aux mesures médicales qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle et sont de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou à la préserver d'une diminution notable. Du point de vue juridique, le traitement de l'affection comme telle est représenté notamment par chaque mesure médicale, qu'elle soit causale ou symptomatique, visant l'affection de base ou ses conséquences, tant qu'il existe un état pathologique labile. Ainsi, les actes ayant pour objet la guérison ou l'amélioration d'un phénomène pathologique labile ne relèvent pas du domaine de l'AI. Lorsque la phase du phénomène pathologique labile (primaire ou secondaire) est achevée, et alors seulement, on peut se demander, dans le cas des assurés majeurs, si une mesure médicale est une mesure de réadaptation. Par conséquent, dans le cas d'un diabétique, par exemple, les mesures médicamenteuses qui servent à régulariser le métabolisme doivent être considérées comme appartenant au traitement de l'affection comme telle. En effet, ces mesures de stabilisation servent manifestement à empêcher un processus pathologique labile. Il faut donc en conclure que d'une manière générale, une thérapie continue, nécessaire pour empêcher la progression du mal, doit être considérée comme étant le traitement de l'affection comme telle. Dans le champ d'appli-

cation de l'article 12 LAI, il n'existe juridiquement aucune différence entre de telles mesures et les actes thérapeutiques visant à empêcher la progression de séquelles de paralysie irréversibles. Peu importe, à cet égard, que des séquelles de paralysie puissent être considérées un certain temps comme pratiquement stabilisées ou non; il ne s'agit pas, en effet, de savoir quelle est la pathogénèse des paralysies, ni de savoir comment celles-ci ont évolué jusqu'à présent, lorsque seules des mesures médicales peuvent empêcher le déclenchement d'un processus pathologique secondaire (cf. à ce sujet ATFA 1962, p. 311, considérant 2 = RCC 1963, p. 120; ATFA 1965, p. 158, considérant 2 = RCC 1966, p. 103; voir aussi RCC 1968, p. 514.). Si l'on en décidait autrement, on se mettrait en contradiction avec les critères fondamentaux selon lesquels le champ d'application de l'AI est distingué de celui de l'assurance-maladie et accidents. Si l'AI doit, selon l'article 12, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, prendre à sa charge, le cas échéant, des mesures médicales qui sont de nature à préserver la capacité de gain d'une diminution notable, cela ne concerne que les cas où l'état de l'assuré est relativement stable et où celui-ci est menacé de perdre une bonne partie de ladite capacité de gain ( arrêt M., ATFA 1969, p. 97 = RCC 1969, p. 567).

b. Pour préciser cette jurisprudence, il convient de faire encore les commentaires suivants:

L'article 12, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI confère au Conseil fédéral la compétence « de délimiter les mesures indiquées à l'alinéa 1 de celles qui portent sur le traitement de l'affection comme telle. A cet effet, il peut notamment définir de façon plus précise la nature et l'étendue des mesures devant être accordées par l'assurance, et régler le début et la fin du droit ». Le Conseil fédéral a fait partiellement usage de cette compétence à l'article 2, 1<sup>er</sup> alinéa, RAI. Selon l'article 2, 1<sup>er</sup> alinéa, RAI, sont considérés comme mesures médicales au sens de l'article 12 LAI « notamment les actes chirurgicaux, physiothérapeutiques et psychothérapeutiques qui visent à supprimer ou à atténuer les séquelles d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident — caractérisées par une diminution de la mobilité du corps, des facultés sensorielles ou des possibilités de contact —, pour améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou de la préserver d'une diminution notable ». D'après cette disposition, les mesures médicales sont donc limitées aux séquelles dues à une infirmité congénitale, à une maladie, à un accident, donc aux suites stabilisées ou relativement stabilisées d'atteintes à la santé relevant de l'étiologie mentionnée, pour peu que les conditions physiques et psychiques puissent être stabilisées. L'article 2, 1<sup>er</sup> alinéa, RAI demande donc que n'intervienne aucune modification fondamentale dans la ligne de démarcation entre l'assurance-maladie et accidents d'une part et l'AI d'autre part, telle qu'elle a été déterminée par la pratique en vigueur. Seules les séquelles stabilisées d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident peuvent être l'objet de mesures médicales; les autres atteintes à la santé sont toutes considérées comme labiles et relèvent du domaine de l'assurance-maladie ou accidents.

On ne saurait parler de séquelles stabilisées de maladie, d'accident ou d'infirmité congénitale, lorsqu'un état de relatif équilibre ne peut être maintenu que grâce à des mesures thérapeutiques, quelle que soit la nature du traitement. Lorsque la diminution d'un état optimal des aptitudes physiques et psychiques atteint grâce à des mesures médicales, ne peut être prévenue qu'en recourant à une thérapie de soutien, à des exercices, etc., on se trouve en présence d'une rechute dans un état labile. La pratique n'a jamais considéré une diminution de cet état optimal comme une séquelle ouvrant droit aux mesures médicales au sens de l'article 2, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI.

Ceci est notamment valable pour les séquelles d'une paralysie. Selon l'article 2, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI, les mesures médicales, en cas de paralysie et d'autres troubles fonctionnels de la motricité, sont prises en charge à partir du moment où, dans l'état actuel des connaissances médicales, le traitement de l'affection causale est généralement considéré comme achevé ou n'a plus qu'une importance secondaire. A la différence de la réglementation appliquée jusqu'à fin 1967, où il était question de mesures uniques ou appliquées de façon répétée pendant un temps limité, une délimitation de la durée des prestations n'est maintenant plus précisée. Il ressort toutefois de ce qui vient d'être dit que, dans le cas de paralysie, des mesures médicales, notamment celles de nature physiothérapeutique, doivent être accordées jusqu'à ce qu'intervienne une amélioration notable et durable de la capacité de gain. Les mesures médicales qui n'ont pas d'effet durable et qui doivent être répétées constamment pour prévenir une diminution de l'état de santé, ne représentent pas une mesure de réadaptation. Il y a lieu de corriger dans ce sens le chiffre marginal 974 du Bulletin de l'AI de l'OFAS (cf. aussi RCC 1970, p. 259) en vertu duquel, compte tenu de la jurisprudence (RCC 1969, p. 607), il faut nier le droit à des mesures physiothérapeutiques continues ou répétées périodiquement dans les cas de paralysies.

2. On peut relever dans les nombreux rapports médicaux remis à l'administration depuis 1964, que les mesures physiothérapeutiques accordées par l'AI ont amélioré de façon continue la capacité fonctionnelle des extrémités du côté gauche atteintes encore de paralysie. Le 23 mars 1965, le médecin traitant a informé la commission AI que les mesures de réadaptation appliquées jusqu'ici représentaient un succès notable. La capacité de travail et, partant, la capacité de gain de l'assuré se sont accrues de sorte qu'il a pu se voir confier des attributions dans le service extérieur. Après la cure de bain effectuée en juin 1965, l'agent d'exécution fit savoir que l'état spasmodique de la main était notablement moins prononcé au moment où le patient a quitté l'établissement. Son employeur informait la commission AI, le 11 octobre 1965, que l'activité dans le service extérieur avait pu être portée de deux à trois jours à trois à quatre jours. « Eu égard au fait que l'état optima n'a pas encore été atteint et que le patient travaille à plein temps », l'agent d'exécution a proposé au médecin traitant, le 22 août 1965, de prescrire d'autres cures de bains en 1967 et 1968 pour « créer une coupure dans sa mise à contribution professionnelle, d'une part, et réaliser ce qu'il est encore possible d'améliorer sur le plan des fonctions, d'autre part ». Le patient s'est rendu une nouvelle fois à une cure de bains en 1968.

Répondant à une demande de la commission de recours, l'agent d'exécution s'est exprimé comme suit le 16 décembre 1968: « L'état de santé de l'invalidé a pu être grandement amélioré au cours des dernières années grâce aux cures de bains et aux traitements ambulatoires par la gymnastique médicale. La capacité de gain ne sera conservée que si le handicap, évalué encore aujourd'hui de moyen à grave, peut être traité de façon régulière. L'état de la paralysie, quant à lui, n'en peut être influencé que dans une mesure relativement faible. D'autre part, on peut prévenir avec une relative certitude une aggravation de l'état mettant l'assuré dans l'impossibilité de travailler. Si l'assuré se voit priver de tout traitement, son état s'aggraverait dans un temps relativement court, jusqu'à la perte de sa capacité de travail. Ceci correspond aux déclarations que l'assuré lui-même a faites dans le recours en première instance. Cela veut dire que les mesures physiothérapeutiques appliquées jusqu'ici ont permis d'améliorer l'état de santé de l'assuré jusqu'à un point optimal et que la poursuite de ces traitements ne peut servir qu'à maintenir en équilibre l'état actuel, pour empêcher qu'il ne retombe dans un état pathologique labile. Les mesures demandées par l'assuré ne tombent donc pas sous l'article 12, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI. Il est vrai que le Dr W. relève dans son dernier rapport du 28 août 1970, que, contraire-

ment à ses pronostics réservés cités plus haut, le traitement a permis d'améliorer de façon notable la fonction de la main paralysée et de diminuer l'état spasmodique général. L'assuré se sent aujourd'hui nettement plus efficace et endurant et il est à même de mieux compenser la perte de fonction. On peut donc compter que cette amélioration imprévue ira en se poursuivant. Ces nouveaux pronostics extrêmement vagues ne sont toutefois pas de nature à modifier les constatations faites antérieurement, établissant qu'il ne fallait plus compter avec une amélioration de l'état et que la psychothérapie avait principalement pour but de prévenir une diminution de la capacité de travail. Ceci mis à part, l'amélioration à laquelle on peut encore éventuellement s'attendre n'influencerait pas de façon décisive la situation de l'assuré sur le plan de l'activité lucrative, vu qu'il est de nouveau en mesure de vaquer presque sans restriction à l'activité qu'il exerçait avant l'invalidité.

La décision de caisse litigieuse est donc fondée quant à son résultat, ce qui conduit à admettre le recours de droit administratif.

*Arrêt du TFA, du 19 février 1971, en la cause S. S. (traduction de l'allemand).*

**Articles 21 LAI et 14 RAI.** Les seins artificiels ne peuvent pas être remis à titre de moyens auxiliaires, car ils ne sont pas mentionnés dans la liste exhaustive de l'article 14, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI et ne peuvent pas non plus être inclus dans une des catégories de moyens auxiliaires nommées à l'article 14, 1<sup>er</sup> alinéa, RAI.

*Articolo 21 della LAI. Articolo 14 dell'OAI. I seni artificiali non possono essere consegnati come mezzi ausiliari, poichè non sono menzionati nella lista conclusiva dell'articolo 14, capoverso 2 dell'OAI, e non possono nemmeno essere inclusi in una delle categorie dei mezzi ausiliari elencate all'articolo 14, capoverso 1 dell'OAI.*

L'assurée, mariée, mère d'un garçon, travaille comme chef de groupe au service d'expédition d'une entreprise industrielle. Ayant subi une mammectomie du sein droit, elle a demandé à l'AI, le 24 mars 1970, la prise en charge des frais d'un sein artificiel « Identical-Form » avec poches à liquide, pour le prix de 109 francs, y compris l'ajustement.

Se fondant sur le prononcé de la commission AI, la caisse de compensation a rejeté cette demande par décision du 17 juin 1970, en alléguant que les seins artificiels ne sont pas des moyens auxiliaires au sens de l'article 21 LAI.

L'assurée recourut contre cette décision en concluant que l'AI était tenue de remettre des seins artificiels à titre de moyens auxiliaires, et de prendre aussi en charge les frais de réparations. Elle donna, dans l'essentiel, les motifs suivants:

« L'article 14, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre a, RAI prévoit la remise de membres artificiels tels que pieds, jambes, mains et bras, y compris leurs accessoires. L'article 14, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre c mentionne aussi, au nombre des moyens auxiliaires, les yeux artificiels et les perruques. La liste de l'article 14, lettre a, n'est pas exhaustive. Même si les seins artificiels n'y sont pas indiqués nommément, une interprétation de la loi par analogie doit mener à la conclusion que les seins artificiels peuvent aussi être remis à titre de moyens auxiliaires. En sa qualité de chef de groupe dans un service d'expédition, la recourante entre en contact avec nombre de personnes; « elle doit donc s'habiller en conséquence. A l'instar d'une femme qui perd ses

cheveux et qui, pour être présentable là où elle travaille, peut obtenir de l'AI la remise d'une perruque à titre de moyen auxiliaire, la recourante a besoin, en l'espèce, d'un sein artificiel ».

Se référant aux récents commentaires de l'OFAS dans la RCC 1970, pages 90 et 91, la commission AI conclut au rejet du recours. La caisse de compensation s'est abstenue de prendre position.

L'autorité cantonale de recours a rejeté le recours par jugement du 19 août 1970. Elle admet que la liste des moyens auxiliaires énumérés à l'article 14, 1<sup>er</sup> alinéa, RAI n'est pas exhaustive. Cependant, pour pouvoir être remis, tout moyen auxiliaire doit être nécessaire à l'exercice d'une activité lucrative ou à l'accomplissement des travaux habituels; on ne saurait prétendre que ces conditions soient réalisées en ce qui concerne le moyen auxiliaire demandé, même en faisant preuve de toute la compréhension voulue.

Par recours de droit administratif du 30 septembre 1970, l'assurée conclut à l'annulation de ce jugement et à la remise d'un sein artificiel à titre de moyen auxiliaire; elle produit les arguments suivants, en plus de ceux qu'elle a déjà présentés en première instance:

« On ne peut tout de même pas attendre de la recourante qu'elle aille vaquer à ses occupations sans être munie de la prothèse en question. Ce moyen auxiliaire lui est indispensable, faute de quoi elle se verrait réduite à prendre un poste où elle travaillerait toute seule. La justice devrait avoir des égards pour la dignité de la femme et pour son droit à être respectée. Des seins artificiels sont accordés à titre de moyens auxiliaires par diverses commissions AI depuis des années déjà. Il s'agit là d'un moyen non seulement utile et désirable, mais réellement nécessaire. On ne peut demander qu'une femme privée de ce genre de prothèse vive en société, sinon, elle serait aussitôt remarquée, ce qui aurait de fâcheuses conséquences notamment sur le plan psychologique.

Il s'agit manifestement, dans ce genre de prothèse, d'un membre artificiel au sens de l'article 14, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre a, RAI. Même en vertu de l'article 14, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre f, consacré aux moyens auxiliaires pour la vie quotidienne, la remise d'un sein artificiel à une femme qui exerce une profession se justifie pleinement ».

La caisse de compensation s'est abstenue de prendre position; l'OFAS a conclu au rejet du recours de droit administratif. Dans son préavis, l'OFAS se demande notamment si l'absence d'un sein représente une invalidité au sens de l'article 4, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI; il répond par la négative en concluant que les conditions donnant droit à des mesures de réadaptation font ici défaut. De plus, un sein artificiel ne pourrait être accordé par l'AI « que s'il était absolument indispensable à l'exercice de n'importe quelle profession »; ce n'est toutefois pas le cas. L'allégation de l'assurée se réclamant de la dignité de la femme est sans objet dans la présente procédure, vu que, selon la conception fondamentale de la LAI, on ne peut, en se fondant sur l'article 4, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, suppléer aux atteintes portées à l'intégrité personnelle; cette conception est reprise par l'article 11, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI, selon lequel il n'est pas alloué d'indemnité pour tort moral.

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

1. Un droit à la remise d'un sein artificiel aux frais de l'AI existe si la mammectomie unilatérale entraîne une invalidité au sens de la loi. En effet, la présence d'une invalidité ou le risque d'une invalidité au sens de l'AI est une condition indispensable pour prétendre une prestation de cette assurance, notamment des

mesures de réadaptation. L'invalidité 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 (art. 4, 1<sup>er</sup> al., LAI). L'impossibilité d'accomplir les travaux habituels est assimilée à l'incapacité de gain dans le cas d'un assuré majeur qui n'exerçait pas d'activité lucrative avant d'être atteint dans sa santé physique ou mentale, et lorsqu'on ne saurait exiger de lui qu'il entreprenne une telle activité (art. 5, 1<sup>er</sup> al., LAI).

Dans un arrêt non publié, le TFA a estimé qu'une mammectomie ne saurait entraîner une diminution de la capacité de gain, bien qu'un sein artificiel soit de nature à apporter des avantages esthétiques et à rendre ainsi à l'intéressée confiance en soi. Il a cependant admis dans cet arrêt qu'une telle prothèse peut être indispensable à des femmes exerçant certaines professions (par exemple les actrices, les vendeuses, les esthéticiennes). Il a ainsi reconnu qu'une mammectomie peut porter préjudice à la capacité de gain lorsque l'intéressée se voue à une activité lucrative qui la met en contact fréquent avec le public.

Certes, il reste difficile de prouver qu'en règle générale, l'intervention chirurgicale en question ait pour effet direct de réduire la capacité de gain ou l'aptitude à accomplir les travaux habituels. Néanmoins, on ne saurait nier qu'une mammectomie peut porter préjudice, pour le moins indirectement, sur le plan de l'activité professionnelle, même dans les cas où une apparence soignée et l'entregent ne sont pas les principales exigences de la profession. Les considérations d'ordre esthétique ne sont pas ici seules en cause. La souffrance morale qu'engendre une mammectomie n'est pas sans avoir des répercussions non négligeables sur l'activité lucrative; la confiance en soi et, partant, la capacité de rendement peuvent en pâtir. De plus, on ne doit pas exclure que la capacité de concurrence, actuelle et future, touchant l'avancement professionnel et le choix d'une profession, soit compromise. Compte tenu de ces considérations, il faut reconnaître que les préjugés de la société sont tels qu'une femme amputée d'un sein et privée d'une prothèse ne saurait s'y faire une place; elle se verrait mise de côté et serait désavantagée, notamment, par rapport à des personnes normalement constituées, en posant sa candidature à un emploi, et cela dans la plupart des métiers. Ceci étant, on ne saurait refuser l'octroi d'un sein artificiel pour la simple raison qu'il ne s'agit pas d'une invalidité au sens de l'article 4, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI. Une mammectomie peut, bien plutôt, entraîner une invalidité au sens de la loi.

Cela dit, il reste à examiner si, ces principes fondamentaux étant reconnus, on peut, en vertu de l'article 8 en corrélation avec les articles 21 LAI et 14 RAI, remettre des seins artificiels à titre de moyens auxiliaires.

2. a. Au nombre des moyens auxiliaires prévus par la loi, il y a lieu de distinguer, d'une part, ceux qui sont nécessaires à la réadaptation à la vie professionnelle et qui, de ce fait, ne peuvent être remis qu'à des invalides capables d'être réadaptés et, d'autre part, les moyens auxiliaires auxquels l'assuré a droit indépendamment de la possibilité d'une réadaptation professionnelle.

Le droit à la remise des moyens auxiliaires cités en premier lieu existe dans le cadre des principes généraux de l'article 8, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, valables pour toutes les mesures de réadaptation. En vertu de cet article, l'assuré n'a droit à des mesures de réadaptation que dans la mesure où celles-ci sont « nécessaires et de nature à rétablir sa capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage ». Donc, font partie des conditions fondamentales donnant droit à la remise de moyens auxiliaires l'existence présente ou future (même partielle) d'une capacité de gain ou, à défaut, en vertu de l'article 5, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, d'une aptitude à accomplir les travaux habituels. De plus, l'AI ne pourra remettre qu'un moyen auxiliaire nécessaire

et adéquat pour atteindre le but de réadaptation visé par la loi. Conformément à ces principes généraux, l'article 21, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI prévoit que l'assuré à 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 en question, contenue dans l'article 14, 1<sup>er</sup> alinéa, RAI, énumère de façon exhaustive les catégories de moyens auxiliaires entrant en ligne de compte (ATFA 1963, p. 146 = RCC 1963, p. 466); elle mentionne en outre, à titre d'exemples, des moyens auxiliaires qui rentrent dans les diverses catégories (RCC 1969, p. 570); ainsi, la lettre *a* désigne les membres artificiels tels que pieds, jambes, mains et bras, y compris leurs accessoires. Les seins artificiels ne figurent pas dans cette énumération.

D'autre part, selon l'article 8, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI, un droit aux prestations prévues aux articles 13, 19, 20 et 21 existe sans égard aux possibilités de réadaptation professionnelle. Ici, le renvoi à l'article 21 LAI signifie simplement que toutes ses dispositions restent réservées, y compris l'alinéa 2 qui dit:

« L'assuré qui, par suite de son invalidité, a besoin d'appareils coûteux pour se déplacer, établir des contacts avec son entourage ou développer son autonomie personnelle, a droit, sans égard à sa capacité de gain, à de tels moyens auxiliaires conformément à une liste qu'établira le Conseil fédéral. »

La loi veut ainsi donner, même aux invalides gravement atteints, la possibilité d'acquérir, ne serait-ce qu'à un très faible degré, une autonomie personnelle et d'entretenir des contacts avec leur entourage (cf. RCC 1970, p. 596).

La liste prévue à l'article 21, 2<sup>o</sup> alinéa, LAI a été dressée de façon exhaustive par le Conseil fédéral à l'article 14, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI (ATFA 1968, p. 211 = RCC 1969, p. 118); elle non plus ne comprend pas les seins artificiels.

*b.* Ainsi, des seins artificiels ne peuvent être remis en vertu des articles 21, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI et 14, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI. En effet, la liste des moyens auxiliaires donnée par le règlement d'exécution *a*, selon une jurisprudence constante, un caractère exhaustif, et les seins artificiels n'y sont pas mentionnés. D'autre part, ceux-ci ne sont pas des « appareils coûteux », et les personnes amputées d'un sein ne sauraient être considérées comme des invalides gravement atteints et incapables de réadaptation.

La question de la remise de seins artificiels se pose différemment si l'on se fonde sur les articles 21, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI et 14, 1<sup>er</sup> alinéa, RAI. Il ressort du considérant 1 qu'un sein artificiel peut en principe être un moyen auxiliaire nécessaire à l'assurée « pour exercer son activité lucrative » et — sous réserves — pour accomplir ses travaux habituels, vu qu'il est de nature à surmonter le préjudice éventuel porté à la capacité de gain par la mammectomie. La liste figurant à l'article 14, 1<sup>er</sup> alinéa, RAI n'est exhaustive qu'autant qu'elle énumère de façon exhaustive les différentes catégories de moyens auxiliaires entrant en ligne de compte. En revanche, l'énumération des différents moyens auxiliaires à l'intérieur de ces catégories n'est donnée qu'à titre indicatif et rien ne s'oppose à son extension, conforme à la loi et au règlement d'exécution, qui consisterait à y admettre d'autres moyens auxiliaires se rattachant certainement à l'un de ces groupes. La liste indique les catégories de moyens auxiliaires suivantes: Membres artificiels et leurs accessoires (lettre *a*); appareils de soutien et de marche (*b*); moyens auxiliaires pour les affections crâniennes (*c*); moyens auxiliaires pour les organes des sens (*d*); moyens auxiliaires pour les organes interne (*e*); moyens auxiliaires pour la vie quotidienne (*f*); véhicules (*g*); installations au poste de travail (*h*). Il ressort de cette énumération que les seins artificiels ne peuvent être admis dans aucune des catégories mentionnées. On ne saurait en tout

cas les ranger dans la catégorie des membres artificiels où ne sont nommées que des prothèses pour les quatre membres. Les seins artificiels ne peuvent pas non plus être rangés dans le groupe des yeux artificiels et des perruques, cette catégorie étant limitée aux moyens auxiliaires pour les déficiences et affections crâniennes. Les caractéristiques principales des autres catégories de moyens auxiliaires indiqués à l'art. 14, 1<sup>er</sup> alinéa, RAI ne concernent à priori pas les seins artificiels.

L'octroi par le juge d'un sein artificiel équivaldrait, en l'espèce, à une modification ou à un élargissement du règlement d'exécution, et ceci précisément dans le sens où la liste est exhaustive, en introduisant une nouvelle catégorie de moyens auxiliaires. Une telle modification du droit en vigueur n'est cependant pas l'affaire du juge, d'autant moins que l'on ne saurait admettre que le règlement d'exécution soit incomplet à cet égard et qu'il nécessite d'être complété par le juge. Vu que, selon l'article 21, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, un droit à un moyen auxiliaire n'existe que dans le cadre de la « liste que dressera le Conseil fédéral », et vu que les seins artificiels, comme on l'a dit, ne rentrent en aucune façon dans la liste actuellement valable, l'octroi de ce moyen auxiliaire serait contraire à la loi. La remise de seins artificiels ne pourrait donc avoir lieu qu'après une modification de la situation juridique actuelle par les autorités compétentes.

3. ...

*Arrêt du TFA, du 10 mars 1971, en la cause E. K. (traduction de l'allemand).*

Articles 21 bis, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI et 16 bis, 1<sup>er</sup> alinéa, RAI. Les services rendus par des tiers ne sont que des prestations de remplacement. Le droit à ces prestations n'existe que si les services de tiers remplacent un moyen auxiliaire prévu par la loi et si les conditions mises à l'octroi de ce moyen auxiliaire sont remplies.

N'est pas réputé service de tiers le travail fourni dans l'exercice d'une activité lucrative, en lieu et place de l'invalide. (Confirmation de la jurisprudence.)

*Articolo 21 bis, capoverso 2 della LAI e articolo 16 bis, capoverso 1 dell'POAI. I servizi resi da terzi sono soltanto prestazioni sostitutive. Il diritto a queste prestazioni esiste solamente se i servizi di terzi sostituiscono un mezzo ausiliario previsto dalla legge e se le condizioni poste per la concessione di questo mezzo ausiliario sono adempiute.*

*Non è ritenuto servizio di terzi, il lavoro prestato al posto dello invalido nell'esercizio di un'attività lucrativa. (Conferma della giurisprudenza.)*

L'assuré, âgé de près de 50 ans, est complètement aveugle depuis 1950. Il exploite depuis plusieurs années un commerce d'expédition d'articles de vannerie et de broserie, pinceaux, articles de ménage et produits chimiques. Sa demande d'octroi d'une rente entière simple de l'AI, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1960, fut agréée; en revanche, l'AI refusa de lui accorder une aide en capital et une allocation pour impotent.

A la fin d'octobre 1968, l'assuré demanda à l'AI une contribution mensuelle de 200 francs à ses frais — dus à l'invalidité — occasionnés par les services de tiers, parce que, dans son activité professionnelle, il avait besoin d'une personne pour lui lire son courrier et l'accompagner dans ses voyages d'affaires.

Par décision du 16 mai 1969, la caisse de compensation informa l'assuré que les services en question, bien que nécessités par l'invalidité, ne pouvaient être rétribués, puisqu'ils lui étaient rendus par son épouse; en effet, la circulaire de l'OFAS sur la remise de moyens auxiliaires dans l'AI, valable depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1969, ne prévoit pas de rétribution pour de tels services rendus par des parents, lorsque l'aide que ceux-ci apportent ne leur occasionne ni frais, ni perte de gain.

L'assuré a recouru contre cette décision en proposant qu'on lui accorde le « subside professionnel » de 200 francs. Le rapport de l'office régional compétent, du 26 février 1970, demandé par l'autorité de première instance, révèle que l'assuré réclame cette indemnité en invoquant les dépenses annuelles suivantes: frais de voyage de l'épouse pour accompagner l'assuré: 330 francs; trajets en taxi de l'assuré: 600 francs; services rendus par des tiers (depuis décembre 1969, un retraité est employé à l'heure: 900 francs; mise à contribution de l'épouse pendant trois heures par jour pour des travaux auxiliaires nécessités par l'invalidité: 480 francs; perte de salaire de l'épouse: 500 à 600 francs (l'épouse ne pouvant travailler pour un autre employeur, il en résulte une perte de salaire). L'autorité cantonale de recours a admis partiellement le recours le 4 juin 1970 et a accordé à l'assuré une indemnité mensuelle de 80 francs pour les services rendus par des tiers (dont 50 francs pour les frais de taxi et 30 francs pour les frais de la personne accompagnante).

Dans son recours de droit administratif, l'assuré allègue que cette indemnité est insuffisante et que les frais de taxi, ainsi que les dépenses supplémentaires de l'épouse en qualité de personne accompagnante, ont été fixés trop bas. Les frais occasionnés par les services de tiers, déjà évoqués en procédure de première instance, se sont accrues depuis lors par suite de l'engagement d'une aide de ménage; ils s'élèvent à présent à 810 francs par mois.

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

1. Selon les articles 21 bis, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI et 16 bis, 1<sup>er</sup> alinéa, RAI l'AI peut, jusqu'à concurrence de 200 francs par mois, prendre en charge les frais, dus à l'invalidité, occasionnés par les services spéciaux qui sont fournis par des tiers et dont l'assuré a besoin, en lieu et place d'un moyen auxiliaire, pour aller à son travail ou pour exercer une activité lucrative. On ne peut parler de services rendus par des tiers que lorsque ces services remplissent la même fonction que le moyen auxiliaire remplacé (ATFA 1968, p. 268 = RCC 1970, p. 383). La notion de services rendus doit être restreinte en ce sens que les services de tiers consistant à exercer à la place de l'invalidé une activité lucrative (ou un autre genre d'activité) ne sont pas remboursés par l'AI (ATF 96 V 84; N° 38 de circulaire concernant la remise de moyens auxiliaires, valables dès le 1<sup>er</sup> janvier 1969). Selon le n° 37 de cette circulaire, les services de tiers ne sont remboursés que si leur but est de rendre possible, ou de contribuer à rendre possible, l'exercice d'une activité professionnelle par l'assuré. Ainsi, il faudra examiner, dans chaque cas particulier, si le service rendu par un tiers consiste dans une aide visant simplement à permettre à l'assuré d'exécuter son travail d'une manière indépendante et à conserver ou améliorer ainsi sa capacité de gain, ou s'il s'agit de l'exercice indépendant d'une fonction partielle d'une activité lucrative, qui serait effectuée par l'assuré lui-même s'il n'était pas invalide.

Lorsque l'épouse aide son mari dans son exploitation, il s'agit là, à l'exception de la lecture à haute voix de la correspondance, de travaux qui rentrent dans le cadre des attributions du mari exerçant une activité lucrative. L'épouse participe ainsi direc-

tement à l'obtention d'un revenu. Son aide ne peut donc être prise en considération comme une contribution à des services rendus par des tiers.

Les mêmes raisons empêchent d'admettre un droit de l'assuré au remboursement des frais occasionnés par l'engagement de personnel dans l'exploitation et le ménage.

En ce qui concerne l'indemnité pour les frais de transport (trajets en taxi nécessités par l'invalidité, frais supplémentaires dus à l'accompagnement par l'épouse), il faut considérer qu'elle peut remplacer, en principe, un moyen auxiliaire de l'AI (chien-guide pour aveugle). Cependant, une prestation de remplacement ne peut être accordée que si les conditions donnant droit au moyen auxiliaire à remplacer sont remplies (arrêt du TFA du 7 octobre 1968 publié dans RCC 1969, p. 175; N° 37 de la circulaire mentionnée). Etant donné que l'assuré semble répondre aux conditions de la remise d'un chien-guide, les conditions d'octroi de contributions pour ledit accompagnement sont apparemment remplies.

L'indemnité de 80 francs par mois accordée par l'autorité cantonale de recours pour les services fournis semble, d'après le dossier, avoir été fixée équitablement.

2. Dans son préavis, l'OFAS se demande si, dans le cas des aveugles, la lecture à haute voix de textes nécessaires à l'exercice de la profession ne pourrait, en interprétant d'une manière large les prescriptions touchant ce point (art. 21 bis, 2<sup>e</sup> al., LAI; art. 16 bis, 1<sup>er</sup> al., RAI), être considérée comme un service de tiers ouvrant droit à des contributions. Sans aucun doute, il n'existe pas encore aujourd'hui d'appareils de lecture susceptibles d'être remplacés par les services personnels de tiers. La question est en tout cas tranchée pour l'instant vu la disposition claire de l'article 21 bis, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI. En effet, il ne saurait incomber au juge de compléter, sans se fonder sur une base légale, les prestations de l'AI ou d'étendre la notion juridique de moyen auxiliaire, selon laquelle celui-ci est défini comme un objet et non pas (ce qui, il est vrai, ne serait en soi pas inconcevable) en même temps comme une prestation de services. D'après les dispositions actuellement en vigueur concernant les moyens auxiliaires, les prestations de services n'ont qu'une fonction de remplacement et ne jouent pas un rôle indépendant, ainsi qu'il ressort nettement du titre marginal de l'article 16 bis RAI. Le jugement de première instance doit donc être confirmé sur ce point également.

*Arrêt du TFA, du 6 avril 1971, en la cause H. G. (traduction de l'allemand).*

**Article 29, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI.** Le cancer des poumons représente non pas une atteinte à la santé stabilisée ou au moins relativement stabilisée, mais un état pathologique labile, dont l'évolution est progressive. De ce fait, il n'existe pas dans ce cas, une incapacité permanente de gain au sens de l'article 29, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI.

*Articolo 29, capoverso 1 della LAI. Il cancro ai polmoni non costituisce un danno alla salute, stabile o divenuto stabile sia pure soltanto relativamente, ma è un fenomeno patologico instabile, che si evolve in senso progressivo.*

*Perciò non si può ammettere una incapacità permanente al guadagno nel senso dell'articolo 29, capoverso 1 della LAI.*

L'assuré, atteint d'un carcinome des cellules pavimenteuses du lobe supérieur du poumon droit, a été totalement hors d'état d'exercer une activité lucrative depuis le 6 juillet 1969. Se fondant sur le prononcé de la commission AI, la caisse de compen-

sation a rejeté sa demande de rente par décision du 29 avril 1970, estimant qu'on n'était en présence ni d'une incapacité de travail de la moitié au moins, qui aurait déjà duré 360 jours, ni, vu l'état aigu de l'affection, d'une réduction dite permanente de la capacité de gain de la moitié au moins.

L'assuré recourut en renouvelant sa demande de rente. L'autorité de recours a partiellement admis le recours en octroyant à l'assuré, entre-temps décédé, une rente AI entière depuis le mois de février 1970 jusqu'à son décès (jugement du 6 novembre 1970). Elle constate que sur la base des observations faites à la clinique universitaire de radiothérapie, conduites à terme en février 1970, on a dû se rendre à l'évidence, vu la nature et l'évolution de la maladie, que l'assuré n'aurait vraisemblablement plus été en mesure de reprendre une activité lucrative, ou du moins pas dans une mesure susceptible d'influencer son droit à la rente. Ainsi se seraient trouvées remplies, dès cet instant, les conditions d'une incapacité permanente de gain au sens de l'article 29, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, ouvrant immédiatement droit à la rente. La loi ne dit pas de façon péremptoire que l'incapacité permanente de gain ne saurait être admise qu'au moment où est intervenu un état de santé stabilisé laissant prévoir une incapacité de gain durant toute la période normale d'activité. Il y a des cas où il devrait suffire, pour admettre en droit l'incapacité de gain permanente, que, selon l'avis médical, il ne faille très vraisemblablement plus compter voir réapparaître une capacité de gain propre à influencer le droit à la rente, que l'état de santé soit ou non stabilisé.

L'OFAS demande, par la voie du recours de droit administratif, le rétablissement de la décision de caisse. Les intimés ont repris dans l'essentiel les considérants de l'autorité de première instance et conclu au rejet du recours de droit administratif.

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

I.

...

II.

1. L'assuré a droit à une rente AI s'il est invalide pour la moitié au moins, et, dans les cas pénibles, pour un tiers au moins. Pour l'évaluation de l'invalidité, on se fonde en principe sur la perte de revenu provoquée par l'atteinte à la santé (art. 28, 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> al., LAI).

L'invalidité, selon l'article 4, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, comprend, d'une part, des atteintes à la santé causant une incapacité de gain « présumée permanente » et, d'autre part, des atteintes entraînant une incapacité de gain « de longue durée ». En conséquence, le droit à la rente, selon l'article 29, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, a été réglé en tenant compte de cette alternative. Dans le premier cas, le droit à la rente naît au moment où l'incapacité de gain peut être présumée permanente (1<sup>re</sup> variante); dans le deuxième cas, seulement après la période « de longue durée », c'est-à-dire dès que l'assuré se trouve avoir subi, sans interruption notable, une incapacité de travail de la moitié au moins en moyenne pendant 360 jours (2<sup>e</sup> variante), pour autant qu'une incapacité de gain de la moitié au moins persiste après cette période de carence. Selon la jurisprudence constante, il faut, pour que l'incapacité de gain puisse être présumée permanente dans ce sens-là, que l'état de santé soit, selon toute vraisemblance, largement stabilisé et essentiellement irréversible, et que, même en prenant en considération d'éventuelles mesures de réadaptation, la capacité de gain de l'assuré en soit affectée de façon probablement défi-

nitive, au point d'ouvrir droit à une rente. Dans la pratique, on a toujours pris la stabilisation comme critère principal; l'irréversibilité n'a qu'un caractère accessoire. Ceci étant, on ne peut pas remplacer la condition de stabilité par celle d'irréversibilité. Cette dernière n'intervient que lorsque l'état de santé est au moins relativement stabilisé (ATFA 1965, p. 133, et 1966, p. 126, cons. 4 b; RCC 1968, p. 438 ss). Un état qui avait été essentiellement labile ne peut être considéré comme relativement stable que lorsque son caractère s'est modifié de façon à permettre dès lors de prédire qu'il ne subira plus de changement notable dans un avenir prévisible. Ceci ne saurait être le cas d'affections cancéreuses qui doivent être considérées comme inévitablement mortelles (ATFA 1964, p. 174). Il y a lieu de s'en tenir à cette jurisprudence. Le point de vue opposé de l'autorité cantonale de recours, fondé essentiellement sur la teneur de l'article 29, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, ne tient pas compte de la portée de cette disposition qui vise à délimiter l'AI de l'assurance-maladie, comme cela a déjà été exposé dans un arrêt (ATFA 1965, p. 133).

2. Le cancer du poumon n'est pas un état pathologique stabilisé ou relativement stabilisé. Il est au contraire une affection labile, dont l'évolution est progressive. Il y a donc lieu d'examiner, en vertu de la deuxième variante de l'article 29, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, si, dans le cas présent, les conditions du droit à la rente étaient remplies au moment déterminant, c'est-à-dire au moment où a été notifiée la décision de caisse litigieuse.

L'assuré a été frappé d'une bronchite aiguë le 6 juillet 1969. Depuis lors, il n'a plus été en mesure d'exercer une activité lucrative en raison du cancer du poumon. Les 360 jours d'incapacité totale de travail n'ont été révolus que le 30 juin 1970. En avril 1970 (notification de la décision), les conditions d'octroi d'une rente AI n'étaient pas encore réunies; il n'était alors pas possible de prévoir si elles le seraient une fois. C'est donc à juste titre que la caisse n'a pas accordé de rente.

## **Prestations complémentaires**

*Arrêt du TFA, du 1<sup>er</sup> avril 1971, en la cause A. K. (traduction de l'allemand).*

Article 3, 4<sup>e</sup> alinéa, lettre e, LPC. Lorsque le droit à une PC s'éteint en cours d'année, les frais de maladie, de dentiste et de moyens auxiliaires survenus durant la même année, jusqu'à l'extinction du droit, seront remboursés dans le cadre de la quotité disponible entière pour cette année.

Article 3, 3<sup>e</sup> alinéa, lettre d, et 4<sup>e</sup> alinéa, lettre e, LPC. En cas d'hospitalisation d'un assuré, l'allocation pour impotent doit être déduite des frais de maladie ou d'hospitalisation — à l'exclusion des frais de médecin et de

pharmacie — dans la mesure où l'aide nécessaire par l'impotent de la part d'un tiers lui est fournie par le personnel de l'hôpital.

*Articolo 3, capoverso 4, lettera e, LPC. Quando il diritto a PC si estingue nel corso dell'anno le spese del medico, del dentista e dei mezzi ausiliari sopraggiunte nello stesso anno sino allo estinguersi del diritto, saranno rimborsate nel quadro dell'intera quota disponibile per il medesimo anno.*

*Articolo 3, capoverso 3, lettera d, ed articolo 3, capoverso 4, lettera e, LPC. Nel caso di ospedalizzazione di un assicurato, l'assegno per grande invalido sarà dedotto dalle spese di malattia rispettivamente dalle spese di cura ospedaliera — con l'esclusione delle spese per il medico ed i medicinali — nella misura in cui l'aiuto di terzi di cui ha bisogno il grande invalido gli è prestato dal personale stesso dell'ospedale.*

## CHRONIQUE MENSUELLE

La *Commission fédérale de l'AVS/AI* a tenu séance du 12 au 15 juillet sous la présidence de M. Frauenfelder, directeur de l'Office fédéral des assurances sociales, et en présence de M. Kaiser, privat-docent, conseiller mathématique des assurances sociales. Elle a mis au point les propositions qu'elle va soumettre au Conseil fédéral en vue de la 8<sup>e</sup> révision de l'AVS. Il est prévu surtout une augmentation des rentes de l'AVS et de celles de l'AI. Les rentes complètes devraient dès le 1<sup>er</sup> janvier 1973 être portées, pour les personnes seules, à 400 fr. (jusqu'ici 220 fr.) par mois au minimum et à 800 fr. (jusqu'ici 440 fr.) par mois au maximum, et, pour les couples, à 600 fr. (jusqu'ici 352 fr.) par mois au minimum et à 1200 fr. (jusqu'ici 704 fr.) par mois au maximum. D'autres augmentations seraient prévues à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1975. Ces importantes augmentations entraîneront en contrepartie dès 1973 un accroissement sensible des cotisations des assurés et des employeurs, ainsi que des contributions de la Confédération et des cantons.

Les propositions de la commission ont trait également à une série de modifications des lois fédérales sur l'AVS, l'AI et les PC. Il est envisagé de donner aux femmes mariées le droit de demander la moitié de la rente de couple. Les droits des veuves ayant des enfants recueillis, ainsi que des femmes divorcées, seraient améliorés. Les assurés invalides auxquels l'AI a octroyé des moyens auxiliaires devraient bénéficier, après l'accomplissement de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, d'un droit au remplacement de ces moyens. La commission propose également d'augmenter les rentes des invalides de naissance et des invalides qui le sont depuis leur enfance, les allocations pour impotents et les PC.

Le Conseil fédéral se prononcera sur les propositions de la commission, de sorte qu'un message et un projet de loi pourront être soumis aux Chambres fédérales pour la session de décembre.

\*

Le Conseil fédéral a approuvé, en date du 18 août, le *rapport annuel 1969 de l'Office fédéral des assurances sociales* sur l'AVS, l'AI, les PC ainsi que sur les APG.

\*

Le Conseil fédéral a décidé, le 25 août, sur proposition de la Commission fédérale de l'AVS/AI, de modifier au 1<sup>er</sup> janvier 1972 le règlement d'exécution de la loi fédérale sur l'AVS en ce qui concerne le *calcul de la cotisation des indépendants*. Afin de s'adapter à l'évolution générale des taux d'intérêts, une déduction de 5,5 pour cent (jusqu'à présent 5 pour cent) du capital propre engagé dans l'exploitation peut être faite, à partir de cette date, sur le revenu provenant d'une activité lucrative indépendante.

\*

Les 28 et 29 juillet, les *directeurs des caisses cantonales de compensation* se sont réunis sous la présidence de M. Weiss, Bâle. L'Office fédéral des assurances sociales leur a exposé les lignes de force de la 8<sup>e</sup> révision de l'AVS et d'une nouvelle réglementation sur les subsides alloués aux caisses cantonales en raison de leurs frais d'administration.

✱

La *Commission spéciale pour le certificat d'assurance et le CI* a tenu le 4 août sa huitième et probablement dernière séance. Sous la présidence de M. Granacher, de l'Office fédéral, elle a mis la dernière main aux nouvelles directives concernant le certificat d'assurance et le CI. Celles-ci entreront en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 1972; elles seront néanmoins distribuées prochainement aux intéressés de façon que les caisses de compensation, en particulier, aient le temps d'adapter leur organisation interne aux nouvelles dispositions.

## **A propos de l'organisation de l'OFAS**

L'OFAS est un service qui gère un budget particulièrement important dans le compte d'Etat de la Confédération, et pourtant cela ne représente qu'une petite partie des dépenses effectives pour la sécurité sociale. La somme des prestations de l'AVS, de l'AI et du régime des APG, ainsi que des prestations complémentaires, a atteint en 1970 environ la moitié des dépenses figurant au compte d'Etat. Certes, ce n'est pas la quantité qui détermine la qualité des tâches accomplies; cependant, les responsabilités qui incombent à un service administratif s'expriment aussi dans son « chiffre d'affaires ». Le développement de la prévoyance-vieillesse, survivants et invalidité, ainsi que le nouveau régime envisagé pour l'assurance-maladie, vont mettre en évidence plus que jamais, dans un proche avenir, l'aspect qualitatif comme l'aspect quantitatif.

C'est pourquoi le Conseil fédéral a décidé d'adapter l'organisation de l'OFAS aux exigences croissantes qui lui sont imposées. Il a donc pris les mesures suivantes:

M. *Albert Granacher*, chef de la subdivision AVS/AI/APG/PC, et M. *Hans Naef*, chef de la subdivision de l'assurance-maladie et accidents, deviennent *sous-directeurs* de l'OFAS. Ils s'occupent avant tout de leurs domaines particuliers. Dans le cas de l'AVS/AI et des PC s'ajoute désormais l'importante branche de la prévoyance professionnelle (à l'exception des problèmes mathématiques et statistiques<sup>1</sup>).

En même temps, les deux groupements « Cotisations et prestations AVS/AI/APG » et « Organisation AVS/AI/APG » deviennent des subdivisions; leurs chefs,

M. *Karl Achermann* et

M. *Claude Crevoisier*, tous deux chefs de section I a, sont nommés *chefs de subdivision* de l'OFAS.

En outre, M. *Maurice Aubert*, chef de section II, est nommé chef de section I et dirige désormais la *section de la prévoyance professionnelle*.

L'*organigramme de la page 372* montre comment est organisée la *prévoyance-vieillesse, survivants et invalidité au sein de l'office à partir du 1<sup>er</sup> juillet 1971*. Les organes d'exécution recevront prochainement des exemplaires de ce document, enrichis de données complémentaires.

Enfin, M. *Jakob Graf* fera désormais partie de la direction de l'office, en qualité d'adjoint de langue allemande, avec sa collègue romande, M<sup>lle</sup> *Danielle Bridel*. Ces deux collaborateurs, qui étaient jusqu'à présent adjoints scientifiques I, ont été promus au rang d'adjoints scientifiques I a. M. Graf conserve la rédaction de la RCC, ainsi que d'autres fonctions qui étaient déjà de son ressort.

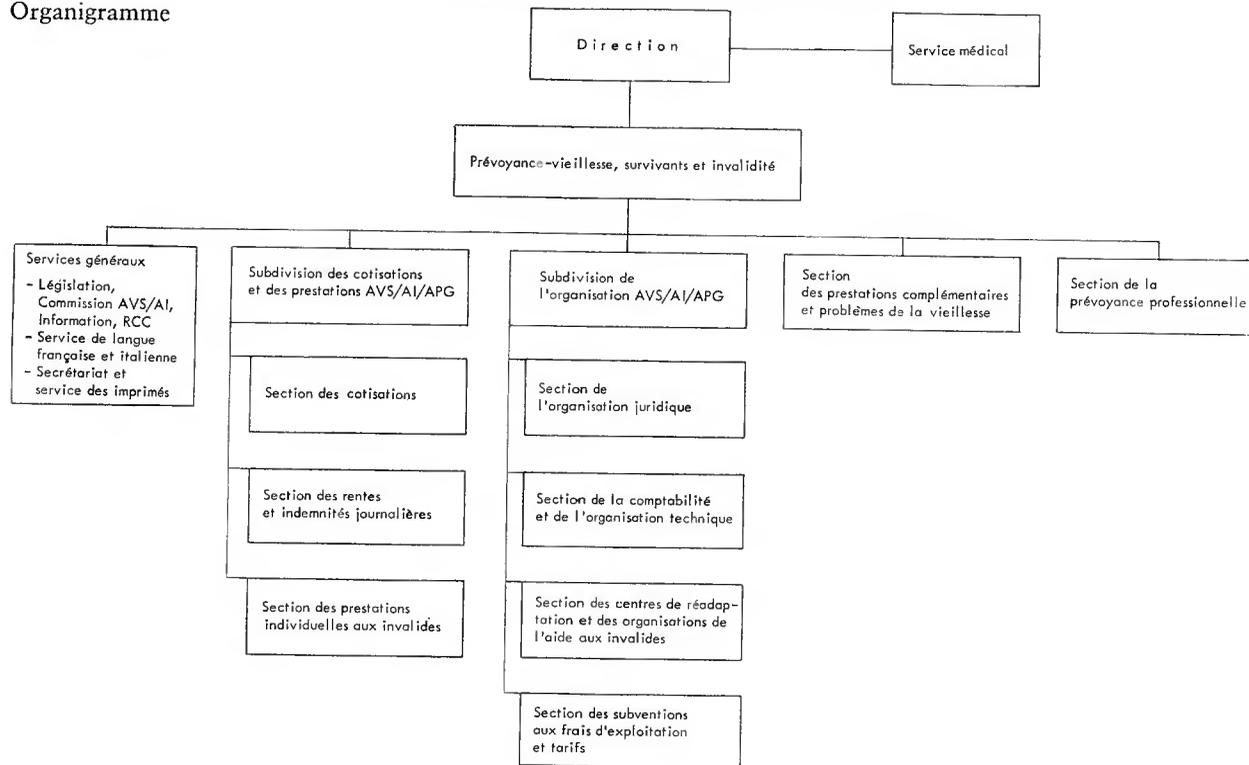
Le *service médical de l'AI* est dorénavant subordonné à la direction de l'office, parce qu'il aura à s'occuper non seulement de l'AI, mais aussi de questions touchant l'assurance-maladie.

---

<sup>1</sup> Ceux-ci sont traités par une autre section portant le même nom, mais rattachée à la subdivision mathématique et statistique.

## Organigramme

Office fédéral des assurances sociales  
*Prévoyance-vieillesse, survivants et invalidité*



## **Le statut des saisonniers étrangers dans la sécurité sociale suisse**

Résumé d'un exposé qui a été rédigé à l'intention de la Commission fédérale consultative pour le problème des étrangers. (On a laissé de côté, notamment, les détails concernant l'assurance-maladie et accidents.)

### I

Le présent exposé vise à donner une vue d'ensemble des problèmes qui peuvent se poser, dans les diverses branches de la sécurité sociale suisse, aux travailleurs saisonniers étrangers. Il convient de préciser d'emblée, à ce propos, que la notion de « travailleur saisonnier étranger » est inconnue du droit interne de notre pays; là où la législation prévoit une différence de traitement, fondée sur la nationalité, entre assurés ou ayants droit, cette différence concerne régulièrement les ressortissants étrangers considérés comme tels. Si des problèmes particuliers se posent aux saisonniers, cela tient aux difficultés qu'il y a à définir certaines des conditions de domicile que ceux-ci doivent remplir pour avoir droit à des prestations. Il semble donc indiqué de définir ici tout d'abord, sommairement, le statut des étrangers en général dans notre sécurité sociale, puis de considérer plus particulièrement la situation des saisonniers.

### II

Alors que l'assurance-maladie traite de la même manière tous ses affiliés, qu'ils soient de nationalité suisse ou étrangère, d'autres branches de la sécurité sociale imposent des restrictions plus ou moins fortes à l'octroi de prestations en faveur des étrangers; c'est d'ailleurs ce que font la plupart des systèmes d'assurance étrangers, du moins lorsque l'ayant droit réside dans un autre pays. Ces désavantages peuvent être éliminés ou atténués au moyen de conventions internationales fondées sur le principe de la réciprocité. De nombreuses conventions de ce genre ont été conclues au cours des dernières décennies: Ainsi, l'assurance-accidents (accidents professionnels) est régie par une convention de l'Organisation internationale du travail (Convention N° 19 de 1925), et en ce qui concerne l'AVS et l'AI, la Suisse a signé de nombreux accords bilatéraux avec d'autres pays (on comptera 16 pays en tout, lorsque sera entré en vigueur l'accord conclu avec la Turquie) depuis l'introduction de l'AVS en 1948. Ce réseau considérable de conventions bilatérales comprend cependant aujourd'hui des solutions assez variées, du fait que les dates auxquelles elles ont été

conclues s'échelonnent sur une vingtaine d'années et que les systèmes d'assurance de nos partenaires diffèrent tous les uns des autres; cette mosaïque ne saurait faciliter le travail de synthèse que nous nous proposons d'entreprendre ici. En simplifiant fortement la situation actuelle, on peut néanmoins classifier les étrangers de la manière suivante:

1. Etrangers dont le pays d'origine n'a conclu aucun accord avec la Suisse, exception faite de la convention N° 19 mentionnée ci-dessus; le droit interne suisse leur est donc applicable sans changement important.

2. Ressortissants d'Etats avec lesquels une convention a été conclue avant 1960, c'est-à-dire avant l'introduction de l'AI (ainsi la France, la Belgique, la Suède, le Danemark et la Tchécoslovaquie).

3. Ressortissants d'Etats avec lesquels une convention a été conclue, ou une ancienne convention révisée, au cours des dix dernières années (font partie de ce groupe tous les Etats limitrophes de la Suisse, excepté la France; en outre, l'Espagne, la Yougoslavie, la Grande-Bretagne, les Pays-Bas, le Luxembourg et prochainement aussi la Turquie).

A. Pour les étrangers du premier groupe, la situation est la suivante:

a. Dans l'assurance-accidents régie par la législation fédérale, il n'existe, grâce à la convention N° 19, ratifiée par la quasi-totalité des pays européens, pratiquement plus de discrimination à l'égard des étrangers en ce qui concerne les indemnités pour accidents professionnels; des restrictions, d'ailleurs insignifiantes, ne subsistent que dans le cas des prestations de l'assurance des accidents non professionnels.

Dans l'assurance-accidents des travailleurs agricoles, régie par des prescriptions cantonales et appliquée généralement par des sociétés d'assurance privées, il n'y a pas de règles discriminatoires restreignant le droit des étrangers aux prestations.

b. En ce qui concerne les *allocations familiales*, il y a lieu d'établir la distinction suivante:

Le régime fédéral applicable aux travailleurs agricoles et aux petits paysans connaît deux genres de prestations, les allocations pour enfants et les allocations de ménage. Il n'existe plus de restrictions quant aux premières; elles sont intégralement accordées aux travailleurs étrangers, qu'ils soient saisonniers ou non, et cela même pour les enfants résidant à l'étranger. En revanche, les allocations de ménage ne sont versées qu'en Suisse et à certaines conditions que les saisonniers, étant donné leur statut spécial, ne peuvent remplir.

Les lois cantonales règlent les allocations familiales des travailleurs non agricoles, et intéressent ainsi la grande majorité des étrangers. Tous les cantons prévoient le versement d'allocations pour enfants proprement dites; certains d'entre eux connaissent en outre deux autres genres de prestations familiales, soit les allocations de formation professionnelle (Fribourg, Neuchâtel, Vaud, Valais et Genève) et les allocations de naissance (Fribourg, Vaud et Genève).

Il y a quelques années encore, les lois cantonales prévoyaient, d'une manière assez générale, des restrictions à l'égard des étrangers dont les enfants n'habitaient pas en Suisse; depuis lors, elles ont renoncé à une bonne partie de ces discriminations. Celles-ci n'ont cependant pas entièrement disparu; il existe encore, dans certains cantons, des restrictions<sup>1</sup>, qui peuvent se rapporter:

- à l'âge maximum d'octroi des allocations pour enfants résidant à l'étranger,
- au montant des allocations pour enfants résidant à l'étranger,
- à la catégorie d'enfants donnant droit à des allocations (par exemple enfants légitimes et enfants adoptés, à l'exclusion des enfants du conjoint et des enfants recueillis, etc.).

Toutefois, les différences qui subsistent quant au droit des salariés étrangers aux allocations pour enfants (une certaine discrimination se justifiant tout de même en ce qui concerne les allocations de naissance et de formation professionnelle) n'ont pas un poids très considérable dans l'application pratique; en effet, le montant des allocations prévues par les dispositions cantonales revêtant d'une manière générale un caractère de taux minimal, bien des employeurs ou des caisses de compensation d'associations patronales versent, en fait, des allocations pour enfants plus élevées, et les accordent, sans faire de différence entre salariés suisses et étrangers, en faveur de tous les enfants qui entrent en ligne de compte.

c. Dans le domaine de l'*assurance-pensions*, comme on pourrait désigner globalement l'AVS et l'AI, on trouve également des prescriptions comportant des discriminations à l'égard des étrangers; trois d'entre elles, notamment, constituent pour ceux-ci des restrictions sérieuses:

- Le ressortissant suisse acquiert le droit à la rente ordinaire, en principe, après avoir payé des cotisations pendant une année entière; l'étranger, lui, doit avoir cotisé pendant dix ans.
- La rente ordinaire est versée au ressortissant suisse quel que soit son pays de domicile; l'étranger ne peut la toucher que s'il est domicilié en Suisse.
- Le ressortissant suisse domicilié en Suisse peut recevoir, à certaines conditions, une rente extraordinaire, s'il n'a pas droit à une rente ordinaire ou si cette dernière est inférieure à la rente extraordinaire; l'étranger ne peut toucher cette prestation.

Un autre désavantage, indirect certes, mais non négligeable, qui se manifeste dans l'AI, réside dans le fait que l'AVS/AI facultative n'est ouverte qu'aux ressortissants suisses vivant à l'étranger. Comme on le sait, un droit à une prestation de l'AI ne prend naissance, en vertu de la loi, que si le requérant est « assuré » au moment de la survenance de l'invalidité (clause d'assurance). Est assuré celui qui a son domicile en Suisse ou y exerce une activité lucrative; est assuré également le ressortissant suisse domicilié à l'étranger qui a adhéré volontairement à l'AVS/AI. L'étranger qui a travaillé en Suisse pendant des

<sup>1</sup> RCC 1971, p. 333.

années, et qui était donc affilié à l'AVS/AI de ce pays cesse de l'être dès qu'il quitte la Suisse et met fin à cette activité, sans qu'il ait la possibilité d'adhérer à l'assurance facultative. S'il devient invalide plus tard, il n'a donc plus droit aux prestations de l'AI.

C'est en premier lieu cette discrimination à laquelle l'étranger est exposé dans notre assurance-pensions qui est à l'origine des nombreuses conventions internationales et bilatérales conclues dès 1948, dont il sera question ci-après et qui ont permis à la Suisse d'obtenir, par voie de négociations, la réciprocité en faveur de nos compatriotes domiciliés dans les pays signataires.

B. Par les conventions conclues entre 1948 et 1960, on a abaissé généralement de 10 à 5 ans la durée minimale de cotisations donnant droit à des rentes AVS ordinaires; le versement des prestations à l'étranger en général, ou du moins dans l'autre pays contractant, a été généralement admis. Certaines conventions prévoient en outre l'octroi de rentes extraordinaires après une durée minimale déterminée de résidence en Suisse.

C. Lors de l'introduction de l'AI dans notre pays, le 1<sup>er</sup> janvier 1960, le mode de calcul des rentes ordinaires a été changé et l'on a adopté le système « pro rata temporis ». Cette modification a permis d'observer, dans les nouvelles conventions, le principe — reconnu aujourd'hui sur le plan international — de l'égalité de traitement des nationaux et des étrangers en matière de sécurité sociale: Désormais, les ressortissants de l'Etat contractant sont assimilés par ces conventions aux citoyens suisses en ce qui concerne leurs droits aux rentes ordinaires de l'AVS/AI et ils peuvent ainsi acquérir ces prestations déjà après une année au moins de cotisations. Le versement de ces rentes à l'étranger est garanti sous réserve de réciprocité. De même, des rentes extraordinaires peuvent être accordées aux ressortissants de l'Etat contractant s'ils sont domiciliés en Suisse depuis 5 ans ou 10 ans au moins selon le cas; ces délais sont conformes aux règles internationales applicables à de telles prestations non contributives.

Pour diverses raisons, on ne pouvait songer à admettre les étrangers dans l'assurance facultative suisse; il a donc fallu, en ce qui concerne la clause d'assurance exigée par l'AI, chercher des solutions originales; on en a trouvé deux:

- Dans les conventions signées avec l'Italie, la République fédérale d'Allemagne, l'Autriche et d'autres Etats, les ressortissants de ces pays sont réputés « assurés » au sens du droit suisse, après avoir quitté l'AVS/AI suisse, lorsque et aussi longtemps qu'ils sont affiliés à l'assurance correspondante de leur pays d'origine. Cette affiliation peut être obligatoire ou facultative. L'intéressé qui est assuré de cette manière au moment de la survenance de l'événement assuré a droit aux rentes ordinaires de l'AI suisse (rentes partielles calculées d'après la méthode pro rata).
- Selon les conventions conclues avec l'Espagne, les Pays-Bas et la Turquie, l'indemnité versée à l'invalide est réglée d'après le principe du risque, c'est-à-dire que l'assurance de l'Etat à laquelle l'intéressé est affilié lors de la

survenance de l'invalidité assume seule les risques et calcule les rentes en tenant compte aussi des périodes accomplies dans l'assurance de l'autre Etat contractant qui, lui, ne doit verser aucune prestation pour cet événement assuré.

Dans le domaine de l'assurance-pensions, on a pu, grâce à ces conventions, améliorer ainsi sensiblement le statut des étrangers.

Les effets des conventions internationales sont plus limités en matière d'*assurance-accidents*; là, il s'agissait simplement de lever les restrictions insignifiantes qui subsistaient en ce qui concerne les indemnités pour accidents non professionnels.

Dans le domaine des *allocations familiales*, les conventions n'ont pas modifié la situation juridique telle qu'elle a été créée par les législations internes. Dans le droit fédéral, l'égalité de traitement en ce qui concerne les allocations pour enfants est déjà une chose acquise; d'autre part, le droit cantonal n'est pas touché par les conventions internationales conclues, sauf exceptions dûment autorisées par les cantons concernés (il existe trois conventions spécifiques aux allocations pour enfants versées aux frontaliers; deux ont été conclues avec la France et concernent les cantons de Genève et de Vaud; la troisième, un accord avec le Liechtenstein, intéresse Saint-Gall et les Grisons).

### III

Après ce coup d'œil, nécessairement sommaire, sur le statut des étrangers dans notre sécurité sociale, statut qui varie sensiblement selon le droit applicable, portons notre attention sur la situation spéciale des saisonniers. Par économie de place, et compte tenu du nombre relativement faible des cas, il nous semble indiqué d'omettre ici les saisonniers provenant de pays avec lesquels aucune convention n'a été signée, ainsi que de pays liés à la Suisse par une convention antérieure à 1960; ne seront donc pris en considération que les saisonniers originaires de pays tels que l'*Italie*, la *République fédérale d'Allemagne*, l'*Autriche*, l'*Espagne*, la *Yougoslavie* et la *Turquie*. Dans quelle mesure ces salariés sont-ils désavantagés dans notre pays, comparés à ceux de leurs compatriotes qui y travaillent toute l'année, et comparés aux citoyens suisses?

Un mot, tout d'abord, à propos de la notion de « saisonnier ». Ce terme n'a jamais été défini dans les conventions de sécurité sociale conclues par la Suisse; il est utilisé, cependant, dans la convention avec l'Espagne. Dans le règlement N° 3 de la CEE sur la sécurité sociale des travailleurs migrants, on trouve à l'article 1<sup>er</sup>, lettre *l*, la définition suivante:

« Le terme « travailleur saisonnier » désigne le travailleur salarié ou assimilé qui se rend sur le territoire d'un des Etats membres pour y effectuer, pour le compte d'un ou de plusieurs employeurs de cet Etat, un travail à caractère saisonnier d'une durée ne devant pas excéder 8 mois, et qui séjourne sur le territoire dudit Etat pendant la durée de son travail. Par travail à caractère saisonnier, il convient d'entendre le travail dépendant du rythme des saisons, se répétant automatiquement chaque année.

La preuve de la qualité de saisonnier est établie par la production du contrat de travail visé par les services de l'emploi de l'Etat membre sur le territoire duquel le travailleur saisonnier vient exercer son activité ou d'un document visé par ces services et attestant que l'intéressé dispose d'un emploi saisonnier sur ledit territoire. »

Une définition presque identique se trouve en outre dans le projet, qui vient d'être achevé, d'un arrangement administratif (art. 1<sup>er</sup>, lettre *d*) à la convention européenne de sécurité sociale, soumise actuellement pour décision au Comité des ministres du Conseil de l'Europe.

### *Assurance-pensions*

Le fait qu'un étranger provenant de l'un des pays susmentionnés travaille en Suisse comme saisonnier ou à l'année n'a aucune influence sur l'acquisition du droit à une prestation de l'AVS. Ainsi que nous l'avons montré ci-dessus, le droit à une rente ordinaire de l'AVS prend naissance après l'accomplissement d'une année au moins de cotisations au total, ce laps de temps pouvant être divisé en plusieurs périodes. Bien entendu, le montant de la rente dépend aussi de la durée des cotisations, et non seulement du revenu annuel moyen.

Dans l'AI, les difficultés résultant des particularités du système suisse sont en général résolues, bien qu'il puisse se présenter, dans la pratique, quelques inégalités que l'on exagère parfois. A ce propos, il y a lieu de noter ce qui suit:

a) Les conventions prévoyant le versement de rentes pro rata (Italie, République fédérale d'Allemagne, Autriche, Yougoslavie) prescrivent l'assimilation de l'appartenance au système d'assurance du pays d'origine à l'assujettissement à l'AVS/AI suisse, de façon à remplir la clause d'assurance. Pour le saisonnier, cela peut représenter une certaine complication. Afin de bénéficier de la protection de l'assurance, il doit en effet s'affilier à l'assurance facultative de son pays, pendant la durée relativement courte de la saison morte, chaque fois qu'il rentre chez lui après une saison de travail en Suisse, à moins qu'il n'entreprenne pendant cette saison morte — ce qui est exceptionnel — une activité soumise à l'assurance obligatoire. En règle générale, il a juridiquement la possibilité de s'assurer facultativement; dans le cas de l'Italie, cette adhésion a été sérieusement facilitée par l'avenant conclu en juillet 1969, mais qui n'a pas encore été ratifié par l'Etat partenaire. L'adhésion à l'assurance facultative du pays d'origine est d'ailleurs importante non seulement pour remplir la clause d'assurance en Suisse, mais aussi pour améliorer les prestations dues par l'assurance du pays d'origine; elle est donc dans l'intérêt du saisonnier.

Les saisonniers se croient frustrés en ce qui concerne les mesures de réadaptation de l'AI. Il est exact qu'ils ne peuvent, en principe, prétendre de telles prestations, faute d'un domicile de droit civil en Suisse. Toutefois, il convient de relever ce qui suit: Le but de la réadaptation, qui porte essentiellement, dans notre système d'assurance, sur les mesures professionnelles et non sur les mesures médicales, est l'intégration de l'assuré et la poursuite de son activité dans l'économie suisse. Le reclassement d'un saisonnier invalide dans un autre poste est donc une solution problématique, surtout lorsque l'intéressé ne veut

pas échanger son statut de saisonnier contre celui d'un travailleur à l'année, refus que manifestent beaucoup de salariés, notamment dans les branches du bâtiment, de l'hôtellerie et de l'agriculture. C'est pourquoi l'absence d'une possibilité juridique de réadapter les personnes de cette catégorie n'est pas, d'après les observations faites jusqu'ici, apparue comme un désavantage sérieux. L'application des conventions mentionnées ci-après sous lettre *b* permettra du reste d'acquérir une plus ample expérience à cet égard.

b) Dans les conventions fondées sur le principe du risque (Espagne, Pays-Bas, Turquie), il n'a pas été nécessaire d'inclure des dispositions sur la réalisation de la clause d'assurance en Suisse en cas de séjour à l'étranger, parce que des prestations ne sont dues qu'en cas de survenance de l'invalidité en Suisse. Etant donné que les personnes sans domicile civil en Suisse ne sont assurées que si elles y exercent une activité lucrative, et que des salariés tombés malades ou victimes d'accidents ne sont souvent plus assurés (c'est toujours le cas pour les saisonniers) lors de la survenance du risque assuré — soit, dans la plupart des cas, après 360 jours d'incapacité de gain de la moitié au moins — il a fallu insérer, dans les conventions, une disposition selon laquelle ces personnes sont réputées assurées tant qu'elles séjournent en Suisse. Citons ici, par exemple, le chiffre 9 du protocole final relatif à la convention avec l'Espagne: « Sont considérés comme étant assurés à l'AI suisse les ressortissants espagnols non domiciliés en Suisse qui, à la suite d'une maladie ou d'un accident, ont dû abandonner leur activité en Suisse mais demeurent dans ce pays jusqu'à la survenance de l'invalidité. » Pour des raisons de principe — application rigoureuse du principe du risque — le droit aux mesures de réadaptation a dû d'ailleurs, dans ce type de convention, être étendu à tous les salariés, donc aussi aux saisonniers. Il reste à voir si des cas d'application pratique se présenteront dans cette catégorie de personnes.

### *Allocations familiales*

Compte tenu de ce qui a été dit sous II A b et II C, dernier alinéa, il semble superflu de reprendre ici cette question; pour les saisonniers, les problèmes ne sont guère différents de ceux qui se posent aux autres salariés étrangers.

## **Les ateliers protégés en Suisse**

### *Situation en juin 1971*

Dans les deux statistiques publiées jusqu'à présent concernant les centres de réadaptation et les ateliers protégés (RCC 1969, p. 301, et 1970, p. 240), on n'a compté séparément, dans les ateliers protégés, que les places qui, au moment de l'enquête, étaient déjà affectées entièrement à l'occupation perma-

*Ateliers protégés classés par cantons*

Situation en juin 1971

Tableau 1

Cantons	Localités	Nombre d'ateliers	Nombre de places			
			Pour l'observation et la formation	Pour l'occupation permanente	Total	Dont ... avec internat
ZH	11	17	140	527	667	336
BE	10	13	111	388	499	217
LU	2	3	39	64	103	26
UR	3	3	13	18	31	—
SZ	1	1	—	10	10	—
OW	—	—	—	—	—	—
NW	1	1	5	10	15	—
GL	—	—	—	—	—	—
ZG	1	1	5	10	15	—
FR	3	4	33	64	97	—
SO	1	1	30	30	60	—
BS	1	4	50	353	403	151
BL	2	2	8	22	30	10
SH	1	1	28	16	44	16
AR	—	—	—	—	—	—
AI	—	—	—	—	—	—
SG	4	6	86	174	260	150
GR	—	—	—	—	—	—
AG	3	3	63	103	166	51
TG	3	3	22	67	89	67
TI	1	1	—	6	6	—
VD	11	19	23	464	487	171
VS	4	5	5	101	106	10
NE	3	3	15	135	150	50
GE	2	6	36	224	260	36
Suisse	68	97	712	2786	3498	1291

nente. Les places de travail destinées à des invalides qui avaient encore besoin d'une formation et ne participaient ainsi à la production que d'une manière restreinte y ont été englobées dans le nombre total des places des centres de formation. Etant donné que lors de l'ouverture d'un atelier protégé, pratiquement tous les invalides auxquels il est prévu de donner une occupation permanente doivent recevoir une préparation professionnelle, il faut consacrer à celle-ci presque toutes les places disponibles pendant la première phase de l'activité. Peu à peu, un nombre de places toujours croissant peut être affecté à l'occupation permanente, jusqu'à ce que l'on arrive à une certaine stabilité et que des places d'apprentissage ne doivent être réservées que pour des invalides nouvellement admis. Dans des conditions stabilisées, cette catégorie de

*Nombre d'ateliers protégés, classés par régions*

De fin 1968 à juin 1971

Tableau 2

Régions	Nombre d'ateliers protégés		
	Fin 1968	Fin 1969	Jun 1971
Suisse romande <sup>1</sup> . . . . .	27	30	37
Suisse du nord-ouest <sup>2</sup> . . . . .	13	16	23
Suisse centrale <sup>3</sup> . . . . .	4	8	9
Suisse orientale <sup>4</sup> . . . . .	19	22	27
Tessin . . . . .	—	—	1
Suisse . . . . .	63	76	97

<sup>1</sup> Cantons de Fribourg, Vaud, Valais, Neuchâtel et Genève  
<sup>2</sup> Cantons de Berne, Soleure, Bâle et Argovie  
<sup>3</sup> Cantons de Lucerne, Uri, Schwyz, Unterwald, Zoug  
<sup>4</sup> Cantons de Zurich, Glaris, Schaffhouse, Appenzell, Saint-Gall, Grisons et Thurgovie

novices représente en moyenne 10 à 20 pour cent des invalides occupés dans les ateliers protégés. Plusieurs de ceux-ci en étant encore à leur stade initial, il est à prévoir qu'un assez grand nombre de places d'apprentissage se libérera prochainement et pourra être consacré à l'occupation permanente.

La présente statistique, contrairement à celles de 1969 et 1970, ne concerne que les ateliers protégés. Une statistique particulière sera publiée plus tard pour les centres de formation où des invalides sont préparés à une activité professionnelle dans l'économie libre. La création de plus de 30 nouveaux ateliers depuis fin 1968 (cf. tableau 2) a permis d'offrir un millier de places supplémentaires, ce qui représente certainement une belle performance. L'initiative de ces nouvelles fondations a été prise en général dans les milieux intéressés à la formation scolaire spéciale, ainsi que par les associations de parents. Deux tiers environ des invalides occupés dans des ateliers protégés sont des débiles mentaux éduquables sur le plan pratique; grâce à une formation scolaire spéciale adéquate, ils ont pu faire suffisamment de progrès pour être en mesure d'effectuer, dans des conditions spéciales il est vrai, un travail économiquement utilisable. Ainsi, par suite du développement des écoles spéciales pour enfants éduquables sur le plan pratique, le nombre de places nécessitées dans les ateliers protégés a sensiblement augmenté.

Comme le montrent les tableaux 1 et 3, le nombre de places dans les ateliers protégés varie encore beaucoup d'une région à l'autre. La Suisse romande continue à occuper le premier rang. Pour l'ensemble du pays, le nombre actuel des places disponibles correspond à peu près à la bonne moitié des places nécessitées. Treize ateliers protégés, comprenant environ 300 places, sont en construction; trente et un projets sont à l'étude, dont la réalisation apporterait encore 1200 places de plus. Compte tenu de ces projets,

*Ateliers protégés classés par régions et d'après le genre des places*

Situation en juin 1971

Tableau 3

Régions	Localités	Nombre d'ateliers	Nombre de places				
			Pour l'observation et la formation professionnelle	Pour l'occupation permanente	Total		Dont... avec internat
					en nombres absolus	sur 100 000 habitants	
Suisse romande <sup>1</sup> . .	23	37	112	988	1100	79	267
Suisse du nord-ouest <sup>2</sup> . . . . .	17	23	262	896	1158	57	429
Suisse centrale <sup>3</sup> . . .	8	9	62	112	174	32	26
Suisse orientale <sup>4</sup> . .	18	27	276	784	1060	52	569
Tessin . . . . .	1	1	—	6	6	2	—
Suisse . . . . .	67	97	712	2786	3498	56 <sup>5</sup>	1291

<sup>1</sup> Cantons de Fribourg, Vaud, Valais, Neuchâtel et Genève  
<sup>2</sup> Cantons de Berne, Soleure, Bâle et Argovie  
<sup>3</sup> Cantons de Lucerne, Uri, Schwyz, Unterwald, Zoug  
<sup>4</sup> Cantons de Zurich, Glaris, Schaffhouse, Appenzell, Saint-Gall, Grisons et Thurgovie  
<sup>5</sup> Nombre moyen des places pour 100 000 habitants, calculé d'après les résultats du recensement fédéral de 1970.

les besoins seront couverts dans une proportion d'à peu près quatre cinquièmes. Cependant, même ainsi, il subsistera encore d'importantes lacunes dans certaines régions.

Etant donné que les subventions de l'AI à l'exploitation ne sont accordées qu'aux ateliers protégés dont le support juridique est public ou d'utilité publique, les chiffres ci-après ne sont pas identiques aux résultats de l'enquête sur les subventions d'exploitation versées à ces ateliers (cf. RCC 1970, p. 564).

### **L'encouragement du sport des invalides par l'AI**

Le sport joue un rôle très important, celui de compenser les fatigues imposées par l'activité professionnelle. Ceci vaut pour tout le monde, mais particulièrement pour les invalides qui, dans la vie quotidienne comme au travail, sont astreints à fournir des efforts encore plus grands que leurs congénères valides. Toutefois, si l'invalidé éprouve, davantage qu'un autre, le besoin de se développer physiquement, il ne peut, puisque sa liberté de mouvement est entravée

précisément par son handicap, prendre part aux exercices des sportifs bien portants, ou du moins ne le faire que d'une manière restreinte. C'est pourquoi des mesures spéciales doivent être prises pour permettre à l'invalide de s'initier aux activités sportives entrant en ligne de compte pour lui, et de les pratiquer. C'est pour cela que l'on a créé des groupes sportifs d'invalides (cf. RCC 1966, p. 168).

L'AI accorde, en vertu de l'article 74 LAI, des subventions en faveur des cours destinés à développer l'habileté des invalides. Le sport joue un rôle des plus importants dans ces cours. Lorsqu'une manifestation sportive ayant le caractère d'un cours remplit certaines conditions quant à son programme, au personnel qui la dirige et à ses participants, l'AI verse une contribution s'élevant à 80 pour cent des frais considérés; ceux-ci comprennent les honoraires versés aux dirigeants du cours, aux moniteurs et à leurs auxiliaires, les frais de transport, les frais de repas et de logement des participants, y compris le personnel, et les frais d'acquisition du matériel nécessité. Le taux élevé de la subvention (80 %) n'est justifié que si le cours a été organisé d'une manière économique et avec un but précis. La condition posée pour l'octroi de cette subvention, soit une organisation rationnelle et la collaboration d'un personnel qualifié, semble avoir contribué sensiblement à améliorer la qualité des manifestations sportives de ce genre. Grâce au subventionnement généreux obtenu de l'AI, les groupes parviennent, avec des ressources propres assez modestes, à déployer une activité sportive considérable et à donner à un nombre croissant d'invalides l'occasion d'y prendre part. De 1962 à 1970, le nombre des groupes sportifs subventionnés par l'AI est monté de 29 à 74; pendant le même laps de temps, les subventions annuelles versées par l'AI en faveur du sport des invalides ont passé de 40 283 fr. à 403 000 fr.

Toutefois, ce subventionnement des cours n'encourage pas une prospection qui chercherait à englober le plus grand nombre possible de sports différents. De même, l'AI ne peut financer des compétitions ou l'entraînement à celles-ci. Ses subventions doivent, bien plutôt, servir à généraliser le sport des invalides, de manière que toute personne handicapée ait la possibilité de se développer en suivant des cours de natation ou de gymnastique, par exemple, qui tiennent compte de son infirmité et ne lui imposent ni efforts excessifs, ni grosses dépenses.

## **Le nouveau numéro AVS**

Le numéro d'assuré AVS est de plus en plus utilisé dans d'autres domaines que la sécurité sociale. Aussi la Centrale de compensation a-t-elle publié une brochure explicative qui donne les renseignements complémentaires nécessaires sur le nouveau système projeté et sur l'agrandissement du numéro. Pour compléter l'article paru dans

la RCC 1969, page 210, nous reproduisons ici in extenso le texte de la Centrale. Celui-ci a également été tiré à part (voir bulletin de commande ci-joint).

### 1. Le numéro AVS actuel

Le numéro AVS actuel a permis d'identifier d'une manière simple, depuis son introduction en 1947, plus de huit millions de personnes des deux sexes, de tous âges et nationalités. Conçu en premier lieu à l'usage de la sécurité sociale, il n'en a pas moins été utilisé très rapidement aussi bien dans les secteurs publics (numéro de contribuable) et militaires (numéro matricule) que privés (services du personnel de grandes entreprises, assurances, etc).

Aujourd'hui, et bien qu'il ait admirablement rempli ses fonctions au cours des vingt premières années de son existence, il commence à présenter certaines lacunes que son usage de plus en plus intensif ne fait qu'accentuer; ceci vaut particulièrement dans le cas de son utilisation comme critère de recherches et d'identification lors du traitement en masse de données par des méthodes modernes.

En effet, plusieurs de ces caractéristiques n'étaient pas jusqu'ici définies avec assez de précision et pouvaient à la longue donner lieu à des interprétations différentes (lorsqu'il y a des diphtongues, des dates de naissance inconnues, etc.). D'autre part, ses dimensions variables, de 8 à 10 chiffres selon les cas, et l'impossibilité de le contrôler efficacement (par exemple par un « check digit ») étaient sans aucun doute autant de handicaps lors de ses transmissions répétées, tant orales qu'écrites, telles qu'elles interviennent fréquemment aujourd'hui. De plus, à la suite d'accords internationaux signés dans le domaine de la sécurité sociale, il devenait indispensable de pouvoir déterminer du premier coup d'œil la nationalité d'un assuré, suisse ou étrangère.

Aussi, au vu de ce qui précède, l'OFAS a-t-il proposé d'étudier l'introduction d'un nouveau numéro AVS, qui serait mieux adapté à la situation actuelle.

### 2. Le nouveau numéro AVS à 11 chiffres

Cette proposition ayant été approuvée, le Département fédéral de l'intérieur a, conformément au règlement d'exécution de la loi sur l'AVS (RAVS, art. 133), par décision du 23 décembre 1970, prévu que le nouveau numéro AVS serait introduit à partir du 1<sup>er</sup> avril 1972, date qui pourra être avancée ou retardée de quelques mois en fonction de l'état des travaux préparatoires.

Ce nouveau numéro comportera onze chiffres, séparés en quatre groupes de trois (a), deux (b), trois (c) et trois (d) chiffres. Ses trois premiers groupes — donc ses huit premiers chiffres — qu'il est convenu d'appeler le « numéro de base » (Stammnummer) resteront à quelques détails près identiques, dans leur formation, aux huit premiers chiffres du numéro AVS actuel (ancien). En fait, à moins de comporter une erreur fondamentale, ils seront repris tels quels lors du passage de l'« ancien » au « nouveau » numéro. Par contre, son dernier groupe sera nouveau et le numéro d'ordre actuel ne sera pas toujours valable pour le nouveau numéro.

a. Groupe de « correspondance alphabétique »

Afin de pouvoir classer les assurés en fonction de la séquence alphabétique de leur nom de famille, on a créé une table définissant 900 groupes alphabétiques constitués des premières lettres des noms les plus usuels (en Suisse).

A chacun de ces groupes correspond un numéro de trois chiffres qui formera le premier groupe de la clef AVS.

Pour déterminer le groupe alphabétique, et partant, le groupe numérique à attribuer, il y a lieu de tenir compte des principes suivants:

- Tout nom dont la classification alphabétique le situe entre deux groupes alphabétiques est à rattacher au premier de ces groupes.
- Tout nom composé ou précédé d'une particule est considéré comme un nom simple formé de la réunion de ses divers éléments.

*Exemples:* Aus der Au                      considéré comme Ausderau  
                  Du Pasquier                    considéré comme Dupasquier

- Elision du E dans les diphtongues:

Si, dans un groupe de voyelles, se trouve en *première* position l'une des voyelles A, O ou U et si celle-ci est immédiatement suivie d'une ou plusieurs lettres E, cette ou ces dernières sont élidées et ne sont, en conséquence, pas prises en considération pour effectuer la classification du nom considéré. Les cas d'accentuation ä, ö ou ü sont traités par analogie comme les diphtongues AE, OE, Ue.

*Exemples:* Aebi                      classé      comme Abi  
                  Müller ou Mueller              comme Muller

(Le cas *Bauer* est classé comme Bauer, la lettre E ne suivant pas immédiatement la première voyelle du groupe.)

b. Groupe « année de naissance »

Le deuxième groupe formant la clef AVS est composé des deux derniers chiffres de l'année de naissance de l'assuré (chiffres des dizaines et unités):

*Exemples:* Assuré né en 1936: 36  
                  Assuré né en 1897: 97

c. Groupe sexe / calendrier

Le troisième groupe de la clef AVS est composé d'un chiffre unique, désignant le trimestre de la date de naissance et le sexe de l'assuré, et d'un nombre de deux chiffres précisant le jour de naissance dans le trimestre.

Pour faciliter les calculs, une table est mise à disposition. Elle donne deux séries de numérotation par trimestre à raison d'une par sexe, dans laquelle chaque jour est désigné séquentiellement par un nombre de trois chiffres. Pour des raisons pratiques, les mois sont comptés comme ayant 31 jours, et les numéros attribués aux jours inexistantes ne sont pas utilisés (exemple: n° 162 correspondant au 31 février de la série masculine).

- Si la date de naissance (mois et/ou quantième) d'un assuré — étranger, réfugié ou apatride — n'est pas connue, les chiffres-clefs 100 (hommes) et 500 (femmes) sont utilisés.
- Si le sexe d'un assuré n'est pas déterminé, ce dernier est considéré comme étant du sexe masculin.

#### *d. Le numéro d'ordre et le chiffre de contrôle*

Pour distinguer les assurés dont le numéro de base est identique, ainsi que pour différencier les Suisses des étrangers, il est fait usage d'un numéro d'ordre de deux chiffres.

Afin d'assurer la validité des numéros AVS, ceux-ci seront complétés par un chiffre de contrôle module 11. Ce chiffre de contrôle ne doit avoir qu'une position.

Le numéro d'ordre et le chiffre de contrôle se combinent en un groupe de trois chiffres.

#### Numérotation d'ordre

Compte tenu du choix du chiffre de contrôle (mod. 11), qui implique obligatoirement que certains nombres ne peuvent pas être utilisés (reste 10, voir plus loin), il est nécessaire, pour comprendre le système de la numérotation d'ordre, non seulement de suivre pas à pas sa construction logique, mais également de voir les raisons pour lesquelles cette logique a été « inversée ».

— En premier lieu, les assurés ayant le même numéro de base sont « numérotés » séquentiellement:

	séries normales	séries de remplacement
séries suisses . . . . .	11 à 39	40 à 49
séries étrangères . . . . .	51 à 79	80 à 89

Toutefois, lorsque le chiffre de contrôle obtenu devrait être 10 (voir plus loin), et comme le numéro de base ne peut être modifié, il devient nécessaire de changer le numéro d'ordre lui-même. Pour garder une attribution séquentielle (chronologique) le numéro d'ordre primitivement attribué est remplacé par son correspondant dans la série de remplacement. En fait, il suffit pour cela de remplacer son premier chiffre (chiffre des dizaines) par 4 pour les Suisses et par 8 pour les étrangers.

(Cette procédure découle du fait qu'il n'y a jamais deux nombres compris entre 11 et 39, respectivement entre 51 et 79, dont les chiffres des unités soient identiques pour un même chiffre de contrôle.)

On obtient ainsi:

Numéros d'ordre utilisés jusqu'ici	Numéros d'ordre valables <i>dès le 1<sup>er</sup> avril 1972</i> (inversés - tels qu'ils seront utilisés effectivement)				Numéros d'ordre logiques (non-inversés - théoriques)			
	dans séries normales		dans séries de remplacement <sup>1</sup>		dans séries normales		dans séries remplacement <sup>1</sup>	
	Suisses	Etrangers	Suisses	Etrangers	Suisses	Etrangers	Suisses	Etrangers
xxx.xx.xxx/-	xxx.xx.xxx.11 y	xxx.xx.xxx.15 y	xxx.xx.xxx.14 y	xxx.xx.xxx.18 y	11	51	41	81
2	21	25	24	28	12	52	42	82
3	31	35	34	38	13	53	43	83
4	41	45	44	48	14	54	44	84
5	51	55	54	58	15	55	45	85
6	61	65	64	68	16	56	46	86
7	71	75	74	78	17	57	47	87
8	81	85	84	88	18	58	48	88
9	91	95	94	98	19	59	49	89
10	02	06	04	08	20	60	40	80
11	12	16	14	18	21	61	41	81
12	22	26	24	28	22	62	42	82
13	32	36	34	38	23	63	43	83
14	42	46	44	48	24	64	44	84
o	•	•	•	•	•	•	•	•
•	•	•	•	•	•	•	•	•
•	•	•	•	•	•	•	•	•
•	•	•	•	•	•	•	•	•

<sup>1</sup> Remplacent les séries normales si chiffre de contrôle devait être 10 (non-admis).  
y = dernière position du No AVS = chiffre de contrôle.

Pour des raisons pratiques, la numérotation d'ordre logique décrite ci-dessus a été inversée.

En effet, plus de 90 pour cent des numéros AVS actuels comportent un numéro d'ordre compris entre 1 et 9 (en fait, le numéro 1 n'est jamais indiqué; la numérotation commence à 2, le 1 étant implicitement supprimé par mesure de simplification), et moins de 10 pour cent en ont un supérieur ou égal à 10. Lors du passage du numéro actuel au nouveau numéro, l'inversion indiquée ci-dessus permet de compléter 90 pour cent des numéros existants et de ne modifier que le reste. Dans le cas contraire, il faudrait tous les transformer, ce qui représenterait un surcroît de travail et d'erreurs considérable, en raison du nombre élevé de documents non remplaçables où ces numéros d'ordre sont utilisés comme critères d'identification.

### Chiffre de contrôle

Le chiffre de contrôle utilisé est le complément à 11 du reste de la division par 11 de la somme des produits de chacun des dix premiers chiffres du numéro AVS par les facteurs de pondération correspondants.

- Les facteurs de pondération 2 à 7 sont utilisés cycliquement de la dixième position à la première pour le calcul du chiffre de contrôle (en fait, de droite à gauche).
- Lorsque le chiffre de contrôle obtenu est 10, le numéro d'ordre du numéro AVS est modifié en conséquence (passage à la série de remplacement) afin que le chiffre de contrôle utilisé reste à une position. Après la modification du numéro d'ordre, il y a lieu de calculer à nouveau le chiffre de contrôle.

*Exemple:* Numéro AVS de base:       294.34.573  
                   Numéro d'ordre attribué:   21  
                   Numéro AVS provisoire:   294.34.573.21

Calcul du chiffre de contrôle:

N° AVS	2	9	4	3	4	5	7	3	2	1
Facteur de pondé- ration ou de multiplication	5	4	3	2	7	6	5	4	3	2
produits	10	36	12	6	28	30	35	12	6	2

somme des produits   177 : 11 = 16 reste 1

complément à 11 de 1 = 10.

Ce chiffre de contrôle étant inacceptable, le numéro d'ordre correspondant à 21 est choisi dans la série de remplacement, soit 24.

Nouveau chiffre de contrôle obtenu: 4.

Le numéro AVS définitif est 294.34.573.244.

### 3. Attribution du numéro AVS

En vertu de l'article 174, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre a, RAVS, seule la Centrale de compensation, à Genève, est habilitée à former et à attribuer les numéros AVS.

Cette attribution centralisée est compréhensible si l'on considère qu'il existe des quantités de cas de personnes ayant un numéro de base identique — mêmes noms ou racines de nom et mêmes sexes, années et dates de naissance — dont les numéros AVS sont distingués seulement par leur numéro d'ordre<sup>1</sup>. En raison de sa structure, cette numérotation d'ordre ne peut être calculée qu'à partir d'un registre où sont conservés tous les numéros déjà attribués, ainsi que les informations qui ont servi de base à leur formation. Par ailleurs, cette procédure est indispensable si l'on veut, d'une part, conserver au numéro AVS son caractère de critère d'identification non équivoque et, d'autre part, garder l'histoire des cas, c'est-à-dire des modifications de numéros résultant aussi bien des changements de noms par suite de mariage, divorce, etc. que de corrections diverses. En effet, dans le cadre de la sécurité sociale, telle qu'elle existe aujourd'hui, il est indispensable de pouvoir retrouver, à un moment donné de sa vie, aussi bien toutes les cotisations versées par un assuré que les prestations qu'il aurait pu toucher.

A cet effet, tous les numéros ayant été attribués une fois ou l'autre à un assuré sont « chaînés ». En appliquant les principes selon lesquels:

- un numéro attribué une fois à une personne n'est en aucun cas réutilisé pour une autre dans un laps de temps de 100 ans, ni avant que la première ne soit décédée,
- un numéro attribué une fois, même par erreur sur la base de fausses informations, n'est jamais détruit,

il est possible de garantir une sécurité optimale au système de numérotation AVS.

### 4. Eléments nécessaires à la formation du numéro AVS par la Centrale de compensation

Pour former un numéro AVS, la Centrale de compensation doit pouvoir disposer au minimum des informations suivantes:

- |   |  |
|---|--|
| a) <i>nom de famille</i><br><i>nom de jeune fille</i><br>(pour la femme mariée ou veuve, ainsi que divorcée ou séparée, si elle a conservé son nom d'alliance),<br><i>prénom(s)</i> | <ul style="list-style-type: none"><li>— 40 positions sont disponibles pour ces informations;</li><li>— le nom de jeune fille doit être séparé (le cas échéant) du nom de famille par un tiret (-), et le(s) prénom(s) du(des) nom(s) de famille par une virgule;</li></ul> |
|---|--|

---

<sup>1</sup> Une dérogation à cette disposition peut être admise pour la création du numéro de base uniquement, pour autant qu'elle soit effectuée selon les règles fixées. Sur demande, un programme standard de création du numéro de base et de vérification du numéro AVS complet pourra être fourni par la Centrale de compensation (IBM/360 COBOL).

- les noms composés, respectivement les prénoms, sont séparés les uns des autres uniquement par un espace à l'exclusion de tout autre signe;
  - au cas où le prénom n'existe pas (cas rares pour des étrangers), le champ suivant la virgule est laissé en blanc.
- b) date de naissance complète
- jour, mois et année (exemple: 01.03.1939);
  - lorsque la date de naissance n'existe pas, les positions correspondantes sont laissées à zéro.
- c) sexe
- 1 = masculin
  - 2 = féminin
  - le sexe indéterminé à la naissance est indiqué comme masculin.
- d) état civil
- 1 = célibataire
  - 2 = marié(e)
  - 3 = veuf (veuve)
  - 4 = divorcé(e)
  - 5 = séparé(e)
- e) nationalité
- code de trois chiffres selon la liste officielle établie par le Bureau fédéral des statistiques.
- De plus, en cas de changement de nom (mariage, divorce, etc):
- f) numéro AVS précédent (s'il est connu)
- g) nom de famille précédent — selon les mêmes conditions que sous a).

Toutes les données relatives aux personnes pour lesquelles un numéro AVS est demandé doivent *obligatoirement* provenir de documents officiels, et être écrites sur le porteur d'informations destiné à la Centrale exactement comme sur l'original (en particulier pour l'orthographe des noms), et sans abréviations.

Les documents officiels suivants sont admis comme sources d'informations:

*Pour les Suisses*

- Livret de famille
- Carte d'identité
- Passeport
- Certificat AVS
- Acte d'origine
- Livret de service

*Pour les étrangers*

- Passeport
- Permis d'établissement
- Certificat AVS
- Carte d'identité

En plus des données personnelles ci-dessus, l'office demandeur doit également annoncer son indicatif (par exemple: Cantons, code 01 à 25) et un code mutation.

La transmission à la Centrale de compensation des informations nécessaires à la création des numéros AVS sera décidée de cas en cas entre les partenaires en fonction de la masse et de la fréquence des attributions. Cependant, les moyens les plus modernes sont d'ores et déjà prévus, en particulier les bandes magnétiques, les cartes perforées et les documents pouvant être lus par un lecteur optique (OCR).

### 5. Applications possibles du nouveau numéro AVS

Si quelques applications sont déjà bien connues, en dehors de celles relatives à la sécurité sociale, il ne fait aucun doute que plus le « système » comportera d'utilisateurs, mieux il fonctionnera. La nouvelle conception du numéro AVS doit permettre cette extension avec un maximum de sécurité et d'avantages. Si, jusqu'à maintenant, seules les personnes soumises à l'AVS (aussi bien comme cotisants que comme bénéficiaires) et les militaires disposaient obligatoirement du numéro AVS, il est à prévoir que d'ici quelques années, ce numéro sera attribué systématiquement à toutes les personnes résidant en Suisse.

L'un de nos buts premiers, en favorisant l'usage hors du domaine de la sécurité sociale, est d'arriver à le rendre tellement sûr et systématique qu'il puisse être utilisé partout, tant par les services publics que sur le plan privé, et que de ce fait la sécurité sociale elle-même puisse en bénéficier par contre-coup pour la détermination exacte de ses assurés et bénéficiaires.

# Liste des textes législatifs, des conventions internationales et des instructions de l'Office fédéral des assurances sociales<sup>1</sup>

Etat au 1<sup>er</sup> août 1971

Source<sup>2</sup> et évt.  
N° de commande

## 1. ASSURANCE-VIEILLESSE ET SURVIVANTS OU DOMAINE COMMUN DE L'AVS, DE L'AI, DES APG ET DES PC

### 1.1. Lois fédérales et arrêtés fédéraux

- Loi fédérale sur l'AVS, du 20 décembre 1946 (RS 8, 451), modifiée par les lois fédérales du 21 décembre 1950 (RO 1951, 393), du 30 septembre 1953 (RO 1954, 217), du 22 décembre 1955 (RO 1956, 703), du 21 décembre 1956 (RO 1957, 264), du 19 juin 1959 (RO 1959, 884), du 23 mars 1961 (RO 1961, 501), du 19 décembre 1963 (RO 1964, 277) et du 4 octobre 1968 (RO 1969, 120), ainsi que par la loi instituant des mesures spéciales propres à réduire les dépenses de la Confédération, du 23 décembre 1953 (chiffre I, 10) (RO 1954, 573), par la LAI, du 19 juin 1959 (art. 82) (RO 1959, 857), par la LPC du 19 mars 1965 (art. 18) (RO 1965, 541), par la loi modifiant la LAI, du 5 octobre 1967 (chiffre III) (RO 1968, 29) et par la loi sur l'imposition du tabac, du 21 mars 1969, art. 46 (RO 1969, 665). La nouvelle teneur se trouve dans le « Recueil LAVS/RAVS », état au 1<sup>er</sup> janvier 1971. OCFIM  
318.300
- Arrêté fédéral sur le statut des réfugiés dans l'AVS et dans l'AI, du 4 octobre 1962 (RO 1963, 37). OCFIM
- Loi fédérale augmentant les rentes de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, du 24 septembre 1970 (RO 1971, 27). OCFIM  
Publiée dans le « Recueil LAVS/RAVS », état au 1<sup>er</sup> janvier 1971. 318.300

<sup>1</sup> Cette liste peut être commandée sous forme de tirage à part, sous N° 318.120.01, à l'Office central fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne (voir bulletin de commande ci-joint).

<sup>2</sup> OCFIM = Office central fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne.  
OFAS = Office fédéral des assurances sociales, 3003 Berne.  
Les livraisons de l'OFAS dépendent des stocks existants.

## 1.2. Actes législatifs édictés par le Conseil fédéral

Règlement d'exécution de la loi fédérale sur l'AVS, du 31 octobre 1947 (RS 8, 510), modifié par les ACF du 20 avril 1951 (RO 1951, 396), du 30 décembre 1953 (RO 1954, 226), du 10 mai 1957 (RO 1957, 407), du 5 février 1960 (RO 1960, 247), du 4 juillet 1961 (RO 1961, 505), du 3 avril 1964 (RO 1964, 324), du 19 novembre 1965 (RO 1965, 1033), du 29 août 1967 (RO 1967, 1209), du 10 janvier 1969 (RO 1969, 135), du 21 septembre 1970 (RO 1970, 1149) et du 15 janvier 1971 (RO 1971, 29), par l'ACF retirant aux services de l'administration la compétence d'édicter des dispositions ayant force obligatoire générale, du 13 octobre 1951 (art. 8) (RO 1951, 970), par l'arrêté fédéral attribuant l'OFAS au Département de l'intérieur, du 20 décembre 1954 (RO 1954, 1362) et par l'ACF complétant et modifiant les dispositions qui donnent aux départements et aux services qui en dépendent la compétence de régler certaines affaires, du 23 décembre 1968 (chapitre II B 4) (RO 1969, 81). Nouvelle teneur dans le « Recueil LAVS/RAVS », état au 1<sup>er</sup> janvier 1971.

OCFIM  
318.300

Règlement du tribunal arbitral de la commission de l'AVS, du 12 décembre 1947 (RS 8, 587).

OCFIM

Ordonnance sur le remboursement aux étrangers et aux apatrides des cotisations versées à l'AVS, du 14 mars 1952 (RO 1952, 285), modifiée par l'ACF du 10 mai 1957 (RO 1957, 415).

OCFIM

Règlement concernant l'administration du Fonds de compensation de l'AVS, du 7 janvier 1953 (RO 1953, 16), modifié par les ACF du 22 janvier 1960 (RO 1960, 83) et du 27 septembre 1963 (RO 1964, 640).

OCFIM

Ordonnance concernant l'AVS et l'AI facultatives des ressortissants suisses résidant à l'étranger, du 26 mai 1961 (RO 1961, 429), modifiée par les ACF du 3 avril 1964 (RO 1964, 332), du 15 janvier 1968 (RO 1968, 43) et du 10 janvier 1969 (RO 1969, 135). Nouvelle teneur dans les directives concernant l'assurance facultative, valables dès le 1<sup>er</sup> juillet 1971.

OCFIM  
318.101

Arrêté du Conseil fédéral concernant les contributions des cantons à l'AVS, du 16 septembre 1970 (RO 1970, 1121).

OCFIM

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

Règlement de la Caisse fédérale de compensation, du 30 décembre 1948, arrêté par le Département fédéral des finances et des douanes (RO 1949, 68).

OCFIM

Règlement de la Caisse suisse de compensation, du 15 octobre 1951, arrêté par le Département fédéral des finances et des douanes (RO 1951, 996).	OCFIM
Directives du Conseil d'administration concernant les placements du Fonds de compensation de l'AVS, du 19 janvier 1953 (FF 1953/I, 91), arrêtées par le Conseil d'administration du Fonds de compensation de l'AVS, modifiées par la décision du 18 mars 1960 (FF 1960/II, 8).	OCFIM
Règlement du fonds spécial « Legs Isler et von Smolenski pour secourir des vieillards et des survivants se trouvant dans un état de gêne particulier », du 9 mars 1956, arrêté par l'OFAS (RO 1956, 630), complété par l'ACF du 8 août 1962 (non publié).	OFAS
Ordonnance du Département fédéral de l'intérieur concernant l'octroi de rentes transitoires de l'AVS aux Suisses à l'étranger (adaptation des limites de revenu), du 24 juin 1957 (RO 1957, 582).	OCFIM
Ordonnance du Département fédéral de l'intérieur concernant la création ou la transformation de caisses de compensation de l'AVS, du 19 février 1960 (RO 1960, 296).	OCFIM
Règlement intérieur de la Commission fédérale de l'AVS/AI, édicté par ladite commission le 23 février 1965 (non publié).	OFAS
Ordonnance du Département fédéral de l'intérieur sur les frais d'administration dans l'AVS/AI (subsides aux caisses cantonales de compensation), du 16 novembre 1965 (RO 1965, 1067), modifiée par ordonnance du 13 janvier 1969 (RO 1969, 66).	OCFIM
Ordonnance du Département fédéral de l'intérieur sur les frais d'administration dans l'AVS (taux maximums des contributions aux frais d'administration), du 13 janvier 1969 (RO 1969, 65).	OCFIM
Règlement du Département fédéral de l'intérieur sur l'organisation de la commission de recours en matière d'AVS/AI pour les personnes résidant à l'étranger et sur la procédure à suivre devant cette commission, du 20 janvier 1971 (RO 1971, 219).	OCFIM

#### 1.4. Conventions internationales

<i>France</i>	Convention relative à l'AVS, du 9 juillet 1949, avec protocole général et protocole N° 1 (RO 1950, 1164).
	Arrangement administratif du 30 mai 1950 (RO 1950, 1176).
	Avenant au Protocole général, du 5 février 1953 (RO 1953, 99).
	Protocole N° 2, du 1 <sup>er</sup> juin 1957 (RO 1957, 633).

	<p>Protocole N° 3, du 15 avril 1958 (RO 1958, 328).</p> <p>Avenant à la convention sur l'AVS, du 14 avril 1961 (RO 1961, 666).</p> <p>Avenant au protocole N° 3, du 14 avril 1961 (RO 1961, 385).</p>	OCFIM
<i>Belgique</i>	<p>Convention relative aux assurances sociales, du 17 <i>juin</i> 1952 (RO 1953, 948).</p> <p>Arrangement administratif, du 24 juillet 1953 (RO 1953, 958).</p>	OCFIM
<i>Danemark</i>	<p>Convention relative aux assurances sociales, du 21 <i>mai</i> 1954 (RO 1955, 290).</p> <p>Arrangement administratif, du 23 juin 1955 (RO 1955, 790).</p> <p>Convention complémentaire, du 15 novembre 1962 (RO 1962, 1479).</p>	OCFIM
<i>Suède</i>	<p>Convention relative aux assurances sociales, du 17 <i>décembre</i> 1954 (RO 1955, 780).</p>	OCFIM
<i>Tchécoslovaquie</i>	<p>Convention sur la sécurité sociale, du 4 <i>juin</i> 1959 (RO 1959, 1767).</p> <p>Arrangement administratif, du 10 septembre 1959 (RO 1959, 1780).</p>	OCFIM
<i>Bateliers rhénans</i>	<p>Accord concernant la sécurité sociale (révisé), du 13 <i>février</i> 1961 (RO 1970, 175).</p> <p>Arrangement administratif, du 28 juillet 1967 (RO 1970, 212).</p>	OCFIM
<i>Yougoslavie</i>	<p>Convention relative aux assurances sociales, du 8 <i>juin</i> 1962 (RO 1964, 157).</p> <p>Arrangement administratif, du 5 juillet 1963 (RO 1964, 171)<sup>1</sup>.</p>	OCFIM 318.105
<i>Italie</i>	<p>Convention relative à la sécurité sociale, du 14 <i>décembre</i> 1962 (RO 1964, 730).</p> <p>Arrangement administratif, du 18 décembre 1963 (RO 1964, 748)<sup>1</sup>.</p>	OCFIM 318.105

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

<i>République fédérale d'Allemagne</i>	Convention sur la sécurité sociale, du 25 février 1964 (RO 1966, 622). Convention complémentaire, du 24 décembre 1962 (RO 1963, 939) <sup>1</sup> . Arrangement concernant l'application de la convention, du 23 août 1967 (RO 1969, 735).	OCFIM 318.105
<i>Liechtenstein</i>	Convention en matière d'AVS/AI, du 3 septembre 1965 (RO 1966, 1272). Arrangement administratif, du 31 janvier 1967 (RO 1968, 400) <sup>1</sup> .	OCFIM 318.105
<i>Luxembourg</i>	Convention de sécurité sociale, du 3 juin 1967 (RO 1969, 419). Arrangement administratif, du 17 février 1970 (RO ...).	OCFIM
<i>Autriche</i>	Convention de sécurité sociale, du 15 novembre 1967 (RO 1969, 12). Arrangement administratif, du 1 <sup>er</sup> octobre 1968 (RO 1969, 39) <sup>1</sup> .	OCFIM 318.105
<i>Grande-Bretagne</i>	Convention de sécurité sociale, du 21 février 1968 (RO 1969, 260). Arrangement administratif, du... (pas encore signé).	OCFIM
<i>Etats-Unis d'Amérique du Nord</i>	Arrangement concernant le versement réciproque de certaines rentes des assurances sociales, du 27 juin 1968 (RO 1968, 1664) <sup>1</sup> .	OCFIM 318.105
<i>Espagne</i>	Convention de sécurité sociale, du 13 octobre 1969 (RO 1970, 952). Arrangement administratif, du... (pas encore signé).	OCFIM
<i>Pays-Bas</i>	Convention de sécurité sociale, du 27 mai 1970 (RO 1971, 1039). Arrangement administratif, du 29 mai 1970 (RO ...).	OCFIM

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

## 1.5. Instructions de l'Office fédéral des assurances sociales

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

Circulaire sur l'assujettissement à l'assurance, du 1 <sup>er</sup> juin 1961.	OCFIM 318.107.02
Directives sur la perception des cotisations, valables dès le 1 <sup>er</sup> juillet 1966 (318.106.1), avec suppléments valables dès le 1 <sup>er</sup> janvier 1968 (318.106.011), le 1 <sup>er</sup> janvier 1969 (318.106.012) et le 1 <sup>er</sup> janvier 1970 (318.106.013).	OCFIM 318.106.1
Circulaire sur le salaire déterminant, valable dès le 1 <sup>er</sup> janvier 1969 (318.107.04), avec suppléments valables dès le 1 <sup>er</sup> janvier 1970 (318.107.041) et le 1 <sup>er</sup> janvier 1971 (318.107.042).	OCFIM 318.107.04
Directives sur les cotisations des travailleurs indépendants et des non-actifs, valables dès le 1 <sup>er</sup> janvier 1970.	OCFIM 318.102

### 1.5.2. Les rentes

Directives sur le certificat d'assurance et le CIC, valables dès le 1 <sup>er</sup> janvier 1962 (318.301), avec suppléments valables dès le 1 <sup>er</sup> juillet 1966 (318.301.1), le 1 <sup>er</sup> janvier 1969 (318.301.3) et le 1 <sup>er</sup> mai 1969 (OFAS 17.481).	OCFIM 318.301 OFAS 17.481
Circulaire concernant l'ajournement des rentes de vieillesse, valable à partir du 1 <sup>er</sup> novembre 1969.	OCFIM 318.302
Circulaire sur l'augmentation des rentes de l'AVS et de l'AI au 1 <sup>er</sup> janvier 1971, du 7 octobre 1970.	OFAS 19.624
Directives concernant les rentes, valables dès le 1 <sup>er</sup> janvier 1971, complétées par les circulaires du 30 juin et du 29 juillet 1971.	OCFIM 318.104 OFAS 20.874 20.939

### 1.5.3. L'organisation

Circulaire N° 36 a concernant l'affiliation aux caisses de compensation, les changements de caisse et les cartes du registre des affiliés, du 31 juillet 1950, avec supplément du 4 août 1965.	OFAS 54-9795 12.098
Circulaire sur l'assujettissement et l'affiliation des institutions de prévoyance d'entreprises, du 12 mai 1952.	OFAS 52-7674
Circulaire aux caisses cantonales de compensation sur diverses questions qui se posent dans l'application de l'assurance-accidents dans l'agriculture, considérée comme « autre tâche », du 21 février 1956.	OFAS 56-1006
Circulaire adressée aux départements cantonaux compétents et aux comités de direction des caisses de compensation professionnelles sur la fortune des caisses de compensation, du 28 novembre 1957.	OFAS 57-2638

Directives sur les sûretés à fournir par les associations fondatrices des caisses de compensation AVS professionnelles, du 31 <i>janvier</i> 1958, étendues à l'AI par circulaire du 10 décembre 1959.	OFAS 58-2823 59-4634
Circulaire aux caisses de compensation concernant les rapports annuels, du 10 <i>avril</i> 1962.	OFAS 62-7555
Directives sur la comptabilité et les mouvements de fonds des caisses de compensation, valables dès le 1 <sup>er</sup> <i>février</i> 1963 (318.103), complétées par les directives du 22 juillet 1966 et du 9 janvier 1969.	OCFIM 318.103 OFAS 13.565 et 16.980
Circulaire sur l'affranchissement à forfait, valable dès le 1 <sup>er</sup> <i>juillet</i> 1964, complétée par la circulaire du 27 décembre 1967.	OCFIM 318.107.03
Circulaire sur le contentieux, valable dès le 1 <sup>er</sup> <i>octobre</i> 1964 (318.107.05), complétée par la circulaire concernant la nouvelle législation fédérale sur la juridiction administrative, valable dès le 1 <sup>er</sup> octobre 1969 (OFAS 18.099/100/101).	OCFIM 318.107.05 OFAS 18.099
Circulaire sur l'obligation de garder le secret et la communication des dossiers, valable dès le 1 <sup>er</sup> <i>février</i> 1965.	OCFIM 318.107.06
Instructions aux bureaux de revision pour la revision des caisses de compensation AVS, du 1 <sup>er</sup> <i>février</i> 1966, avec modifications valables dès le 1 <sup>er</sup> juillet 1971.	OCFIM 318.107.07 318.107.071
Circulaire relative au microfilmage des CIC, du 15 <i>juillet</i> 1966, complétée par la circulaire du 29 juillet 1970.	OFAS 13.550 19.365
Circulaire sur le contrôle des employeurs, valable dès le 1 <sup>er</sup> <i>janvier</i> 1967.	OCFIM 318.107.08
Instructions aux bureaux de revision sur l'exécution des contrôles d'employeur, valables dès le 1 <sup>er</sup> <i>janvier</i> 1967.	OCFIM 318.107.09
Circulaire relative à la conservation des dossiers, valable dès le 1 <sup>er</sup> <i>octobre</i> 1970.	OFAS 19.568
<i>1.5.4. L'assurance facultative pour les Suisses résidant à l'étranger</i>	
Directives concernant l'AVS et l'AI facultatives des ressortissants suisses résidant à l'étranger, valables dès le 1 <sup>er</sup> <i>juillet</i> 1971.	OCFIM 318.101
<i>1.5.5. Les étrangers et les apatrides</i>	
Circulaire N° 47 concernant la convention conclue entre la Suisse et la France sur l'AVS, du 13 <i>octobre</i> 1950.	OFAS 50-6165
Circulaire N° 57 relative au remboursement aux étrangers et aux apatrides des cotisations versées, du 17 <i>mars</i> 1952, avec supplément du 3 juin 1961.	OFAS 52-7479 61-6512

Circulaire N° 58 concernant les conventions sur les assurances sociales conclues entre la Suisse et la France, du 26 décembre 1952. (Cette circulaire n'est plus valable pour l'Allemagne et l'Autriche.)	OFAS 52-8320
Circulaire N° 60 concernant la convention entre la Suisse et la Belgique en matière d'assurances sociales, du 31 octobre 1953.	OFAS 53-9037
Circulaire N° 65 concernant la convention conclue entre la Suisse et le Royaume du Danemark en matière d'assurances sociales, du 22 mars 1955.	OFAS 55-104
Circulaire N° 68 concernant la convention conclue entre la Suisse et la Suède en matière d'assurances sociales, du 30 août 1955.	OFAS 55-414
Circulaire N° 74 concernant la convention conclue entre la Confédération suisse et la République de Tchécoslovaquie sur la sécurité sociale, du 15 décembre 1959.	OFAS 59-4654
Directives relatives au statut des étrangers et des apatrides, sur feuilles volantes, état au 1 <sup>er</sup> avril 1971, contenant:	OCFIM 318.105
— les aperçus sur la réglementation valable en matière d'AVS et d'AI avec tous les Etats contractants;	
— les instructions administratives pour les conventions relatives à l'AVS et à l'AI avec les Etats suivants:	
République fédérale d'Allemagne	
Italie	
Yougoslavie	
Liechtenstein	
Autriche	
Etats-Unis;	
— les instructions administratives relatives au statut juridique des réfugiés dans l'AVS et l'AI.	
Circulaire sur la convention de sécurité sociale avec la Grande-Bretagne, valable dès le 1 <sup>er</sup> avril 1969.	OFAS 18.492
Circulaire sur la convention de sécurité sociale avec le Luxembourg, valable dès le 1 <sup>er</sup> mai 1969.	OFAS 19.953
Circulaire concernant la convention de sécurité sociale conclue avec l'Espagne, valable dès le 1 <sup>er</sup> septembre 1970.	OFAS 20.515
Circulaire concernant la convention de sécurité sociale avec les Pays-Bas, valable dès le 1 <sup>er</sup> juillet 1971.	OFAS 20.906

#### 1.6. Tables de l'Office fédéral des assurances sociales, dont l'usage est obligatoire

Tables des cotisations. Indépendants et non-actifs. Valables dès le 1 <sup>er</sup> janvier 1969.	OCFIM 318.114
Tables des cotisations pour l'assurance facultative des Suisses à l'étranger, valables dès le 1 <sup>er</sup> janvier 1969.	OCFIM 318.101.1

Tables des rentes, valables dès le <i>1<sup>er</sup> janvier 1971</i> .	OCFIM 318.117
Tables des anciennes rentes, valables dès le <i>1<sup>er</sup> janvier 1971</i> .	OCFIM 318.117.2
Tables pour la détermination de la durée présumable de cotisation des années 1948-1968.	OCFIM 318.118

## 2. ASSURANCE-INVALIDITÉ

### 2.1. Lois fédérales et arrêtés fédéraux

Loi fédérale sur l'AI, du <i>19 juin 1959</i> (RO 1959, 857), modifiée par les lois du 5 octobre 1967 (RO 1968, 29) et du 9 octobre 1970 (RO 1971, 56), ainsi que par les lois modifiant la LAVS, du 19 décembre 1963 (RO 1964, 277) et du 4 octobre 1968 (RO 1969, 120), et par la loi modifiant la loi sur l'assurance militaire, du 19 décembre 1963 (RO 1964, 245). Publiée dans le « Recueil LAI/RAI/OIC », état au <i>1<sup>er</sup> janvier 1971</i> (318.500).	OCFIM 318.500
--	------------------

### 2.2. Actes législatifs édictés par le Conseil fédéral

Règlement d'exécution de la loi sur l'AI, du <i>17 janvier 1961</i> (RO 1961, 29), modifié par les ACF des 10 juin 1963 (RO 1963, 418), 3 avril 1964 (RO 1964, 329), 19 février 1965 (RO 1965, 113), 17 mai 1966 (RO 1966, 734), 15 janvier 1968 (RO 1968, 43) et 15 janvier 1971 (RO 1971, 58), ainsi que par l'ACF complétant et modifiant les dispositions qui donnent aux départements et aux services qui en dépendent la compétence de régler certaines affaires, du 23 décembre 1968 (chapitre II B 5) (RO 1969, 81) et par l'ACF modifiant les dispositions d'exécution de la LAVS, du 10 janvier 1969 (RO 1969, 135). Publié dans le « Recueil LAI/RAI/OIC », état au <i>1<sup>er</sup> janvier 1971</i> (318.500).	OCFIM 318.500
--	------------------

Arrêté du Conseil fédéral concernant les contributions des cantons à l'AI, du <i>16 septembre 1970</i> (RO 1970, 1123).	OCFIM
---	-------

Ordonnance concernant les infirmités congénitales, du <i>10 août 1965</i> (RO 1965, 609), modifiée par l'ACF du 15 janvier 1968 (RO 1968, 62). Nouvelle teneur dans le « Recueil LAI/RAI/OIC », état au <i>1<sup>er</sup> janvier 1971</i> .	OCFIM 318.500
--	------------------

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

Règlement de la commission AI des assurés résidant à l'étranger, édicté par le Département fédéral des finances et des douanes le <i>22 mars 1960</i> (ne se trouve pas dans le RO, mais dans les directives concernant l'assurance facultative, 318.101).	OCFIM 318.101
--	------------------

Ordonnance du Département fédéral de l'intérieur concernant la reconnaissance d'écoles spéciales dans l'AI, du 29 *septembre* 1961 (RO 1961, 873). OCFIM

Reglement für den Spezialfonds zur Unterstützung in Not geratener Invaliden, du 5 *janvier* 1968 (en allemand seulement). OFAS  
15.507

Ordonnance du Département fédéral de l'intérieur sur la rétribution des membres des commissions AI, du 22 *janvier* 1969 (RO 1969, 163), modifiée par ordonnance du 28 *septembre* 1970 (RO 1970, 1325). OCFIM

Directives du Département de l'intérieur concernant les mesures à prendre en faveur des handicapés physiques dans le domaine de la construction, du 12 *novembre* 1970 (FF 1970 II 1362). OCFIM

#### 2.4. Conventions internationales

En matière d'assurances sociales, seules les conventions avec les pays suivants se rapportent à l'AI:

République fédérale d'Allemagne

Grande-Bretagne

Italie

Yougoslavie

Liechtenstein

Luxembourg

Autriche

Pays-Bas

Bateliers rhénans

Espagne

Etats-Unis

Pour plus de détails, voir sous chiffre 1.4.

#### 2.5. Instructions de l'Office fédéral des assurances sociales

##### 2.5.1. Les mesures de réadaptation

Circulaire concernant les mesures de réadaptation d'ordre professionnel, valable dès le 1<sup>er</sup> *janvier* 1964 (318.507.02), avec supplément valable dès le 1<sup>er</sup> *janvier* 1968 (318.507.021). OCFIM  
318.507.02

Circulaire concernant les mesures médicales de réadaptation, valable dès le 1<sup>er</sup> *janvier* 1968. OCFIM  
318.507.06

Circulaire concernant la formation scolaire spéciale, valable dès le 1<sup>er</sup> *janvier* 1968, modifiée par une circulaire valable dès le 1<sup>er</sup> *janvier* 1971. OCFIM  
318.507.07  
OFAS  
19.981

Circulaire concernant le remboursement des frais de voyage dans l'AI, valable dès le 1<sup>er</sup> *janvier* 1968 (318.507.01), avec avenant valable dès le 1<sup>er</sup> *janvier* 1970 (318.507.011). OCFIM  
318.507.01

	OCFIM
Circulaire concernant la remise de moyens auxiliaires dans l'AI, valable dès le 1 <sup>er</sup> janvier 1969, complétée par une circulaire du 31 août 1970.	318.507.11 OFAS 19.468
<i>2.5.2. Les rentes, allocations pour impotents et indemnités journalières</i>	
Circulaire concernant les indemnités journalières de l'AI, valable dès le 1 <sup>er</sup> janvier 1971.	OCFIM 318.507.12
Directives concernant l'invalidité et l'impotence dans l'AI, valables dès le 1 <sup>er</sup> janvier 1971.	OCFIM 318.507.13
<i>2.5.3. L'organisation et la procédure</i>	
Directives sur les factures, le contrôle et le paiement par prestations individuelles en nature et par aide en capital dans l'AI, du 14 janvier 1960. (Chapitres A I 1 et A II abrogés.)	OFAS 60-4746
Circulaire aux commissions AI et à leurs secrétariats concernant les rapports annuels, du 5 avril 1962.	OFAS 62-7530
Circulaire aux offices régionaux AI concernant les rapports annuels, du 3 mai 1962.	OFAS 62-7633 a
Circulaire concernant le remboursement des frais de mesures de réadaptation, du 28 mai 1962 (seul le chapitre B est encore valable).	OFAS 62-7707
Circulaire sur le contrôle des factures pour prestations en nature d'ordre individuel, valable dès le 1 <sup>er</sup> février 1964.	OCFIM 318.507.04
Circulaire sur la procédure à suivre dans l'AI, valable dès le 1 <sup>er</sup> avril 1964 (318.507.03), avec supplément valable dès le 1 <sup>er</sup> janvier 1968 (318.507.031).	OCFIM 318.507.03
Circulaire concernant la reconnaissance d'écoles spéciales dans l'AI, valable dès le 1 <sup>er</sup> août 1964.	OCFIM 318.507.05
Circulaire relative à la statistique des infirmités, du 17 décembre 1965 (édition de février 1968).	OCFIM 318.507.09
Circulaire pour la facturation des mesures médicales dans l'AI, du 26 janvier 1966.	OFAS 12.882
Circulaire sur le remboursement de frais aux services sociaux de l'aide aux invalides, du 24 juin 1968.	OFAS 16.184
Règlement concernant le personnel des offices régionaux AI (règlement du personnel), du 2 octobre 1968.	OFAS 16.560
	OFAS
Circulaire concernant le paiement centralisé des salaires du personnel des offices régionaux AI, du 1 <sup>er</sup> janvier 1970.	18.485 18.486

Règlement concernant l'assistance en faveur du personnel des offices régionaux AI en cas d'accident de service (Règlement accidents de service), du 1 <sup>er</sup> juillet 1970.	OFAS 19.216
Circulaire sur le budget des dépenses et la présentation des comptes des commissions AI, du 7 août 1970.	OFAS 19.405
Circulaire sur le budget des dépenses et la présentation des comptes des offices régionaux AI, valable dès le 1 <sup>er</sup> septembre 1970.	OFAS 19.436

#### 2.5.4. L'encouragement de l'aide aux invalides

Circulaire sur les subventions aux organisations de l'aide privée aux invalides, valable dès le 1 <sup>er</sup> janvier 1968 (318.507.10), avec les montants maximums admis pour le calcul de ces subventions, valables dès le 1 <sup>er</sup> janvier 1970 (318.507.101).	OCFIM 318.507.10
Circulaire sur les subventions aux services sociaux reconnus comme offices d'orientation professionnelle et de placement pour invalides, valable dès le 1 <sup>er</sup> janvier 1968.	OFAS 15.785
Circulaire sur l'octroi de subventions aux frais d'exploitation des ateliers d'occupation permanente pour invalides, du 25 janvier 1968.	OFAS 15.402
Circulaire sur les subventions aux frais d'exploitation des centres de réadaptation pour invalides, du 2 février 1968.	OFAS 15.544
Circulaire sur l'octroi de subventions aux organismes formant des spécialistes en matière de réadaptation professionnelle des invalides, du 1 <sup>er</sup> janvier 1970.	OFAS 18.488

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

Tables de calcul des allocations journalières APG et des indemnités journalières AI, valables dès le 1 <sup>er</sup> janvier 1969.	OCFIM 318.116
--	------------------

### 3. PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES À L'AVS/AI

#### 3.1. Loi fédérale

Loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI, du 19 mars 1965 (RO 1965, 541), modifiée par la loi fédérale du 9 octobre 1970 (RO 1971, 32) ainsi que par la loi concernant la modification de la LAVS, du 4 octobre 1968 (chiffre VI) (RO 1969, 120). Contenue dans le « Recueil LPC/OPC », état au 1 <sup>er</sup> janvier 1971, et dans le « Recueil des textes législatifs fédéraux et cantonaux concernant les PC » (feuilles volantes).	OCFIM 318.680 318.681
---	-----------------------------

#### 3.2. Acte législatif édicté par le Conseil fédéral

Ordonnance sur les prestations complémentaires, du 15 janvier	
---	--

1971 (RO 1971, 37). Contenue dans le « Recueil LPC/OPC », état au 1<sup>er</sup> janvier 1971, et dans le « Recueil des textes législatifs fédéraux et cantonaux concernant les PC » (feuilles volantes). OCFIM  
318.680  
318.681

### 3.3. Prescription édictée par le Département fédéral de l'intérieur

Ordonnance du Département fédéral de l'intérieur relative à la déduction de frais de maladie et de dépenses faites pour des moyens auxiliaires en matière de PC, du 20 janvier 1971 (RO 1971, 223). Contenu dans le « Recueil des textes législatifs fédéraux et cantonaux concernant les PC » (feuilles volantes). OCFIM  
318.681

### 3.4. Actes législatifs cantonaux

Contenus dans le « Recueil des textes législatifs fédéraux et cantonaux concernant les prestations complémentaires à l'AVS/AI ». (Feuilles volantes.) OCFIM  
318.681

### 3.5. Instructions de l'Office fédéral des assurances sociales

Circulaire adressée aux organes cantonaux d'application des PC, concernant la comptabilité et le décompte, du 31 janvier 1966. OFAS  
12.911

Circulaire aux organes cantonaux d'application des PC, concernant les rapports annuels, du 10 mars 1966, avec un nouveau plan pour la rédaction des rapports annuels, du 17 janvier 1968. OFAS  
13.075  
15.770

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

Directives pour la revision des organes cantonaux d'exécution des PC, du 3 novembre 1966. OFAS  
13.879

Directives pour les contrôles des institutions d'utilité publique qui sont chargées de l'aide accordée en vertu de la LPC, du 15 novembre 1966. (En allemand seulement.) OFAS  
13.925

Circulaire adressée aux organes cantonaux d'exécution des PC et aux fondations suisses « Pour la Vieillesse » et « Pro Juventute », ainsi qu'à l'association suisse « Pro Infirmis », en vue de coordonner les prestations versées par ces divers organes pour couvrir des frais de maladie, du 8 mai 1968, avec supplément du 24 mars 1969. OFAS  
16.003  
17.355

Circulaire adressée aux organes cantonaux d'exécution des PC concernant les mesures à prendre pour déceler et empêcher des paiements à double, du 23 août 1968. OFAS  
16.419

Directives à l'intention des institutions d'utilité publique concernant les rapports de gestion sur les prestations accordées en vertu de la LPC, du 2 décembre 1968. OFAS  
16.846

Circulaire adressée aux organes cantonaux d'exécution des PC concernant la prise en compte des frais de moyens auxiliaires en vertu de l'article 3, 4<sup>e</sup> alinéa, lettre e, LPC, du 10 janvier 1969. OFAS 16.974

Directives provisoires concernant les PC (droit et calcul), valables à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1971. OFAS 19.862

Circulaire adressée aux organes cantonaux d'exécution des PC en ce qui concerne la déduction de frais médicaux, de dentiste et de moyens auxiliaires durant la période transitoire et dans des cas spéciaux, du 21 janvier 1971. OFAS 20.120

#### 4. RÉGIME DES ALLOCATIONS POUR PERTE DE GAIN AUX MILITAIRES ET AUX PERSONNES ASTREINTES À LA PROTECTION CIVILE

##### 4.1. Loi fédérale

Loi fédérale sur les APG, du 25 septembre 1952 (RO 1952, 1046), modifiée par les lois du 6 mars 1959 (RO 1959, 589), du 19 décembre 1963 (RO 1964, 286) et du 18 décembre 1968 (RO 1969, 318), par la loi sur la protection civile, du 23 mars 1962 (art. 93) (RO 1962, 1127) et par la loi modifiant la LAVS, du 4 octobre 1968 (chiffre VII) (RO 1969, 120). Contenue dans le « Recueil LAPG/RAPG », état au 1<sup>er</sup> mai 1969. OCFIM 318.700

##### 4.2. Acte législatif édicté par le Conseil fédéral

Règlement d'exécution de la LAPG, du 24 décembre 1959 (RO 1959, 2209), modifié par les ACF du 3 avril 1964 (RO 1964, 329) et du 1<sup>er</sup> avril 1969 (RO 1969, 323). Contenu dans le « Recueil LAPG/RAPG », état au 1<sup>er</sup> mai 1969. OCFIM 318.700

##### 4.3. Prescriptions édictées par le Département militaire fédéral

Ordonnance du Département militaire fédéral concernant l'application dans la troupe du régime des APG, du 20 mars 1969 (Feuille officielle militaire 1969, p. 126). Contenu dans les instructions aux comptables de l'armée, ci-dessous mentionnées. OCFIM 51.3/V

##### 4.4. Instructions de l'Office fédéral des assurances sociales

Instructions aux comptables militaires concernant le questionnaire et l'attestation du nombre de jours soldés, prévus par le régime des allocations aux militaires, valables dès le 2 avril 1969. OCFIM 51.3/V

Instructions aux comptables de la protection civile concernant le questionnaire et l'attestation du nombre de jours de service accomplis, prévus par le régime des allocations aux militaires, valables dès le <i>1<sup>er</sup> avril 1969</i> .	OCFIM (OFPC) <sup>1</sup>
Directives concernant le régime des allocations pour perte de gain, état au <i>1<sup>er</sup> janvier 1966</i> (318.701), avec suppléments valables dès le <i>1<sup>er</sup> janvier 1969</i> et le <i>1<sup>er</sup> juillet 1971</i> .	OCFIM 318.701 OFAS 17.205 20.699
<b>4.5. Tables de l'Office fédéral des assurances sociales, dont l'usage est obligatoire</b>	
Tables de calcul des allocations journalières APG et des indemnités journalières AI, valables dès le <i>1<sup>er</sup> janvier 1969</i> .	OCFIM 318.116

## Problèmes d'application

### **AI. La notion de «mineurs» étrangers et apatrides, au sens de l'article 9 LAI**

La majorité ne débute pas dans tous les pays, comme c'est le cas en Suisse, à partir de la vingtième année accomplie. Si la Suisse a conclu avec un de ces pays une convention concernant les droits de ses citoyens à des prestations de l'AVS/AI, la question se pose alors de savoir jusqu'à quel âge le requérant est réputé « mineur ». Cette notion doit être interprétée selon le droit suisse, à moins qu'il ne soit expressément spécifié dans la loi ou la convention applicables que, dans l'espèce, c'est le droit du pays d'origine de l'assuré qui doit être appliqué. On ne trouve toutefois nulle part dans les conventions d'assurances sociales de disposition de cette sorte.

En conséquence, c'est le droit suisse qui est applicable pour les étrangers et les apatrides; ils sont donc considérés comme mineurs jusqu'à l'accomplissement de leur vingtième année. Cela signifie que les ressortissants italiens, par exemple, ne peuvent prétendre des prestations selon l'article 13 LAI que jusqu'à leur vingtième année accomplie, quand bien même ils n'accèdent à la majorité selon le droit italien qu'à l'accomplissement de leur vingt et unième année.

<sup>1</sup> Office fédéral de la protection civile.

## **AI. Réadaptation professionnelle d'étrangers invalides<sup>1</sup>**

Les étrangers devenus invalides en Suisse et qui, en raison de leur invalidité, ne sont plus en mesure d'exercer l'activité lucrative pratiquée jusqu'ici, ou dont on ne saurait exiger raisonnablement qu'ils l'exercent, ne tombent plus, à partir du 1<sup>er</sup> mai 1971, sous le coup des mesures restrictives ou des dispositions portant sur le changement de poste de travail, de profession et de canton; de même, certaines restrictions concernant le marché du travail ne leur sont plus applicables. Ainsi, ce genre d'obstacle mis à la réadaptation professionnelle de cette catégorie d'assurés est désormais éliminé. (Pour les détails, voir RCC 1970, pages 303 ss, et l'arrêté du Conseil fédéral limitant le nombre des étrangers qui exercent une activité lucrative, du 21 avril 1971, en relation avec l'ordonnance du Département fédéral de l'économie publique sur l'exécution dudit arrêté; RO 1971, pp. 421 et 432.)

### **AI. Placement:**

#### **A propos de la notion d'outils personnels<sup>1</sup>**

*(art. 18, 1<sup>er</sup> al., LAI; Nos 64 a et 64 c du supplément de la circulaire concernant les mesures de réadaptation d'ordre professionnel)*

Pour répondre à des questions fréquemment posées à ce propos, il convient de préciser ici que les groupes mécaniques qui rentrent, ordinairement, dans la catégorie des machines (par exemple machines-outils, perceuses, machines à polir, à aiguiser, et autres machines de tous genres et de toutes les branches) ne peuvent être assimilés aux outils personnels au sens de l'article 18, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI.

### **AI. Aide en capital:**

#### **Expertise concernant des installations<sup>1</sup>**

*(complément du N° 81 de la circulaire concernant les mesures de réadaptation d'ordre professionnel)*

Lorsqu'il s'agit de machines, appareils, engins, outils et autres installations servant à une exploitation, qui sont financés par une aide en capital, il doit être établi que ces objets conviennent non seulement à l'exploitation ou aux projets de l'assuré, mais sont également propres à atténuer ou éliminer les conséquences fonctionnelles et autres de l'atteinte à la santé, médicalement constatée, sur ses aptitudes professionnelles; ils doivent, en outre, être adaptés à l'état de santé de l'intéressé. Au besoin, on demandera une expertise à un spécialiste.

<sup>1</sup> Extrait du Bulletin de l'AI N° 135.

## **AI. Période de prise en considération du revenu moyen d'ouvriers qualifiés et semi-qualifiés arrêté par l'OFAS<sup>1</sup>**

*(Nos 232 et suivants des directives concernant l'invalidité et l'impuissance; complément à la circulaire du 1<sup>er</sup> décembre 1970 adressée aux commissions AI, concernant l'évaluation de l'invalidité d'après le revenu moyen d'ouvriers qualifiés et semi-qualifiés)*

En cas de révision d'une rente allouée à un assuré qui, pour cause d'invalidité, n'a pu acquérir des connaissances professionnelles suffisantes (art. 26, 1<sup>er</sup> al., RAI), on appliquera le nouveau taux uniforme de 17 500 fr., dans les limites des dispositions de l'article 48 LAI concernant le paiement de prestations arriérées, *avec effet rétroactif à la date d'entrée en vigueur de ce taux* (1<sup>er</sup> janvier 1971).

Cette dérogation à la règle générale sur les effets de la révision (Nos 232 et suivants des directives) s'impose parce que le calcul aurait dû à nouveau être entrepris d'office, ce qui toutefois n'était pas réalisable pour des raisons administratives.

En revanche, si une demande de rente a précédemment été rejetée en vertu des anciens taux, on ne saurait évidemment parler de révision; l'assuré doit alors présenter une nouvelle demande. Dans ce cas, la date de celle-ci est déterminante pour le paiement de la prestation arriérée.

## **PC. Solution transitoire pour les frais de maladie et franchise<sup>2</sup>**

*(art. 3, 4<sup>e</sup> al., lettre e, LPC et art. 15 OMPC)*

Dans les cantons qui, jusqu'au 31 décembre 1970, remboursaient les frais de maladie et de moyens auxiliaires *payés* pendant l'année précédente ou l'année en cours, il y a lieu de veiller à ce que, lors de l'application de la solution transitoire (cf. I/3 b et c de la circulaire adressée aux organes cantonaux d'exécution des PC en ce qui concerne la déduction de frais médicaux, de dentiste et de moyens auxiliaires durant la période transitoire et dans des cas spéciaux, du 21 janvier 1971), la franchise ne soit pas déduite deux fois des factures de l'année 1970. Si par exemple un assuré a, en 1970, versé un acompte de 400 fr. sur une facture de dentiste de 900 fr. et que, en vertu de l'ancien droit cantonal, une franchise de 300 fr. a été imputée sur cet acompte, le paiement du solde de 500 fr. en 1971 ne saurait faire l'objet de la déduction de la franchise

<sup>1</sup> Extrait du Bulletin de l'AI N° 135.

<sup>2</sup> Extrait du Bulletin des PC N° 29.

fédérale de 200 francs. L'organe cantonal d'exécution doit au contraire rembourser le montant intégral de 500 fr. dans le cadre de la quotité disponible de 1971.

**EN BREF**

**AVS/AI/APG/PC  
et compte d'Etat**

Le Conseil fédéral a adapté l'organisation de l'OFAS aux exigences croissantes auxquelles celui-ci doit satisfaire (cf. p. 370). A ce propos, il sera intéressant de signaler qu'en 1970, les prestations de l'AVS, de l'AI, des APG et des PC ont représenté la moitié des dépenses portées au compte d'Etat. Relevons, toutefois, que ces assurances sont gérées en dehors du compte d'Etat, dans lequel elles figurent seulement dans la mesure où elles touchent des contributions fédérales (RCC 1969, p. 376). Néanmoins, il n'est pas sans intérêt de donner ici quelques chiffres; voici ceux de 1970:

Dépenses de la Confédération figurant dans le compte d'Etat . . . . .	7975 millions de francs
Dépenses du Département de l'intérieur figurant dans le compte d'Etat . . . . .	3084 millions de francs
— par rapport aux dépenses de la Confédération . . . . .	38 %
Dépenses de l'OFAS figurant dans le compte d'Etat . . . . .	1192 millions de francs
— par rapport aux dépenses de la Confédération . . . . .	14 %
— par rapport aux dépenses du Département de l'intérieur . . . . .	38 %
<i>Dépenses gérées par la subdivision</i>	
AVS/AI/APG/PC <sup>1</sup> . . . . .	4057 millions de francs
— par rapport aux dépenses de la Confédération . . . . .	50 %

<sup>1</sup> PC pour 1969.

— par rapport aux dépenses du Département de l'intérieur . . . . .	131 %
— par rapport aux dépenses militaires figurant au compte d'Etat (1877 millions) . . . . .	216 %

**L'AVS et la réévaluation du franc suisse** Dans l'AVS/AI obligatoire, la réévaluation du franc suisse n'a, normalement, pas d'influence sur le montant des cotisations dues et des rentes versées à l'intérieur de nos frontières. Notons, cependant, que les revenus touchés en monnaie étrangère doivent être convertis en francs suisses selon le nouveau cours, ce qui diminue quelque peu ces revenus ainsi que les cotisations correspondantes.

Il n'en va pas de même de l'assurance facultative des ressortissants suisses à l'étranger et du paiement de rentes à l'étranger. La Caisse suisse de compensation a cru devoir adapter les cours de conversion à la situation nouvelle, d'entente avec la Banque nationale suisse. Pour la République fédérale d'Allemagne et les Pays-Bas, qui ont introduit une monnaie flottante, on a adopté un cours moyen. On a renoncé à procéder à une nouvelle fixation des cotisations. La Caisse suisse estime que le système spécial prévu en cas de dévaluation d'une monnaie étrangère — paiement des cotisations, au choix, selon l'ancien ou le nouveau cours — ne doit pas être appliqué par analogie. Les changements de cours ont pour effet que les cotisations à payer à l'étranger atteignent, en monnaie étrangère, un montant plus élevé que jusqu'à présent.

D'autre part, la réévaluation provoque une hausse des rentes payées à l'étranger en monnaie étrangère, celles-ci étant calculées en francs suisses. Inversement, la plupart des bénéficiaires de rentes étrangères vivant en Suisse subissent une légère réduction de leur revenu.

**Dixième journée du sport des invalides** Cette manifestation s'est déroulée le 25 juillet 1971 à Macolin; elle a bénéficié d'un temps superbe et d'une forte participation. On peut ne pas être d'accord avec le principe de la compétition sportive entre invalides; ce qui est certain, c'est que les jeux de cette journée ont obtenu le plus grand succès, grâce à l'ambiance cordiale qui y régnait, grâce aussi à l'état d'esprit des participants, fait de zèle et de bonne humeur.

**Prix pour un travail consacré à l'épilepsie** Afin d'encourager la lutte contre l'épilepsie dans le domaine médical, ainsi que la réadaptation professionnelle, scolaire et sociale des épileptiques, la Ligue suisse contre l'épilepsie a décidé d'accorder un prix de 2000 fr. pour le meilleur travail original que publierait un jeune spécialiste en 1971, 1972 ou 1973. Ce travail doit exposer d'importantes idées nouvelles touchant les problèmes de l'épilepsie. Les manuscrits doivent être envoyés d'ici au 31 décembre 1971 au président de la Ligue suisse contre l'épilepsie, le

D<sup>r</sup> M. Tchicaloff, privat-docent, Centre neurologique et éducatif, 1171 Lavigny. Ils porteront l'inscription « Concours pour le prix de la Ligue » et un pseudonyme désignant l'auteur; celui-ci joindra une enveloppe scellée contenant nom et pseudonyme, âge, situation professionnelle et adresse.

## BIBLIOGRAPHIE

B. Schneider, R. Fisch, H. Gerber: Die Betagten in der Gemeinde Fällanden. Enquête sur les futurs besoins de logements des personnes âgées dans une agglomération typique dont la population a beaucoup augmenté ces derniers temps, mais où la part des personnes âgées ne représente que 4 pour cent de la population. 125 pages et annexe. Travail de diplôme de l'Ecole de service social de Zurich, décembre 1970.

Gerhard Sitzmann: Zur Situation und Aufgabe der Altenbildung. « Das Forum », Zeitschrift der Volkshochschulen Bayerns, 11<sup>e</sup> année, fasc. 1, pp. 17-39. Bayerischer Volkshochschulverband, Ottostrasse 1a, Munich 1971.

Gruppenarbeit mit älteren Menschen. Ein Werkbuch. 112 pages. Editions Lambertus, Fribourg en Br. 1969.

## INFORMATIONS

### Interventions parlementaires

Postulat Tanner  
du 8 mars 1971

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

« En vertu de l'article 69 de la Constitution fédérale, la Confédération peut prendre, par voie législative, des mesures destinées à lutter contre les maladies transmissibles, les maladies très répandues et les maladies particulièrement dangereuses de l'homme et des animaux. Or, les maladies mentales, et notamment les schizophrénies, sont à la fois très répandues et particulièrement dangereuses au sens de cet article.

Se fondant sur cet article 69, la Confédération a édicté le 22 juin 1962 une loi fédérale concernant l'allocation de subventions pour la lutte contre les maladies rhumatismales.

Le présent postulat invite le Conseil fédéral à examiner s'il ne serait pas indiqué de prendre des mesures analogues pour combattre les maladies mentales et sous quelle forme elles pourraient être réalisées au mieux. Le Service fédéral de l'hygiène publique aurait à déterminer s'il est nécessaire d'édicter une loi concernant les psychoses, par analogie avec la loi sur la lutte contre le rhumatisme, ou à décider si les mesures à prendre doivent être étudiées par le nouveau Fonds national de recherche pour la santé ou par d'autres organes, et s'il faut proposer un moyen plus efficace pour les appliquer. »

Motion Wyer  
du 23 juin 1971

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

« La prévoyance-vieillesse sera, dans un proche avenir, aménagée de façon définitive. D'autre part, la législation sur l'assurance-maladie et sur l'assurance-accidents fait l'objet d'une revision. En outre, il est question de modifier l'assurance-chômage et de reviser à nouveau la loi sur l'assurance militaire.

L'harmonisation des indemnités journalières et des rentes à laquelle il faut s'attendre dans ces diverses assurances permettrait de faire un pas décisif vers l'harmonisation de notre système d'assurances sociales par trop différencié, ainsi que vers la simplification qui en résulterait. En tout cas, il ne serait plus guère judicieux de fixer séparément, dans toutes les branches d'assurances, les deux genres de prestations susmentionnés et d'empêcher un cumul éventuel de prestations à l'aide d'un système compliqué de règles destinées à rendre ce cumul impossible. De plus, les assurés ont beaucoup de peine à comprendre pourquoi les règles de délimitation sont si différentes dans les diverses branches d'assurances. Enfin, il faudrait également trouver une solution uniforme pour toute une série de questions de forme, telles que le dépôt de la demande, la prescription et les sanctions.

Le Conseil fédéral est chargé de faire déterminer, de la manière qui lui paraîtra appropriée, sur quels points une unification se justifie et si l'on pourrait procéder avec profit à l'élaboration d'une partie générale de notre droit des assurances sociales. »

Motion Rohner  
du 24 juin 1971

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

« Les contributions que les entreprises, l'économie privée dans son ensemble et l'Etat doivent verser aux assurances sociales, ainsi que les prestations sociales légales et celles qui découlent de conventions collectives de travail, prennent déjà des proportions considérables. Les projets de revision et les plans qui sont actuellement à l'examen, de même que les améliorations réclamées par des initiatives populaires et par

d'autres interventions, accroîtront encore sensiblement ces dépenses pour les entreprises et pour l'économie publique.

Afin que le législateur et le public voient plus clairement les liens existant entre les éléments sociaux et les éléments économiques, ce qui est indispensable, le Conseil fédéral est chargé de présenter un rapport sur

- a. Les charges sociales indépendantes des prestations du travail (inventaire);
- b. Les dépenses qui résulteront vraisemblablement des projets et des plans faisant à l'heure actuelle l'objet d'une discussion;
- c. Les effets de ces dépenses sur le plan des structures, de la politique conjoncturelle et de la politique financière. »

### Fonds de compensation AVS/AI/APG

Des placements fermes ont pu être effectués par les fonds de compensation AVS/AI/APG, au cours du premier semestre de 1971, pour une somme de 90,3 millions de francs (38,1 millions au cours du 1<sup>er</sup> semestre 1970), dont 52,3 (28,2) millions proviennent d'amortissements.

Les placements du semestre écoulé se répartissent comme suit: 26,3 millions de francs (29,1 %) auprès de communes et 13,0 millions (14,4 %) auprès de corporations et institutions de droit public, représentées principalement par des syndicats de communes. Les communes et associations de communes ont ainsi obtenu ensemble près de 44 % des nouveaux placements. En outre, 20 millions de francs (22,2 %) ont été placés auprès des deux centrales des lettres de gage et 18 millions (19,9 %) auprès des banques cantonales, de sorte que ces deux catégories d'emprunteurs ont reçu ensemble le 42 % des placements. Les cantons ont obtenu des prêts pour une somme de 7,0 millions (7,8 %) et des entreprises semi-publiques un total de 6,0 millions de francs (6,6 %).

Sur l'ensemble des placements échus au cours du premier semestre, 166,3 (194,8) millions ont fait l'objet de conversions aux conditions en vigueur sur le marché.

L'ensemble de tous les capitaux placés fermes à fin juin 1971 s'élève à 7794,0 millions de francs (7756,0 millions à fin décembre 1970). En voici la répartition: Confédération: 193,1 millions (2,5 %); cantons: 1158,0 millions (14,8 %); communes: 1222,0 millions (15,7 %); centrales des lettres de gage: 2294,5 millions (29,4 %); banques cantonales: 1558,7 millions (20,0 %); corporations et institutions de droit public: 118,4 millions (1,5 %); entreprises semi-publiques: 1249,3 millions de francs (16,1 %).

Le rendement moyen des nouveaux capitaux placés au cours du semestre écoulé est de 6,02 %, contre 6,19 % pour le second semestre de 1970. Pour l'ensemble de tous les capitaux placés fermes à fin juin, leur rendement moyen est de 4,14 %, contre 4,05 % à fin décembre 1970.

Supplément au  
catalogue des  
imprimés  
AVS/AI/APG

<i>Numéros</i>	<i>Nouvelles publications</i>	<i>Prix</i>
318.101 d	Wegleitung zur freiwilligen Versicherung für Auslandschweizer . . . . .	4.30*
318.101 f	Directives concernant l'assurance facultative des ressortissants suisses résidant à l'étranger . . . . .	4.30*
318.107.071 d	Änderung der Weisungen an die Revisionsstellen für die Revision der AHV-Ausgleichskassen . . . . .	0.50*
318.107.071 f	Modifications des instructions aux bureaux de revision pour la revision des caisses de compensation AVS . . . . .	0.50*
318.118 df	Tabellen zur Ermittlung der mutmasslichen Beitragsdauer in den Jahren 1948-1968 . . . . . Tables pour la détermination de la durée présumable de cotisations des années 1948-1968	5.50*
318.708.1 dfi	Mitteilung an die Rechnungsführer betreffend den Versand der Meldekarten . . . . . Communication aux comptables concernant l'envoi des questionnaires Comunicazione ai contabili concernente l'invio dei questionari	—
<b>Nouvelles personnelles</b>	M. <i>Ernst Binder</i> , gérant de la caisse de compensation « Meuniers », assume depuis le 1 <sup>er</sup> juillet 1971 la direction de la caisse de compensation des employeurs zurichoïses (cf. RCC 1971, p. 342). Il a été remplacé à la direction de la première caisse par M. <i>Karl Eberle</i> , qui était son suppléant.	

# JURISPRUDENCE

---

## Assurance-vieillesse et survivants

### COTISATIONS

*Arrêt du TFA, du 6 janvier 1971, en la cause U. S* (traduction de l'allemand).

Articles 22, 2<sup>e</sup> alinéa, et 25, 2<sup>e</sup> alinéa, RAVS. Les cotisations doivent être fixées selon la procédure ordinaire, et non pas extraordinaire, dès l'instant où l'assuré a, dans la période de calcul, obtenu, pendant douze mois au moins, un revenu d'une activité lucrative indépendante. (Confirmation de la jurisprudence.)

*Articolo 22, capoverso 2, ed articolo 25, capoverso 2, dell'OAVS. I contributi devono essere fissati con la procedura ordinaria, e non con la straordinaria, allorchè è stato realizzato nel periodo di computo, durante almeno 12 mesi, un reddito da una attività lucrativa indipendente. (Conferma della giurisprudenza.)*

U. S., écrivain de son état, est affilié depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1965 à la caisse cantonale de compensation en tant qu'indépendant. Cette caisse a calculé ses cotisations personnelles pour les années 1965 et 1966 d'après le revenu de cette période et, pour les années 1967 à 1969, d'après le revenu des années 1965 et 1966 converti en gain annuel. U. S. a recouru et demandé que la fixation des cotisations pour 1965 à 1968 soit fondée sur les revenus correspondants de ces années. Le revenu de 1966 ayant été exceptionnellement élevé, il ne doit pas être imputé pour le calcul des cotisations des années suivantes. L'autorité juridictionnelle cantonale a admis le recours en ce sens qu'elle a ordonné de fixer les cotisations de 1965 à 1968 sur la base du revenu afférent à chacune de ces années et, pour 1969, d'après le revenu moyen des années 1967/1968. L'OFAS a déferé ce jugement au TFA. Celui-ci a admis le recours de droit administratif pour les raisons suivantes:

1. a. ...

b. La procédure extraordinaire de fixation des cotisations d'après les articles 24 à 27 RAVS est appliquée notamment lorsque l'assuré commence une activité lucrative indépendante. Dans ce cas, la caisse de compensation calcule, d'après l'article 25,

1<sup>er</sup> alinéa, RAVS, le revenu déterminant net pour la période qui s'étend du commencement de l'activité lucrative jusqu'au début de la prochaine période ordinaire de cotisations, et fixe les cotisations correspondantes. Pour ce faire, les cotisations sont fixées généralement pour chaque année civile séparément, sur la base du revenu de l'année correspondante. En revanche, pour l'année qui précède la prochaine période ordinaire de cotisations, il y a lieu en tout cas de se fonder sur le revenu retenu pour le calcul des cotisations de cette période (art. 25, 2<sup>e</sup> al., RAVS). Cette procédure extraordinaire est en outre appliquée lorsque les bases du revenu ont subi, depuis la période de calcul retenue par l'autorité fiscale, une modification durable due à un changement de profession ou d'établissement professionnel, à la disparition ou à l'apparition d'une source de revenu, ou encore à la répartition nouvelle du revenu de l'exploitation entraînant une variation sensible du gain (art. 25, 1<sup>er</sup> al., RAVS).

Selon la jurisprudence constante du TFA, l'article 25 RAVS constitue une disposition exceptionnelle qui ne doit pas faire l'objet d'une interprétation extensive (RCC 1969, p. 275). Il y a donc lieu de passer dès que possible de la procédure extraordinaire à la procédure ordinaire de fixation des cotisations, même si l'on ne dispose peut-être pas encore, pour le calcul de celles-ci, d'une période complète de deux ans; selon la pratique constante, il suffit, en effet, pour fixer les cotisations selon le mode ordinaire, que la taxation fiscale indique, dans la période de calcul considérée, un gain acquis pendant douze mois au moins (cf. ATFA 1959, p. 133 ss = RCC 1959, p. 348).

Dans la procédure extraordinaire également, les caisses de compensation sont en principe liées par les données d'une communication fondée sur une taxation fiscale passée en force, comme il en va dans la procédure ordinaire (cf. art. 25, 3<sup>e</sup> al., RAVS).

c. ...

2. a. Du fait que l'intimé a commencé une activité lucrative indépendante le 1<sup>er</sup> juillet 1965, la fixation des cotisations pour les années 1965 et 1966 doit indubitablement avoir lieu conformément à la procédure extraordinaire, c'est-à-dire en se fondant sur le revenu effectif acquis dans ces années.

Or, les années 1965 et 1966 représentent aussi la base de calcul pour la 14<sup>e</sup> période de taxation IDN. Dans le cadre de la procédure ordinaire de fixation des cotisations, elles servent de base au calcul des cotisations 1968/1969, puisqu'il s'agit de la deuxième et de la troisième années antérieures à la période ordinaire de cotisation 1968/1969. Cette période est celle qui est la plus proche de l'année 1965. Pour la période de cotisations antérieure (1966/1967), une base de calcul (1963/1964) comportant un gain de douze mois au moins fait défaut. L'année 1967 se trouve ainsi être celle qui précède la prochaine période ordinaire de cotisations au sens de l'article 25, 2<sup>e</sup> alinéa, RAVS. Il en résulte que les cotisations pour les années 1965 et 1966 doivent être fixées selon la procédure extraordinaire, les cotisations de la période de cotisations 1968/1969, en revanche, selon la procédure ordinaire. La base de calcul servant pour cette période vaut aussi pour l'année précédente, soit 1967 (art. 25, 2<sup>e</sup> al., 2<sup>e</sup> phrase, RAVS).

Le revenu taxé pour 1965 et 1966 peut être retenu comme base de calcul, bien qu'il ne s'étende pas sur toute la période. Il le peut parce que l'activité lucrative indépendante a commencé au cours de la première année civile de la période de taxation fiscale (l'année impaire 1965), en sorte que la communication fiscale IDN comporte, dans la 14<sup>e</sup> période, plus d'un gain nouveau acquis pendant douze mois au moins. La caisse de compensation s'est en principe conformée à cette règle lorsqu'elle a notifié les décisions litigieuses.

b. Au contraire, l'autorité de première instance a admis qu'on doit se fonder sur le revenu de l'année correspondante non seulement pour 1965 et 1966, mais aussi pour 1967 et 1968, et que les cotisations de 1969 doivent être calculées sur le revenu moyen de 1967/1968. Elle a ainsi pris fait et cause pour l'assuré, qui alléguait qu'ayant été particulièrement élevé, son revenu 1966 ne devrait pas servir de base au calcul des cotisations des années suivantes. Dans un exposé des motifs très circonstancié, mais non conforme à la jurisprudence du TFA, la commission de recours conclut qu'on « doit, lors de l'application de la procédure extraordinaire, et pour tenir clairement et suffisamment compte des circonstances du cas, passer à la période ordinaire de cotisations au moment seulement où la période de calcul s'étend sur deux années entières ». Ce point de vue ne tient toutefois compte ni du droit positif, ni de la règle éprouvée selon laquelle les normes d'exception ne doivent pas être interprétées extensivement. Un autre élément décisif est le suivant: Le revenu acquis par l'intimé en 1966 n'a pas — hormis le fait que l'activité indépendante exercée a commencé à l'être en 1965, ce qui a entraîné l'application du mode extraordinaire de calcul des cotisations jusqu'au début de la « prochaine période ordinaire » de cotisations — subi durant cette année-là une modification profonde au sens de l'article 25, 1<sup>er</sup> alinéa, RAVS, qui aurait permis une nouvelle application de cette norme. Sans dire plus avant pourquoi, la commission de recours affirme que « des circonstances spéciales, qui ne se reproduiront plus, auraient favorisé l'acquisition du revenu dans la deuxième année de la période de taxation fiscale ». Cependant, rien ne prouve, si même il faut les admettre, que de pareilles circonstances ne se représenteront pas; on peut au contraire fort bien imaginer que cet état de fait puisse se répéter ultérieurement, comme l'OFAS le relève à juste titre dans son recours. La variation des honoraires est inhérente à la nature même de l'activité d'un écrivain; elle peut d'ailleurs aussi se produire dans l'exercice d'autres activités lucratives indépendantes. Le fait de subdiviser de tels revenus par année civile représente une coupure à vrai dire arbitraire. On ne saurait malgré tout parler d'une modification durable et importante des bases du revenu. D'ailleurs, la différence de revenu en question est en fait notablement moins importante, s'il est exact que, comme l'autorité de recours l'a constaté, le fisc a omis de tenir compte de 8400 francs au titre des frais d'acquisition du revenu. Le point de vue de l'intimé et les considérations de l'autorité de première instance ne sauraient donc modifier le résultat de l'appréciation juridique énoncée au considérant 2, lettre a.

3. ...

## PROCÉDURE

*Arrêt du TFA, du 24 novembre 1970, en la cause T. M.*

Articles 76 LAI et 92 LAVS. La législation fédérale ne confère pas un droit aux allocations de secours. (Considérant 3.)

Articles 128 et 129, lettre c, OJ. Les litiges portant sur l'octroi d'allocations de secours au sens des articles 76 LAI et 92 LAVS ne peuvent être jugés par le TFA. Les recours de droit administratif portant sur cette matière ne sont donc pas recevables. (Considérant 3.)

Articles 84 LAVS et 128 RAVS; articles 69 LAI et 91 RAI. Les instructions données par une caisse de compensation sur l'octroi ou le refus d'allocations de secours ne sont pas des décisions de caisse au sens de ces dispositions. Elles ne peuvent donc pas faire l'objet d'un recours à l'autorité juridictionnelle de première instance. (Considérant 4.)

Articles 5 et 47, 1<sup>er</sup> alinéa, PA. La question de savoir si les directives de la caisse de compensation sur l'octroi ou le refus d'allocations de secours peuvent être attaquées par la voie du recours administratif à l'OFAS souffre de rester indécise en l'espèce. (Considérant 4.)

*Articolo 76 della LAI ed articolo 92 della LAVS. La legislazione federale non conferisce un diritto alle prestazioni assistenziali. (Considerando 3.)*

*Articoli 128 e 129, lettera c dell'OG. Le controversie in materia di assegnazione di prestazioni assistenziali ai sensi degli articoli 76 della LAI e 92 della LAVS, non possono essere giudicati dal TFA; i ricorsi di diritto amministrativo in questa materia non sono quindi ammissibili. (Considerando 3.)*

*Articoli 84 della LAVS e 128 dell'OAVS; articoli 69 della LAI e 91 dell'OAI. Le istruzioni impartite da una cassa di compensazione sull'assegnazione o sul rifiuto di prestazioni assistenziali non sono decisioni della cassa nel senso di queste disposizioni; pertanto esse non possono formare l'oggetto di un ricorso all'autorità giurisdizionale di prima istanza. (Considerando 4.)*

*Articoli 5 e 47, capoverso 1 della PA. Nella fattispecie, la questione di sapere se contro le disposizioni della cassa di compensazione sull'assegnazione o sul rifiuto di prestazioni assistenziali possa essere presentato un ricorso di diritto amministrativo all'UFAS, può rimanere aperta. (Considerando 4.)*

T. M. est domiciliée à l'étranger et a adhéré à l'assurance facultative. La caisse de compensation ayant refusé d'augmenter l'allocation de secours qui lui était servie en lieu et place d'une allocation pour impotent, le beau-frère de l'assurée a recouru. Son recours ayant été rejeté, il a porté la cause devant le TFA par la voie du recours de droit administratif. Le TFA a annulé le jugement de première instance, mais pour le reste, il n'a pas statué sur ce recours. Voici un extrait de ses considérants:

1. ...

2. ...

3. Suivant l'article 129, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre c, OJ, le recours de droit administratif n'est pas recevable contre les décisions concernant l'octroi ou le refus de prestations pécuniaires auxquelles la législation fédérale ne confère pas un droit, à l'exception des décisions concernant l'octroi d'un sursis ou la remise de cotisations d'assurance. A cet égard, le message du Conseil fédéral du 24 septembre 1965 concernant l'extension de la juridiction administrative fédérale expose (FF 1965, II, p. 1350) qu'un « droit à l'octroi d'une subvention existe lorsque, en vertu d'une prescription légale, la subvention doit être accordée à des conditions déterminées ou ne peut être refusée qu'à des conditions déterminées ». L'article 128 OJ précise pour sa part que le TFA connaît en dernière instance des recours de droit administratif contre certaines décisions en matière d'assurances sociales, notamment contre les décisions ayant pour objet de

constater l'existence, l'inexistence ou l'étendue de droits ou d'obligations (art. 97, 1<sup>er</sup> al., OJ et 5, 1<sup>er</sup> al., lettre b, PA).

La première question à examiner est dès lors celle de savoir si l'octroi ou le refus des prestations visées à l'article 92 LAVS peuvent donner lieu à un recours de droit administratif. Vu son importance, ce point a fait l'objet d'une décision de la Cour plénière, après un échange de vues avec le Département fédéral de justice et police. S'il est permis d'hésiter, la réponse est toutefois négative. En effet, les allocations de secours susmentionnées ne sont pas des prestations d'assurance, mais relèvent de l'assistance. Ce caractère est attesté en particulier par le message du Conseil fédéral relatif à un projet de LAI, du 24 octobre 1958 (FF 1958 II, pp. 1249-1250, avec référence au rapport de la Commission fédérale d'experts pour l'introduction de l'AI, du 30 novembre 1956, p. 130), et par celui du 4 mars 1968, à l'appui d'un projet de loi modifiant la LAVS (7<sup>e</sup> révision; FF 1968 I, pp. 663-664). Il ressort clairement de ces textes, du second message cité en particulier, que l'attribution de prestations de secours à certains ressortissants suisses à l'étranger, par trop démunis, a été décidée du fait de la volonté bien arrêtée de ne pas exporter les rentes extraordinaires; dans ce dernier document, les prestations prévues aux articles 76 LAI et 92 LAVS étaient expressément qualifiées de « prestations ayant uniquement un caractère d'assistance ». Or, l'assistance est communément opposée à l'assurance. On ne saurait par conséquent voir dans les allocations litigieuses des prestations d'assurance sociale, de sorte que le recours de droit administratif au TFA est exclu en vertu de l'article 128 OJ (v. en outre Steinlin, « Das Versicherungswesen der Schweiz », 1961 I, p. 11, quant à la distinction entre prestations d'assistance et d'assurance).

Dans ces conditions, il n'est pas possible d'admettre que les justiciables ont un droit, au sens de l'article 129, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre c, OJ, aux prestations de secours des articles 76 LAI et 92 LAVS, malgré certains passages de messages du Conseil fédéral ou de documents émanant de l'OFAS qui pourraient peut-être laisser penser le contraire (v. par exemple FF 1968 I, pp. 663-664, 689; message du 27 février 1967, FF 1967 I, p. 725, ad art. 76 LAI; v. également RCC 1967, p. 549, et 1968, pp. 28-29). Car le propre de l'assistance est de reposer sur le pouvoir d'appréciation de l'administration et de n'instaurer aucun régime juridique de droits et de devoirs à proprement parler. Le recours de droit administratif au TFA est donc exclu en application de l'article 129, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre c, OJ également. La Cour de céans ne peut dès lors entrer en matière sur les conclusions de la recourante.

4. Reste à examiner la question de la compétence de l'autorité de première instance pour connaître du litige. La décision attaquée étant antérieure au 1<sup>er</sup> octobre 1969, donc antérieure à l'entrée en vigueur de la PA révisée, c'est l'ancien droit de procédure qui est applicable.

Avec l'OFAS, il faut relever d'emblée que le président de la commission de recours de la caisse suisse de compensation avait qualité pour statuer sur l'étendue de la rente de T. M., en vertu de l'article 84 LAVS. En revanche, comme il a été exposé plus haut, la prénommée ne jouit pas d'un droit aux prestations en cause. A cet égard, les règles élaborées par l'autorité de surveillance — qui a au demeurant exclu le recours aux tribunaux en matière de prestations de secours de l'AI (chiffre 147 des directives du 1<sup>er</sup> janvier 1964 concernant l'AVS/AI facultative des ressortissants suisses résidant à l'étranger) — ne sauraient modifier la nature des allocations litigieuses. Par conséquent, l'acte par lequel l'administration a statué sur cette question ne pouvait revêtir la nature d'une décision, au sens des articles 84 LAVS et 69 LAI (v. ATFA 1968, p. 222 = RCC 1968, p. 588). Partant, un recours devant la commission de recours de la caisse suisse de compensation n'était pas possible, sur ce point. Vu ce

qui précède, la jurisprudence du Tribunal fédéral citée par le Département fédéral de justice et police ne s'oppose pas à cette solution. Il n'est enfin pas nécessaire de décider d'ores et déjà si, aujourd'hui, l'assuré qui ne dispose pas d'un droit de recours devant l'autorité susmentionnée, dans ce domaine, peut s'adresser à l'OFAS, dans le cadre de la loi fédérale sur la procédure administrative (interprétation des art. 5 et 47, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre c, PA, au regard de ce qui a été dit plus haut).

Etant donné ce qui a été exposé ci-dessus, il se justifie de prononcer d'office la nullité du jugement attaqué, en tant qu'il statue sur la question des allocations de secours, encore que, quant au fond, la solution du premier juge ne soit pas critiquable, comme le relève l'OFAS. Il n'y a dès lors aucun motif de considérer l'écriture de la recourante comme une demande de révision ou comme une dénonciation, au sens de l'article 71 PA, ainsi que le suggère le Département fédéral de justice et police. Il est en outre superflu d'examiner la question de l'autorité de la chose jugée, soulevée par l'office précité à propos de l'application de l'article 71 PA.

## Assurance-invalidité

### RÉADAPTATION

*Arrêt du TFA, du 16 novembre 1970, en la cause D. D.*

Article 10, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI. Les prestations telles que les contributions d'amortissement et les prestations de remplacement de moyens auxiliaires sont automatiquement supprimées dès que l'assuré peut prétendre une rente AVS; à partir de ce moment, on ne saurait plus parler de mesures de réadaptation qui doivent être achevées.

Article 21, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI; articles 15, 2<sup>e</sup> alinéa, et 16 bis RAI. L'assuré à qui l'AI a remis en prêt un véhicule à moteur supporte en principe les frais de réparation résultant d'une usure prématurée ou d'un accident dont il est responsable, même si celui-ci s'est produit sur le chemin du travail. (Confirmation de la jurisprudence.) Si le moyen auxiliaire s'avère prématurément hors d'usage, l'AI peut faire dépendre l'octroi de prestations ultérieures du versement d'une indemnité appropriée par l'assuré, c'est-à-dire exiger que l'on procède à une compensation entre les droits de l'assurance et ceux de l'assuré.

*Articolo 10, capoverso 1, LAI. Le prestazioni, come i sussidi di ammortamento e le prestazioni sostitutive di mezzi ausiliari, sono soppresse automaticamente dal momento in cui l'assicurato ha diritto ad una rendita AVS; dopo tale momento non si può più parlare di provvedimenti d'integrazione che devono essere condotti a compimento.*

*Articolo 21, capoverso 1, LAI; articoli 15, capoverso 2, e 16 bis OAI. L'assicurato, a cui l'AI ha fornito a prestito un veicolo a motore, deve assumere, in linea di massima, le spese per le riparazioni, che risultano da un logorio prematuro o da un infortunio di cui egli è responsabile, anche se quest'ultimo è avvenuto sulla strada tra il domicilio dell'assicurato ed il suo luogo di lavoro. (Conferma della giurisprudenza.) Se il mezzo ausiliario diventa inservibile anzitempo, l'AI può far dipendere le altre prestazioni dal versamento di un'equa indennità da parte dell'assicurato, oppure da una compensazione fra i diritti dell'assicurazione e quelli dell'assicurato.*

L'assuré, né en 1904, marié, présente des séquelles d'arthrodèse de la hanche droite (raccourcissement de 8 cm.) et souffre en outre d'arthrose progressive de la hanche gauche.

Depuis l'entrée en vigueur de la LAI, il a bénéficié de diverses prestations de cette assurance, qui lui a notamment remis en prêt une voiture au printemps 1962. Bien que la distance séparant ses lieux de travail et de domicile fût d'environ un kilomètre seulement, l'intéressé parcourut 53 000 km. d'avril 1962 à octobre 1966. Dans le courant du mois d'août 1968, il eut deux accidents coup sur coup, lesquels rendirent son véhicule inutilisable. Le compteur kilométrique de ce dernier totalisait alors 67 748 km. L'assuré avait conclu une assurance-casco auprès d'une compagnie privée, qui lui versa une indemnité de 960 fr. Il entreprit sans délai des démarches afin de se procurer un nouveau moyen auxiliaire et s'adressa à l'AI pour qu'elle en assume le coût.

Par prononcé du 20 janvier 1969, la commission AI (elle avait, le 14 août 1968, accepté de prendre à sa charge, jusqu'à concurrence de 200 fr. par mois, les frais de transport encourus par l'intéressé en raison du fait qu'il ne pouvait plus utiliser sa voiture) refusa « le renouvellement du véhicule à moteur » et mit fin à partir du 1<sup>er</sup> février 1969 au versement des contributions mensuelles susmentionnées. Elle se fondait sur un préavis du 9 janvier 1969 de l'OFAS, lequel relevait que, compte tenu de l'âge de l'assuré, une nouvelle motorisation aux frais de l'AI n'entraînait plus en considération. En effet, sans accident, l'intéressé eût été motorisé jusqu'à l'accomplissement de ses 65 ans. Cette décision fut communiquée à l'assuré le 13 février 1969 par les soins de la caisse de compensation.

L'assuré recourut contre cet acte administratif. Il alléguait que la suppression de l'indemnité mensuelle de 200 fr. dès le 1<sup>er</sup> février 1969, soit trois mois avant l'ouverture du droit à une rente de vieillesse de l'AVS, le contraignait à cesser toute activité lucrative. A l'en croire, pareille conséquence ne serait pas compatible avec la LAI. Il concluait à l'octroi de l'indemnité susmentionnée jusqu'à l'accomplissement de ses 65 ans et même au-delà. Par jugement du 3 avril 1970, la commission de recours rejeta le recours. Selon les premiers juges, l'administration avait à bon droit choisi de mettre l'assuré au bénéfice d'une indemnité mensuelle de 200 fr., jusqu'à l'âge d'ouverture du droit à une rente de vieillesse, solution moins onéreuse que celle consistant à acquérir un nouveau véhicule à moteur. Ils ont estimé en outre que le recourant devait verser à l'assurance une indemnité appropriée, au sens de l'article 15, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI. Quant au montant de cette indemnité, ils ont admis que l'assurance avait considéré qu'elle était équivalente à 600 fr., somme compensée à juste titre avec l'indemnité pour frais de transport due pour les mois de février, mars et avril 1969.

L'assuré a déféré ce jugement au TFA. Il propose principalement le versement d'une indemnité unique ou d'amortissements, au sens de l'article 16 bis, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI, en raison de l'acquisition d'un nouveau véhicule. Subsidiairement, il demande le

maintien du versement des indemnités mensuelles de 200 fr. aussi longtemps qu'il exercera une activité lucrative. A l'appui de ses conclusions, le recourant conteste avoir fait un usage peu soigneux du véhicule qui lui avait été remis, en exposant les circonstances dans lesquelles les accidents incriminés sont survenus. Il affirme enfin que l'article 10 LAI ne s'oppose pas au versement des prestations requises au-delà de la date d'ouverture du droit à une rente de vieillesse de l'AVS.

L'autorité cantonale de recours s'en rapporte à justice. Dans sa réponse au recours, la caisse de compensation estime que l'article 15, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI n'est, vu les explications fournies, pas applicable en l'espèce et que le droit à une indemnité, au sens de l'article 16 bis RAI, devrait donc être en tout cas reconnu jusqu'à la naissance du droit à la rente de vieillesse. La caisse s'en remet à justice quant à la question de savoir si le versement d'une indemnité unique ou d'amortissements pour le véhicule de remplacement entre en considération en l'occurrence.

Dans son préavis, l'OFAS propose de rejeter le recours.

Le TFA a rejeté le recours pour les motifs suivants:

1. Aux termes de l'article 21, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, l'assuré a droit, d'après une liste dressée par le Conseil fédéral, aux moyens auxiliaires dont il a besoin pour exercer une activité lucrative ou accomplir ses travaux habituels, pour étudier ou apprendre un métier ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle. Font partie des moyens auxiliaires qui peuvent être accordés aux conditions prévues dans la disposition susmentionnée des voitures automobiles légères notamment (art. 14, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre g, RAI). L'article 15, 1<sup>er</sup> alinéa, RAI précise d'autre part que les véhicules à moteur sont fournis aux seuls assurés qui exercent d'une manière probablement durable une activité leur permettant de couvrir leurs besoins et qui, pour cause d'invalidité, ne peuvent se passer d'un véhicule à moteur personnel pour se rendre à leur travail. Comme le relève l'OFAS dans son préavis, c'est donc à tort que la commission de recours a, dans son jugement du 3 avril 1970, fait dépendre l'octroi d'un véhicule à moteur de l'article 21, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI, objection également formulée par le recourant dans son mémoire au TFA.

Selon la pratique administrative, les véhicules à moteur sont remis en prêt pour une durée d'utilisation de 8 ans (12 ans, depuis peu, dans les cas où la distance entre le domicile de l'assuré et son lieu de travail est inférieure à 1 km. 500; communication de l'OFAS aux commissions et aux offices régionaux de l'AI, du 4 mars 1968). L'assurance verse par ailleurs des contributions annuelles d'amortissement aux assurés ayant acquis à leurs frais un semblable moyen auxiliaire auquel ils avaient droit. Le montant de ces contributions d'amortissement est constant: 12,5 pour cent par an. Il est calculé sur le prix d'achat d'un modèle simple et adéquat.

Les conditions relatives à l'usage des véhicules à moteur fournis par l'AI ont été fixées aux articles 15, 2<sup>e</sup> alinéa, et 16, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI. Selon l'article 15, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI, les véhicules à moteur remis par l'assurance ne peuvent être utilisés que d'une manière limitée pour des trajets non professionnels (4000 km. par an selon la pratique administrative). Lorsqu'un véhicule, parce qu'il n'est pas employé avec soin, ou parce que l'assuré en fait un usage excessif pour des trajets non professionnels, devient prématurément inutilisable, l'invalidé doit verser à l'assurance une indemnité appropriée. Cette règle découle du principe général selon lequel l'assuré doit restituer les prestations touchées indûment. S'agissant des frais de réparation, l'article 16, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI dispose que l'AI assume, à défaut de tiers responsable, les frais de réparation, d'adaptation ou de remplacement partiel nécessaires en dépit de l'usage soigneux qu'a fait l'assuré du moyen auxiliaire fourni par elle. Lorsqu'il s'agit de véhicules à moteur,

elle ne supporte ces frais que dans la mesure où les réparations et renouvellements sont causés par l'utilisation du véhicule entre le domicile de l'assuré et son lieu de travail. Dans ces limites, l'assurance assume donc le risque d'accident à l'instar d'une assurance-casco.

Par une abondante jurisprudence, le TFA a eu l'occasion de statuer que, lorsqu'un assuré dépasse la limite des 4000 km. par an autorisée pour les courses privées, il doit prendre en charge intégralement les frais de réparation du véhicule ou peut être tenu même de restituer en espèces le montant de la prestation indûment touchée, voire de rendre le moyen auxiliaire dont il a abusé. A cet égard, le comportement de l'assuré victime d'un accident dû à son inattention doit être assimilé à un usage peu soigneux du moyen auxiliaire fourni par l'assurance. L'invalidé doit donc supporter les frais des dommages résultant d'un événement survenu dans de semblables circonstances, que ce soit sur le chemin du travail ou lors d'une course privée, sous réserve tout au plus des cas où l'application de ces principes s'avérerait par trop rigoureuse (voir par exemple les arrêts ATFA 1967, p. 172; RCC 1967, p. 561, 1969, pp. 235 et 697, 1968, p. 214, 1965, p. 425).

Enfin, suivant l'article 10, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, les assurés cessent d'avoir droit aux mesures de réadaptation au plus tard à la fin du mois où ils ont accompli leur 65<sup>e</sup> année (pour les hommes) ou leur 62<sup>e</sup> année (pour les femmes), les mesures non achevées à ce moment-là devant être menées à chef. A ce sujet, comme le relève l'OFAS, il est indéniable que les prestations en espèces, telles que « quotes-parts » d'amortissement ou prestations de remplacement de l'AI, doivent être automatiquement supprimées à partir du moment où l'assuré peut prétendre une rente de vieillesse de l'AVS, en application de l'article 10, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI. On ne saurait à l'évidence parler, dans un cas semblable, d'achèvement de mesures de réadaptation en cours. L'administration a du reste élaboré des directives destinées à garantir l'égalité de traitement des assurés dans ce domaine, selon que les invalides ont reçu un moyen auxiliaire en prêt ou qu'ils touchent des prestations en espèces.

2. Dans le cas particulier, le recourant a reçu un véhicule à moteur en prêt par décision du 23 mars 1962. Ainsi que le souligne l'OFAS, ce moyen auxiliaire aurait normalement dû lui permettre de se rendre à son travail jusqu'en mars 1970. Si l'on tient compte de la faible distance séparant en l'espèce le domicile de l'assuré de son bureau (environ 1 km.), une durée d'utilisation de 8 ans représente même un minimum. Certes, il est impossible de fixer par décision que l'assuré n'aura pas droit à un nouveau moyen auxiliaire avant une date fixée d'avance, la survenance d'un accident ne pouvant être exclue. Lorsqu'un tel événement se réalise, le but de la réadaptation impose en général à l'assurance qu'elle fournisse à l'invalidé un nouveau moyen de transport. La remise pure et simple d'un autre véhicule, sans qu'il soit tenu compte des circonstances dans lesquelles s'est produite la destruction prématurée du précédent, aurait toutefois pour conséquence de conduire à des abus ainsi qu'à des inégalités de traitement flagrantes entre les assurés, n'était la disposition de l'article 15, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI précité. Dans cet ordre d'idées, il ne saurait faire de doute que l'assurance-casco conclue par un invalide auprès d'une compagnie privée n'intéresse pas l'AI. Celui auquel un moyen auxiliaire a été remis en prêt étant exposé au risque de devoir verser une indemnité appropriée, en cas de mise hors service prématurée du moyen auxiliaire qui est propriété de l'assurance, il est naturel qu'il puisse conserver la prestation éventuellement payée en exécution d'un contrat d'assurance privé.

Dans son mémoire de recours, l'assuré soutient n'encourir qu'une responsabilité très limitée dans la collision qui est à l'origine de la destruction du véhicule. Toutefois, pour les motifs invoqués par l'OFAS, on ne saurait lui donner raison. Vu la

jurisprudence rappelée plus haut, il est donc constant que l'intéressé a fait un usage peu soigneux du véhicule qui lui avait été remis en prêt. Il faut donc examiner quelle aurait dû être théoriquement la restitution en espèces que cette assurance était en droit de lui réclamer en application de l'article 15, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI.

Le TFA ne voit pas de raison de s'écarter sur ce point de l'estimation faite par l'OFAS: dans son préavis, ledit office propose de fixer cette indemnité à 1200 fr. environ, sur la base d'un taux d'amortissement annuel de 12,5 pour cent du prix d'achat du véhicule (6600 fr. avec les modifications apportées), compte tenu d'une utilisation du véhicule durant six ans et demi. Moyennant paiement de cette somme, l'assurance aurait pu allouer au recourant une contribution d'amortissement pour le véhicule que celui-ci avait acquis à la suite de l'accident d'août 1968. Cet amortissement, portant sur la période s'étendant du début d'août 1968, époque de l'accident, à fin avril 1969, moment de l'accomplissement des 65 ans de l'assuré, se serait élevé au plus à 12,5 pour cent du prix du nouveau véhicule, soit, probablement, à moins de 1200 fr. La solution la plus simple consistait bien à compenser ce montant de 1200 fr. environ avec celui dû par l'assuré en application de l'article 15, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI. Il est donc inexact d'affirmer que les organes de l'assurance avaient fixé à 600 fr. l'indemnité en question. Vu ce qui précède, la suppression de l'indemnité mensuelle de 200 fr., au sens de l'article 16 bis, 1<sup>er</sup> alinéa, RAI, était parfaitement justifiée. Cette dernière prestation avait du reste été servie à tort pendant plusieurs mois.

Enfin, il sied de relever avec l'OFAS que, même s'il n'était pas responsable de la collision qui est à l'origine de la destruction du moyen auxiliaire en cause, le recourant aurait néanmoins dû verser à l'assurance une indemnité appropriée pour l'usage excessif qu'il avait fait de la voiture remise en prêt, indemnité qui aurait été compensée par ses droits à un nouveau moyen de transport jusqu'à l'accomplissement de sa 65<sup>e</sup> année. Il ressort en effet des pièces que l'assuré a utilisé son véhicule dans une mesure de 90 pour cent pour des courses privées (plus de 50 pour cent si l'on tient compte de la tolérance de 4000 km. par année suivant la pratique administrative).

3. ...

*Arrêt du TFA, du 15 février 1971, en la cause M. G.*

**Article 54 LAI.** Les décisions administratives doivent être interprétées conformément au langage habituel et aux règles de la bonne foi. (Confirmation de la jurisprudence.)

**Article 60 LAI.** Lorsqu'un assuré a présenté sa demande à temps à l'AI, il doit être renseigné sur ses droits de façon exacte et à un moment adéquat. Si tel n'est pas le cas, les mesures dont il pouvait croire qu'elles seraient à la charge de l'AI doivent être assumées par cette assurance.

*Articolo 54 della LAI. Le decisioni amministrative devono essere interpretate conformemente al linguaggio abituale ed alle regole della buona fede. (Conferma della giurisprudenza.)*

*Articolo 60 della LAI. Quando un assicurato ha presentato in tempo utile all'AI la sua domanda, deve essere informato sui suoi diritti in modo esatto ed entro un periodo di tempo adeguato. Altrimenti, i provvedimenti, che egli ha potuto credere che sarebbero andati a carico dell'AI, devono essere assunti da questa assicurazione.*

Le 18 septembre 1968, le service des tutelles et curatelles de la ville de X informa la commission AI que l'assurée, née en 1950, allait entrer le 30 septembre 1968 au Centre d'observation pour jeunes filles de S. Cet établissement avait suggéré d'annoncer le cas à l'AI, afin d'obtenir éventuellement une « contribution, même partielle, aux frais de séjour et de traitement ». Le placement en question avait été décidé « à la suite d'une escalade d'échecs professionnels révélateurs de profondes déficiences d'ordre psychique et affectif ».

Le 2 octobre 1968, la commission AI accusa réception de la lettre du 18 septembre 1968 en priant le service précité de remplir une formule officielle de demande de prestations, ce qui fut fait le 16 octobre 1968 par la tutrice générale. Cette dernière requérait expressément des mesures médicales, une orientation professionnelle et un placement.

Le 8 novembre 1968, l'administration demanda un rapport à l'institut de S. Celui-ci répondit le 20 novembre 1968, en relevant que l'état de l'assurée nécessiterait une observation d'au moins six mois. Là-dessus, la commission AI admit, le 22 novembre 1968, de prendre en charge les frais d'un séjour de trois mois, du 30 septembre au 31 décembre 1968. Elle communiqua cette décision le 3 décembre 1968 à l'établissement intéressé (et à la tutrice de l'assurée), avec prière de fournir un nouveau rapport au début de janvier 1969 au plus tard, pour permettre de prendre immédiatement une nouvelle décision. Le centre de S. donna suite à cette invitation le 4 janvier 1969. Il concluait en soulignant la nécessité d'une prolongation du séjour de trois mois, à des fins d'observation et de traitement. Le 24 janvier 1969 cependant, la commission estima que les renseignements donnés ne permettaient pas de garantir le paiement des frais jusqu'à fin mars 1969. Elle demanda en conséquence à l'institut, le 30 janvier 1969, de lui remettre sans faute, jusqu'au 31 mars 1969, un rapport du professeur B., médecin attaché à l'établissement. L'administration déclarait ne pas pouvoir se prononcer sur la prise en charge des frais de séjour dans cette maison postérieurement au 31 décembre 1968. Un double de la lettre fut communiqué à la tutrice de l'assurée.

Le 8 mars 1969, le professeur B. adressa le rapport demandé aux organes de l'assurance. Il concluait en conseillant une tentative de placement de l'assurée à la clinique d'A., où la jeune fille aurait à travailler.

La commission AI chargea alors l'office régional AI d'examiner les possibilités d'emploi de l'intéressée. Il s'avéra que cette dernière avait quitté l'établissement hospitalier précité pour exercer une activité en fabrique, dès le mois de juin 1969, occupation qu'elle avait encore en septembre 1970.

Après avoir pris l'avis de l'OFAS, auquel elle se rallia, la commission AI refusa d'assumer les frais du séjour à l'institut de S. du 1<sup>er</sup> janvier au 15 mars 1969. Son prononcé, du 27 février 1970, fut notifié à la tutrice de l'assurée le 13 mars 1970 par les soins de la caisse de compensation.

Agissant au nom de l'assurée, la tutrice recourut contre cet acte administratif.

Par jugement du 22 mai 1970, la commission de recours admit partiellement le recours, dans ce sens qu'elle mit à la charge de l'AI les frais du séjour en cause jusqu'au 31 janvier 1969, soit jusqu'au moment où les organes de l'assurance avaient signifié à qui de droit leur refus de couvrir plus longtemps les dépenses en relation avec le placement à l'institut de S.

La tutrice, agissant toujours pour le compte de sa pupille, a déféré ce jugement au TFA. Concluant à la prise en charge des frais en question jusqu'au 15 mars 1969, elle allègue en substance que l'administration n'a jamais clairement déclaré, avant le 13 mars 1970, qu'elle n'assumerait pas les dépenses du séjour entier de l'assurée à l'institut de S.

La caisse intimée a versé au dossier un rapport de la commission AI concluant au rejet du recours.

Dans son préavis, l'OFAS propose également de rejeter le recours. Il suggère même de réformer le jugement attaqué au détriment de l'assurée et de rétablir la décision litigieuse.

Le TFA a admis le recours pour les motifs suivants:

Le TFA a déjà rappelé à plusieurs reprises que les décisions administratives doivent être interprétées, dans le domaine des assurances sociales, de façon conforme au langage habituel et aux règles de la bonne foi (cf. par exemple RCC 1970, p. 474; ATFA 1966, p. 121 = RCC 1966, p. 534; RCC 1966, p. 318). L'application du principe de la bonne foi en droit administratif signifie que de faux renseignements émanant sans réserve d'un organe compétent de l'assurance lient l'administration envers le justiciable qui s'est fié, sans qu'on puisse le lui reprocher, à ces renseignements et a pris des dispositions irréversibles (ATFA 1967, p. 35 = RCC 1967, p. 370, s'agissant par exemple de renseignements erronés fournis par une commission AI).

En l'occurrence, on ne pouvait déduire de la communication du 3 décembre 1968 de la commission AI à l'institut de S. que l'assurance n'assumerait pas les frais du séjour dans cet établissement au-delà du 31 décembre 1968. Au contraire, les termes mêmes de cette lettre étaient de nature à éveiller l'impression que, dans tous les cas, ces dépenses seraient prises en charge jusqu'à nouvelle décision, laquelle interviendrait sur la base d'un rapport à remettre au plus tard au début de janvier 1969, ce qui fut fait. Quant à la lettre du 30 janvier 1969, toujours adressée à l'institut par la commission AI, elle ne refusait pas de façon claire le paiement des frais de séjour au centre d'observation de S.; elle réservait bien plutôt une décision postérieure à l'établissement d'un nouveau rapport, qui devait être fourni avant le 31 mars 1969. Un semblable procédé n'est pas admissible. Il prive l'assuré de la possibilité de renoncer en toute connaissance de cause à des mesures financièrement insupportables pour lui. Si une personne s'est annoncée à temps à l'administration, elle doit pouvoir compter être renseignée de façon exacte et à un moment adéquat, lui permettant de prendre d'autres dispositions le cas échéant, sur ses droits vis-à-vis de l'assurance. A cet égard, ou bien une mesure est nécessaire à l'instruction du cas, et elle doit être assumée par l'AI, ou bien elle ne l'est pas, et il faut le dire sans équivoque. L'administration ne saurait faire supporter à l'assuré, dans ce domaine, un risque dont elle entend se décharger. Or, en l'espèce, la tutrice de l'assurée pouvait légitimement penser qu'il s'agissait d'une mesure d'instruction nécessaire, destinée à permettre de statuer sur la demande de prestations présentée, laquelle tendait à l'octroi de mesures médicales, à une orientation professionnelle et à un placement. Du reste, aucune décision émanant d'une caisse de compensation n'a été prise dans la présente affaire avant le 13 mars 1970. En outre, l'autorité tutélaire avait annoncé le cas en précisant expressément qu'il s'agissait d'« étudier la possibilité d'une éventuelle contribution, même partielle », de l'assurance aux frais de placement à l'institut. La représentante de l'assurée était donc fondée à admettre que seule la prise en charge de mesures ultérieures n'était pas certaine, et que cela dépendrait des conclusions du rapport final de l'institut de S. Peu importe, dans ces conditions, que l'administration ait peut-être estimé que la deuxième partie du séjour dans cet établissement n'eût pu être assumée par l'AI, le cas échéant, qu'à titre de mesure de réadaptation — et non comme mesure d'instruction, dans le cadre des articles 60 LAI et 69 ss RAI.

## RENTES ET INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

*Arrêt du TFA, du 18 novembre 1970, en la cause A. R. (traduction de l'allemand).*

Article 22, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI. La détermination du moment où l'incapacité de travail subsistant après l'achèvement d'un complexe donné de mesures de réadaptation n'atteint plus le degré donnant droit aux indemnités journalières doit se faire, en principe, sur la base des pronostics médicaux émis naguère, et non de constatations rétrospectives.

*Articolo 22, capoverso 1, LAI. La determinazione del periodo in cui l'incapacità al lavoro sussistente dopo l'esecuzione di complessi provvedimenti d'integrazione non raggiunge più il grado necessario per dare diritto alle indennità giornaliere, deve avvenire, per principio, sulla base della prognosi medica emessa in quel periodo e non facendo riferimento a constatazioni retrospettive.*

L'assurée, née en 1925, mariée, a dû se soumettre à une opération de la hanche sur le conseil du Dr Y, qui avait diagnostiqué une coxa valga luxans gauche avec coxarthrose. Elle a été hospitalisée du 16 octobre au 29 novembre 1968 et a suivi une cure de bains du 27 février au 27 mars 1969. L'AI a pris en charge les frais de ces mesures médicales et ceux encourus pour des semelles orthopédiques et une canne de malade; elle a octroyé une indemnité journalière à partir du 16 octobre 1968. Dans ses rapports intermédiaires des 6 mars, 24 avril et 2 septembre 1969, le médecin a constaté que l'assurée présentait une capacité de travail de 50 pour cent tant à partir du 1<sup>er</sup> avril que du 1<sup>er</sup> mai 1969. Le 5 novembre 1969, il a fait savoir que l'assurée pouvait exercer une activité de ménagère dans une proportion de 70 pour cent au moins; elle devait recourir à l'aide d'autrui pour les travaux ménagers pénibles. Par décision du 13 novembre 1969, la caisse de compensation supprima l'indemnité journalière, en alléguant que l'assurée présentait une capacité de travail de plus de 50 pour cent depuis le 1<sup>er</sup> octobre 1969.

Le tribunal cantonal des assurances, saisi d'un recours, a confirmé cette décision par jugement du 20 mars 1970.

L'assurée a interjeté recours de droit administratif; elle demande que l'indemnité journalière lui soit versée encore pendant neuf mois dès le 1<sup>er</sup> octobre 1969 et que son droit à une rente soit examiné. Elle allègue que sa capacité de travail n'a pas encore atteint 50 pour cent, en se référant à l'avis exprimé par son médecin de famille, le Dr X. Ce dernier a confirmé, le 27 juillet 1970, que l'incapacité de travail de l'assurée avait été de plus de 50 pour cent jusqu'au 10 avril 1970 et de moins de 50 pour cent à partir du 11 avril 1970.

La caisse de compensation a proposé de rejeter le recours et de transmettre le dossier à la commission AI pour qu'elle statue sur l'octroi éventuel d'une rente dès le 1<sup>er</sup> octobre 1969. L'OFAS conclut à l'annulation du jugement de première instance et de la décision de la caisse, et au renvoi de la cause à l'administration aux fins de compléter le dossier et de fixer derechef la durée du droit à l'indemnité journalière.

Le TFA a modifié le jugement attaqué; voici ses considérants:

1. Selon l'article 22, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, l'assuré a droit à une indemnité journalière pendant la 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. D'après la jurisprudence, le versement de l'indemnité journalière est une prestation accessoire à certaines mesures de réadaptation. Cela signifie que les indemnités journalières — excepté celles qu'on accorde pendant un délai d'attente — ne sont dues, en principe, que pour la période d'exécution de mesures de réadaptation. Si, à la fin d'une telle période — c'est-à-dire après l'achèvement d'un complexe donné de mesures et la disparition de l'incapacité de travail qui en résultait directement — on se trouve soit devant la perspective d'une récupération de la capacité de gain excluant le droit à une rente, soit à la veille d'une nouvelle période de réadaptation d'une certaine durée, l'indemnité journalière continuera d'être versée à titre provisoire, à l'exclusion d'une rente qui, de toute façon, n'aurait pu être accordée que pour un temps limité. Dans tous les autres cas, le droit à l'indemnité journalière s'éteint après l'achèvement des mesures de réadaptation, au plus tard lors de l'ouverture du droit à une rente selon l'article 29, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI. En de pareilles circonstances, en effet, le maintien d'indemnités journalières d'un montant relativement élevé après l'achèvement du processus de réadaptation peut, du point de vue psychique, avoir un effet inhibiteur qui retarderait la mise à profit de la capacité de gain partielle dont on peut raisonnablement attendre qu'il soit tiré parti. L'indemnité journalière doit inciter l'assuré à se soumettre aux mesures de réadaptation, mais non pas à tirer en longueur l'incapacité de travail qui en résulte (ATFA 1966, p. 41 = RCC 1966, p. 312). Ainsi, l'indemnité journalière allouée pendant la période de convalescence qui suit l'exécution des mesures médicales de réadaptation sera-t-elle, en principe, remplacée par une rente si l'écoulement d'une période de 360 jours, pendant laquelle l'incapacité de travail est de la moitié au moins en moyenne, justifie l'octroi d'une rente, à moins toutefois que la capacité de gain ne soit très près d'atteindre un degré excluant le droit à une rente, ou qu'une nouvelle période de réadaptation d'une certaine durée ne doive commencer très prochainement.

2. La question que l'on doit examiner en l'espèce est celle de savoir quand doit être fixée la fin de la période de réadaptation, c'est-à-dire à quel moment le complexe de mesures a pris fin et jusqu'à quel moment a subsisté l'incapacité de travail qui en était la conséquence directe.

De l'avis de la caisse de compensation, les mesures de réadaptation devaient être considérées, au vu du dossier, comme achevées à fin septembre 1969 au plus tard, et aucune nouvelle période de réadaptation ne devait être envisagée. Elle en conclut que c'est à bon escient que l'indemnité journalière n'a plus été versée dès le 1<sup>er</sup> octobre 1969, et qu'il y a lieu d'examiner le problème de l'octroi d'une rente. Le droit à la rente serait né au plus tard le 1<sup>er</sup> octobre 1969, après une incapacité moyenne de travail d'au moins 50 pour cent pendant 360 jours, autant, toutefois, que l'assuré aurait continué à présenter une incapacité de gain d'au moins 50 pour cent après cette date. D'après le rapport du médecin de famille, l'incapacité de travail de la moitié au moins s'est prolongée jusqu'au 10 avril 1970. Le degré de l'incapacité de travail antérieure à l'opération ne ressort pas du dossier. En se fondant sur le dernier rapport du Dr Y, du 5 novembre 1969, l'administration n'avait eu aucun motif d'examiner d'office la question de la rente. Il incombe d'abord à la commission AI de se prononcer sur la demande de rente faite lors de la présentation du recours de droit administratif.

L'OFAS considère que les mesures de réadaptation se sont provisoirement terminées par la cure de bains de quatre semaines, subie de fin février à fin mars 1969. C'est à la commission AI qu'il revient d'examiner encore, de plus près, si un droit à

une rente existait à ce moment-là ou éventuellement plus tard. Lors de sa consultation du 6 juin 1968, le Dr Y avait déjà constaté une incapacité de travail de 25 pour cent. Cette incapacité a été de 100 pour cent du 16 octobre 1968 (date de l'hospitalisation) à fin avril 1969, puis de 50 pour cent. Il n'est donc pas exclu que l'assurée ait rempli avant le 1<sup>er</sup> octobre 1969 les conditions du droit à la rente selon la deuxième variante de l'article 29, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, et que l'indemnité journalière ait dû juridiquement être remplacée par une rente déjà avant cette date.

Le complexe de mesures (opération de la hanche et cure de bains postopératoire) pris en charge par l'AI s'est achevé à fin mars 1969. L'incapacité de travail qu'il provoquait persistait toutefois encore à ce moment-là. D'après les rapports du Dr Y, la recourante a encore présenté une incapacité de travail de 50 pour cent jusqu'à une date, non déterminable, se situant entre le 2 septembre et le 5 novembre 1969. Dès le 5 novembre, sa capacité de travail a été de 70 pour cent au moins. Il ressort, en revanche, des indications dignes de foi du Dr X que l'assurée, en raison de troubles psycho-réactifs de la circulation, de la respiration et du sommeil, a présenté une incapacité de travail de plus de 50 pour cent jusqu'au 10 avril 1970 et de moins de 50 pour cent depuis le 11 avril 1970. Il convient de préciser, à cet égard, que la détermination du moment où l'incapacité de travail, subsistant après l'achèvement d'un complexe donné de mesures de réadaptation, n'atteint plus le degré donnant droit aux indemnités journalières doit se faire, en principe, sur la base des pronostics médicaux émis naguère, et non de constatations rétrospectives. En effet, l'indemnité journalière (plus avantageuse que la rente) doit inciter les assurés à se soumettre aux mesures de réadaptation, mais non à tirer en longueur l'incapacité de travail qui en résulte. Si l'on considère que cette incapacité présumable, dans le cas de la recourante, avait été évaluée à cinq mois par le Dr Y dans son premier rapport du 1<sup>er</sup> août 1968, et que la cure de bains postopératoire a pris fin dans le courant du mois de mars 1969, on se trouve amené à conclure que les mesures de réadaptation étaient terminées à fin mars 1969. Au vu de quoi, le droit à l'indemnité journalière n'a également subsisté que jusqu'à fin mars 1969.

Le jugement attaqué et la décision de la caisse de compensation sont ainsi annulés, et le dossier est renvoyé à la commission AI pour statuer à nouveau sur l'indemnité journalière. Il incombera à la commission AI, conformément à un arrêt du Tribunal fédéral (ATF 96 V 34), d'examiner si un droit à une rente est né à fin mars 1969 ou à une date ultérieure.

*Arrêt du TFA, du 4 novembre 1970, en la cause A. D.*

Articles 28 LAI et 28 RAI. Si l'assuré est d'ores et déjà capable d'être réadapté, il ne saurait — sauf échec ultérieur de la tentative de réadaptation — avoir droit à une rente, alors même que l'administration tarderait indûment à mettre en œuvre le processus de la réadaptation. Demeure toutefois en suspens le problème tel qu'il se présenterait en des cas de faute manifeste de l'administration ou dans une situation particulièrement pénible.

*Articolo 28 LAI ed articolo 28 OAI. Se un assicurato è sin d'ora integrabile, egli non ha diritto — salvo échec ultérieur de la tentative di integrazione — ad una rendita, e questo anche qualora l'amministrazione ha tardato senza giustificabile motivo ad iniziare con il processo di integrazione. Rimane tuttavia aperto il problema che si dovesse presentare nel*

*caso di un errore manifesto dell'amministrazione o di una situazione particolarmente penosa.*

L'assuré, né en 1917, exploitait une entreprise de transports par jeep et un restaurant; il a été opéré en novembre 1965 d'une hernie discale. Après cette intervention chirurgicale, il dut abandonner son activité de chauffeur-livreur; il occupa son temps depuis lors dans le restaurant dont il était propriétaire, mais qui était tenu par sa famille. Son état (il présente notamment d'importantes altérations osseuses de la colonne vertébrale, ainsi qu'un syndrome neurologique consécutif à l'opération susmentionnée) lui interdit tout travail pénible, comme l'attestent les certificats médicaux figurant au dossier.

Le prénommé s'est annoncé à l'AI le 10 septembre 1968. Par décisions des 20 décembre 1968 et 6 janvier 1969, la caisse de compensation refusa de lui accorder tant une rente que des mesures médicales. Cependant, saisi d'un recours, le tribunal cantonal des assurances constata que l'instruction était manifestement insuffisante; il cassa donc les actes administratifs attaqués et renvoya l'affaire aux organes de l'assurance (jugement du 18 février 1969).

On procéda alors à une enquête économique. Différents renseignements médicaux furent réunis et une expertise fut demandée. Se fondant sur les renseignements ainsi recueillis, la commission AI confirma son double refus. Elle constata que l'assuré n'avait besoin d'aucune mesure médicale qui puisse être prise en charge par l'AI. Quant au droit à la rente, elle estima que le requérant n'était certes plus en mesure d'être chauffeur-livreur, mais qu'il disposait d'une capacité de travail entière pour l'exercice d'une activité sédentaire n'exigeant pas d'effort physique. Elle considéra qu'il était reclassé comme restaurateur. Ces décisions furent communiquées à l'assuré le 10 octobre 1969 par la caisse de compensation.

L'assuré recourut en demandant un reclassement professionnel et, d'ici là, l'octroi d'une rente. Il exposait que sa présence n'était pas nécessaire à l'exploitation du restaurant.

Par jugement du 10 mars 1970, le tribunal cantonal des assurances lui donna raison. Il renvoya le dossier à l'administration, pour qu'elle ordonne des mesures de réadaptation d'ordre professionnel, et le mit au bénéfice d'une demi-rente à partir du 1<sup>er</sup> septembre 1967.

L'OFAS a recouru contre ce jugement. Il conteste l'octroi d'une rente pour la période précédant la réadaptation et, à titre éventuel, son versement antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 1968.

L'autorité cantonale de recours s'est référée aux considérants du jugement attaqué, dont l'intimé, représenté par M<sup>e</sup> Z, demande la confirmation avec suite de frais et dépens.

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

1. La seule question encore litigieuse est de savoir si l'assuré peut bénéficier d'une rente pendant la période précédant l'exécution des mesures de réadaptation d'ordre professionnel, dont nul ne nie plus la nécessité et l'opportunité.

D'après l'article 28, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide pour les deux tiers au moins, et à une demi-rente s'il est invalide pour la moitié au moins. Dans les cas pénibles, cette demi-rente peut être allouée lorsque l'assuré est invalide pour le tiers au moins.

Pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'assuré devenu invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui,

après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28, 2<sup>e</sup> al., LAI).

Selon l'article 10, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI, l'ayant droit a le devoir de faciliter toutes les mesures prises en vue de sa réadaptation professionnelle. L'assurance peut suspendre ses prestations s'il « entrave ou empêche la réadaptation ».

L'article 31, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI dispose: « Si l'assuré se soustrait ou s'oppose à des mesures de réadaptation auxquelles on peut raisonnablement exiger qu'il se soumette et dont on peut attendre une amélioration notable de sa capacité de gain, la rente lui est refusée temporairement ou définitivement. »

Ces dispositions attribuent à la réadaptation, par principe, la priorité sur l'octroi d'une rente (ATFA 1962, p. 41; 1965, p. 47). Il en est de toute façon ainsi lorsqu'on peut attendre d'un assuré qu'il se soumette à des mesures de réadaptation susceptibles de lui procurer une capacité de gain excluant le droit à la rente. Par conséquent, l'assuré qui a demandé une rente AI ne peut prétendre une telle prestation lorsqu'on peut exiger de lui qu'il se soumette à des mesures de réadaptation dans le sens mentionné ci-dessus (voir par exemple RCC 1970, pp. 162, 331, 395, 400; 1969, p. 424).

Suivant l'article 28 RAI, le droit à la rente ne prend pas naissance aussi longtemps que l'assuré est en stage de réadaptation ou attend l'application des mesures ordonnées (1<sup>er</sup> al.). L'éventualité de mesures de réadaptation ordonnées ultérieurement ne s'oppose pas à la naissance du droit à la rente (2<sup>e</sup> al.). Cette dernière disposition ne s'applique que si l'examen des aptitudes de l'assuré à la réadaptation, prévu par l'article 60, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre a, LAI, aboutit à l'ajournement des mesures de réadaptation en raison de l'état de l'assuré (RCC 1970, p. 400).

Il s'ensuit que trois situations peuvent se présenter en matière de perspectives de réadaptation:

a. Si l'assuré est d'ores et déjà capable d'être réadapté, il ne peut — sauf échec ultérieur de la tentative de réadaptation — prétendre une rente;

b. Si la réadaptation est d'emblée exclue, il a droit à la rente selon l'une ou l'autre des variantes de l'article 29 LAI dès qu'il en remplit les conditions;

c. Si son état de santé ne permet pas une réadaptation immédiate, l'assuré peut prétendre une rente selon l'une ou l'autre des variantes (et non pas exclusivement selon la variante 2, comme semble le penser l'OFAS), rente qui sera remplacée le moment venu par l'indemnité journalière (art. 22 ss LAI).

2. En l'espèce, l'intimé était capable d'être réadapté, selon l'avis des médecins. Sa collaboration à l'exploitation du restaurant étant loin d'épuiser au mieux sa capacité de travail, des mesures de reclassement s'imposaient. Or, comme on l'a vu plus haut, l'assuré dont on peut raisonnablement exiger qu'il se soumette à des mesures de réadaptation qui, une fois exécutées, lui permettront vraisemblablement de réaliser un gain excluant une invalidité ouvrant droit à la rente, ne peut prétendre une telle prestation. L'avis contraire des premiers juges provient apparemment d'une confusion entre la situation décrite au considérant 1, sous lettre a, situation qui se présente en l'occurrence, et celle mentionnée sous lettre c.

Il est certes possible que les organes de l'assurance tardent à mettre en œuvre des mesures de reclassement professionnel. L'assuré doit-il en supporter les conséquences et se voir priver de toute prestation, notamment d'une rente, durant cet intervalle? Les règles de la bonne foi et de l'équité pourraient justifier à cet égard une dérogation au principe de la priorité de la réadaptation dans des cas de faute manifeste de l'administration et de situation particulièrement pénible. Cette question souffre toutefois de rester indécise aujourd'hui. En effet, il faut relever dans le cas particulier la

passivité de l'intimé qui, malgré la structure défavorable du marché du travail dans les vallées latérales de la région, eût pu faire lui-même un effort ou sinon insister auprès de l'assurance afin d'accélérer les mesures de réadaptation professionnelle. Dans ces conditions, et vu de surcroît les qualités personnelles de l'intéressé, une dérogation au principe de la priorité de la réadaptation ne s'impose pas.

3. ...

*Arrêt du TFA, du 9 septembre 1970, en la cause F. T.*

Article 28, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI et article 17, lettre d, RAVS: Détermination du degré de l'invalidité. Il n'y a pas lieu, en règle générale tout au moins, d'inclure des annuités de bénéfice en capital (« good will ») dans le calcul du revenu hypothétique que l'assuré aurait retiré de son commerce s'il en avait continué l'exploitation.

*Articolo 28, capoverso 2, LAI e articolo 17, lettera d, OAVS: Determinazione del grado d'invalidità. Non è lecito, almeno in genere, di includere rate annue d'un utile in forma di capitale (valore d'avviamento) nel reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe tratto dalla propria azienda se avesse continuato ad amministrarla.*

#### *Extraits des motifs:*

Les premiers juges ont admis sans discussion que le commerce de tabacs rapportait un revenu annuel de l'ordre de 10 000 francs à l'intéressé. Ils ont considéré en outre que le bénéfice en capital de quelque 50 000 francs apparu lors de la remise devait être réparti sur les six ans d'exploitation; il en résultait que le revenu global de l'activité indépendante de l'assuré devait être évalué à 18 000 francs par année. Or, si le bénéfice en capital représente, dans le cadre de l'article 17, lettre d, RAVS, un revenu réputé provenir d'une activité lucrative et indépendante, soumis comme tel à cotisations (voir par exemple ATF 96 V 58), tout autre est la question lorsqu'il s'agit d'estimer le revenu que l'assuré « aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide » (art. 28, 2<sup>e</sup> al., LAI). Le propre du « good will » est en effet d'être une valeur réalisée au moment même de la remise du commerce, dont le montant peut croître, mais aussi décroître suivant des circonstances indépendantes de l'activité déployée et qu'il est impossible d'évaluer d'avance à longue échéance. Répartir le « good will » effectivement réalisé sur les années écoulées d'exploitation, puis admettre que le montant annuel ainsi obtenu aurait été gagné année après année, en sus du revenu proprement dit, pendant toute la durée de l'activité, constitue une extrapolation contraire à l'essence même de ce gain unique et toujours aléatoire à une date ultérieure. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu, en règle générale tout au moins, d'inclure des annuités de bénéfice en capital dans le calcul du revenu hypothétique que l'assuré aurait retiré de son commerce s'il en avait continué l'exploitation...

*Arrêt du TFA, du 3 novembre 1970, en la cause A. F. (traduction de l'allemand).*

Art. 29, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI. Le fait que l'atteinte à la santé a déjà existé dans toute son ampleur au moment de l'arrêt du travail, ou qu'elle est demeurée stationnaire depuis lors, ne signifie pas encore nécessairement qu'on se

trouve en présence d'un état stabilisé au sens où l'entend la jurisprudence concernant l'article 29, 1<sup>er</sup> alinéa, 1<sup>re</sup> variante, LAI.

*Articolo 29, capoverso 1, LAI. Il fatto che il danno alla salute sia già esistito in tutta la sua ampiezza al momento di sospendere il lavoro, o che da tale momento il danno sia stato stazionario, non significa ancora che ci si trovi di fronte ad uno stato stabilizzato secondo la definizione della giurisprudenza corrente.*

L'assuré, né en 1916, occupa pendant plusieurs années, jusqu'à fin 1968, l'emploi de chef de barrage d'un lac artificiel des CFF. Cet emploi a été supprimé dès le 1<sup>er</sup> janvier 1969. L'assuré continua de travailler aux CFF, mais à des conditions nettement moins favorables. Ce transfert et les circonstances auxquelles il était lié ont eu des répercussions défavorables, notamment, sur la santé psychique de l'assuré, à un tel point qu'il s'est vu contraint de cesser le travail déjà le 25 janvier 1969. Il fut prématurément mis à la retraite le 30 septembre 1969; jusque-là, son salaire lui avait été versé, depuis la cessation du travail, à raison de 100 pour cent pendant six mois et de 75 pour cent à partir du septième mois.

Le 26 septembre 1969, l'assuré a demandé à l'AI l'octroi de prestations. La question de la rente fut examinée par la commission AI d'après les propositions de l'office régional. Sur ce, la caisse de compensation rendit une décision allouant à l'assuré, dès le 1<sup>er</sup> janvier 1970, une rente AI entière en vertu de la deuxième variante de l'article 29, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI. Une révision de la rente fut prévue pour le 31 juillet 1970. Cette décision était fondée sur l'avis du médecin-chef des CFF, du 18 août 1969, qui avait déclaré notamment: « A la névrose réactionnelle diagnostiquée jadis (c'est-à-dire en 1967) sont venus s'ajouter un état hypochondriaque grave et des signes évidents d'un processus involutif; ces maladies se renforcent mutuellement. Sur le plan somatique, on relève des signes d'une vasculopathie artério-scléreuse accompagnée d'une néphropathie naissante et d'une forte labilité de la pression sanguine... A mon avis, une thérapie ne saurait avoir d'effets sur cet état, à moins que ne puisse être corrigée la situation conflictuelle sur le plan professionnel. L'état somatique de l'assuré est perturbé à un point tel qu'on ne saurait raisonnablement lui demander de reprendre son ancien métier (maçon)... Une réadaptation partielle ne sera probablement possible qu'après un intervalle prolongé et dans les limites des aptitudes physiques encore disponibles. »

L'assuré a demandé, par voie de recours, que le début du droit à la rente soit fixé au 1<sup>er</sup> janvier 1969 déjà, ou éventuellement au 26 juillet 1969. Il invoque la première variante de l'article 29, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, à son avis seule applicable en l'espèce. L'incapacité permanente de gain était réalisée, selon lui, au moment où il a cessé son activité lucrative, soit le 25 janvier 1969, et non pas au bout des 360 jours suivants seulement.

Dans son préavis concernant le recours, la commission AI s'en tient à son prononcé, et la caisse de compensation conclut également au déboulement de l'assuré.

Le recours a été admis par l'autorité judiciaire cantonale, qui fixa au mois de juillet 1969 le début du droit à la rente. A son avis, la capacité de gain du recourant est entravée durablement, dans une mesure ouvrant droit à une rente, et ceci en dépit de mesures de réadaptation éventuelles.

L'OFAS a interjeté un recours de droit administratif. Se référant à la pratique du TFA, il conteste que l'assuré présente un état pathologique au moins relativement stabilisé et essentiellement irréversible, qui répondrait de ce fait aux conditions

d'octroi d'une rente selon la première variante de l'article 29, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI. Si la deuxième variante est applicable, c'est à bon droit que le début de la rente a été fixé au 1<sup>er</sup> janvier 1970. Il demande donc l'annulation du jugement cantonal.

L'intimé s'en tient à l'argumentation présentée en première instance et propose le rejet du recours de droit administratif. Selon les constatations du médecin, sa santé est à un tel point et si durablement affectée « qu'il faut exclure, du point de vue de la médecine du travail, la perspective de le récupérer pour quelque activité que ce soit dans l'organisation ferroviaire ».

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

1. Est litigieuse uniquement la question du début du droit à la rente de l'intimé. La loi règle différemment le début du droit à une rente d'invalidité selon que l'incapacité de gain est présumée permanente ou simplement de longue durée. Dans le cas d'une incapacité de gain présumée permanente, le droit à la rente naît, en vertu de l'article 29, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, dès que l'assuré présente une incapacité permanente de gain ouvrant droit à une rente (première variante). Selon la deuxième variante de cette même disposition — incapacité de gain présumée de longue durée — le droit à la rente naît dès que l'assuré a subi sans interruption notable une incapacité de travail de la moitié au moins en moyenne pendant 360 jours, et autant qu'il présente encore une incapacité de gain de la moitié au moins. Selon une jurisprudence constante, il y a incapacité permanente de gain, au sens de la première variante, lorsqu'il est devenu très vraisemblable que l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et que, même en tenant compte de mesures de réadaptation éventuellement nécessaires, la capacité de gain s'en verra entravée probablement d'une manière durable dans une mesure ouvrant droit à une rente (cf. ATFA 1965, p. 135; RCC 1968, pp. 438 ss). Si ces conditions ne sont pas réalisées, l'ouverture du droit à la rente sera toujours régie par la deuxième variante.

2. C'est à juste titre que l'intimé soutient que l'atteinte à sa santé, qui est la cause de son invalidité, se manifestait déjà dans toute son ampleur au moment où sont intervenus tant l'arrêt du travail que la réduction du salaire. On ne saurait cependant déduire de cette constatation pertinente que l'affection serait stabilisée. La présence d'une atteinte à la santé stabilisée au sens de la première variante ressort, dans un cas donné, non pas de la pathogénèse, mais bien de la caractérisation médicale de l'affection. Même si l'on a constaté que la maladie psychique de l'intimé est restée stationnaire depuis la cessation du travail, cela ne signifie nullement qu'elle soit stabilisée au sens de la jurisprudence. Les médecins estiment que l'état de santé de l'assuré est susceptible d'être amélioré si la situation professionnellement conflictuelle peut être corrigée. Lorsque le médecin-chef des CFF déclare qu'il faut exclure l'idée d'une réadaptation de l'assuré au sein de l'organisation ferroviaire, cela ne dit rien d'essentiel quant à la capacité de gain qui reste à l'assuré sur l'ensemble du marché du travail, ni sur la stabilité de l'atteinte à sa santé. Les troubles psychiques existants ne sauraient donc être qualifiés d'atteinte à la santé stabilisée. Un état stabilisé au sens de la première variante ne saurait non plus être admis en ce qui concerne les affections physiques, dont l'influence sur la capacité de travail est secondaire; elles ne sauraient légitimement reléguer au second plan les facteurs d'ordre psychique, et encore moins les faire perdre de vue. D'ailleurs, il s'agit ici aussi d'un état pathologique manifestement labile. On ne constate donc, pour la fixation du début du droit à la rente, l'existence d'aucune atteinte incurable à la

santé physique ou mentale pouvant être qualifiée de stabilisée et d'essentiellement irréversible. C'est donc à juste titre que l'administration a déterminé le début de ce droit selon la deuxième variante de l'article 29, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI.

*Arrêt du TFA, du 17 décembre 1970, en la cause N. F. (traduction de l'allemand).*

Article 28, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI. Si l'atteinte à la santé entraîne, pour l'assuré, un inévitable et important surcroît de frais durables d'acquisition de son revenu d'invalidé, il y aura lieu de les porter en déduction de celui-ci en procédant au calcul comparatif.

*Articolo 28, capoverso 2, LAI. Se l'assicurato deve attingere alle sue entrate d'invalido per sopperire, durevolmente o per un periodo di tempo abbastanza esteso, a forti spese dovute necessariamente al suo stato di salute, allora le spese causate dall'invalidità saranno defalcate dal reddito conseguito.*

L'assuré, né en 1917, célibataire, souffre d'asthme. En 1966, son affection l'a contraint à quitter l'emploi qu'il occupait chez A, dans la ville de X, depuis 1947. Il a été hospitalisé pendant quelque deux ans dans un sanatorium à Z. Après avoir travaillé jusqu'au 12 septembre 1969 dans une coopérative à Z, il est entré, le 29 septembre 1969, en qualité d'ouvrier sur cuir, au service de la maison B à Z. Il touchait une rente entière simple d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> octobre 1968. A l'issue d'une procédure de révision prévue pour le 30 septembre 1969, la rente a été réduite de moitié dès le 1<sup>er</sup> novembre 1969; en effet, le degré d'invalidité retenu n'était plus que de 55 pour cent dès le moment où l'assuré avait commencé son travail chez B (décision du 22 octobre 1969).

L'autorité cantonale de recours a débouté l'assuré des fins d'un recours interjeté contre cette décision.

Par la voie du recours de droit administratif, l'assuré demande de rester au bénéfice de la rente entière au-delà du 31 octobre 1969. Il fait état de raisons médicales l'obligeant à rester à Z pour un temps indéterminé. Pour que l'évaluation de l'invalidité soit fondée sur des facteurs garantissant une égalité de traitement, il y a lieu selon lui de comparer entre eux non seulement les revenus, mais aussi les index du coût de la vie dans les divers lieux de travail (comme on le fait pour calculer l'indemnité de résidence versée aux fonctionnaires fédéraux). En effet, la vie étant notablement plus chère à Z qu'à son lieu de travail primitif, il serait justifié de calculer une déduction spéciale de résidence, se situant entre 100 et 160 fr. par mois (en moyenne 1580 fr. par année). La caisse de compensation a négligé, lors de l'octroi de la rente entière, de confronter le montant exceptionnellement modique de 80 fr. par mois demandé par l'employeur d'alors (coopérative) pour la location d'une chambre avec les loyers usuels dans la localité. Pour que « l'égalité de traitement », par rapport à la décision de la rente d'alors, soit garantie, une déduction spéciale de résidence de 1580 fr. devrait être désormais accordée. En tenant compte du revenu présumé, antérieur à l'invalidité, de 17 443 fr. à X, et du revenu de 6390 fr. (moins 1580 fr.) à Z, on arrive à un degré d'invalidité de 72,4 pour cent. Enfin, l'assuré fait remarquer que sa chambre lui a coûté, dans l'entre-saison jusqu'au 15 novembre 1969, 120 fr. par mois et, dès le 16 novembre 1969 jusqu'au 31 mars 1970, 230 fr. par mois. A partir du 1<sup>er</sup> avril 1970, il doit payer 248 fr. par mois pour louer à long terme une chambre au sud, non meublée, avec balcon et jouissance de la cuisine et de la

salle de bain. Il importe, en raison de son asthme, qu'il puisse habiter dans un endroit ensoleillé et sans poussière.

Le recours de droit administratif a été partiellement admis par le TFA pour les raisons suivantes:

1. Selon l'article 28, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide pour la moitié au moins; si le degré d'invalidité est de moins de deux tiers, seule une demi-rente est accordée et, dans les cas pénibles, celle-ci l'est même si l'invalidité est d'un tiers seulement. Le degré d'invalidité correspond à la perte de gain que doit subir l'assuré en tirant parti, dans la mesure raisonnablement exigible, de sa capacité de travail résiduelle, compte tenu des possibilités offertes sur l'ensemble du marché du travail. Dans ce sens, l'article 28, 2<sup>e</sup> alinéa, de la loi dit que pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide.

Il ressort du dossier que l'assuré doit rester à Z en raison de son affection et qu'il est bien réadapté à son poste de travail actuel. De plus, il pourrait sans conteste gagner 17 443 fr. 80 par année chez son ancien employeur à X, s'il n'était pas tombé malade. Son revenu dans la maison B est de 6390 francs.

Seule est encore litigieuse la question de savoir si, en comparant les salaires déterminants, celui que le recourant touche de la maison B doit être pris en compte intégralement ou si une certaine somme correspondant à un surcroît de frais d'entretien peut être déduite.

2. Selon l'article 28, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI, le degré d'invalidité est déterminé par le jeu d'une évaluation d'ordre purement économique. Il y a lieu d'établir la différence entre le revenu que l'assuré pourrait atteindre s'il exerçait une activité professionnelle d'homme valide et le gain qu'on peut raisonnablement exiger qu'il obtienne comme invalide, après des mesures de réadaptation appropriées. Cette différence donne le degré de l'invalidité. Certes, les circonstances peuvent faire que le revenu obtenu effectivement par l'assuré invalide soit l'expression objective de sa capacité de gain résiduelle, notamment lorsqu'on est en présence d'une situation professionnelle stable. Or, si un tel assuré doit, de façon permanente ou durable (art. 4 LAI), imputer sur son revenu d'invalide des dépenses encourues à cause de l'affection qui engendre l'incapacité de gain, il en résulterait, au cas où ces dépenses ne seraient pas déduites du revenu brut, que la différence entre ledit revenu et le revenu hypothétique sans invalidité ne serait plus le reflet objectif et total de l'incapacité de gain provoquée par l'atteinte à la santé. Ainsi, on ne tiendrait pas compte d'un préjudice affectant directement le revenu professionnel et dont l'assuré doit pâtir de façon permanente ou durable. Cela irait à l'encontre du sens de l'article 28, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI qui, en principe, enjoint de tenir compte, pour l'évaluation de l'invalidité, des facteurs pouvant influencer négativement sur le revenu d'activité professionnelle et dont l'assuré subit les conséquences de façon permanente ou durable à cause de l'atteinte à sa santé. Aussi le TFA a-t-il statué que les frais d'un traitement médical continu, auquel l'assuré doit se soumettre pour pouvoir exercer son activité, sont des dépenses liées à l'invalidité, et qui doivent, dans le cadre de l'article 28, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI, être déduites du revenu effectif, autant qu'elles sont commandées par les besoins réels de la thérapie. Il va sans dire qu'il ne peut être tenu compte que des frais de mesures propres à conserver ou à améliorer la capacité de gain de l'assuré; dans un certain sens, ils doivent être considérés comme des frais d'acquisition du revenu (RCC 1967, p. 508).

Il en va de même de l'index du coût de la vie. Les frais d'entretien supplémentaires consécutifs à un transfert de domicile, lorsque celui-ci est nécessité lui-même par l'invalidité, représentent en quelque sorte aussi des frais d'obtention du revenu devant être pris en compte au moment de comparer entre eux les revenus déterminants. Il est un fait que, dans la plupart des cas, les frais d'entretien supplémentaires sont compensés par des taux de salaire plus élevés ou des indemnités de résidence. Il n'est pas rare non plus de constater certaines inégalités, inhérentes aux circonstances locales, dans les frais grevant le budget de tout un chacun, notamment quant aux charges fiscales. Il est ainsi fréquent, lors du choix d'un domicile, que l'intéressé doive s'accommoder de tels inconvénients, ce qu'il fera pour toutes sortes de raisons matérielles ou morales. C'est pourquoi les différences — dues à l'invalidité — qui se produisent entre les index du coût de la vie, sur les lieux de travail impliqués dans la comparaison des revenus de l'assuré, ne doivent être prises en considération que si elles sont d'une importance peu commune, ce qui implique que lesdits frais s'écartent notablement de la moyenne du pays.

Dans le cas présent, les frais de la location plus élevés dont fait état le recourant ne sont pas compensés par un salaire plus élevé, ni par une indemnité de résidence. L'entreprise B déclare n'occuper que des patients ou des convalescents. La manufacture de ses produits (travail du cuir) est conditionnée par le marché du travail local, et des raisons concurrentielles empêchent d'accorder à ces ouvriers des suppléments de salaire — qui auraient pour effet d'augmenter les prix — propres à compenser le coût plus élevé de la vie. Les pièces du dossier dont on dispose aujourd'hui, qui se contredisent en partie, ne permettent toutefois pas de déterminer si le prix de location d'une chambre à Z est tellement plus élevé qu'à X qu'il faille déduire du revenu la différence en tant que frais d'entretien extraordinaires. La commission AI, à qui la cause est renvoyée, devra déterminer dans quelle mesure les allégations du recourant concernant des frais de chambre notablement plus élevés à Z correspondent aux faits.

*Arrêt du TFA, du 14 décembre 1970, en la cause T. B. (traduction de l'allemand).*

**Article 29, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI.** Alors même que l'atteinte à la santé n'a fait que s'aggraver et qu'on a la certitude qu'aucune amélioration ne surviendra, mais qu'une nouvelle aggravation est bien plutôt à craindre, il ne saurait être question d'admettre, pour autant, l'existence d'une incapacité de gain dite permanente au sens de l'article 29, 1<sup>er</sup> alinéa, 1<sup>re</sup> variante, LAI.

*Articolo 29, capoverso 1, LAI. Anche quando il danno alla salute, tenendo conto del suo andamento, non ha fatto che peggiorare e non ci si deve aspettare in base all'esperienza alcun miglioramento, anzi è invece piuttosto da temere un nuovo peggioramento, non vi è la possibilità di ammettere l'esistenza di un'incapacità al guadagno di tipo permanente al senso della prima variante dell'articolo 29, capoverso 1, LAI.*

L'assuré, né le 28 mars 1910, concierge d'une école, souffre, depuis 1945, de la maladie de Parkinson. Celle-ci a provoqué un fort tremblement des deux mains et des altérations psychiques accompagnées d'un ralentissement de l'activité, d'une variabilité des impulsions et de l'humeur et de troubles affectifs. Le recourant a passé trois semaines dans une clinique psychiatrique durant l'été 1969; en septembre 1969, une opération stéréo-tactique a permis de supprimer le tremblement de la main droite.

L'assuré a demandé, le 7 octobre 1969, l'octroi d'une rente d'invalidité. Se fondant sur les certificats de salaire et sur le rapport du médecin de famille du 15 octobre 1969, la commission AI a nié le droit à une rente, l'état pathologique n'étant pas encore stabilisé et une période d'incapacité de travail de la moitié au moins en moyenne pendant 360 jours n'étant pas révolue. Ce prononcé a été notifié par décision de la caisse de compensation du 27 novembre 1969.

L'assuré a recouru en joignant des certificats du médecin de famille (du 1<sup>er</sup> décembre 1969), de la clinique universitaire neurochirurgicale (du 9 janvier 1970) où avait été exécutée l'opération mentionnée (électrocoagulation du thalamus opticus gauche) et enfin de la clinique psychiatrique (du 22 janvier 1970); ces certificats font état d'une incapacité de travail de 50 pour cent.

Se ralliant au préavis de la caisse de compensation, le président du tribunal cantonal des assurances a rejeté le recours par jugement du 21 juillet 1970.

L'assuré a interjeté en temps utile un recours de droit administratif et demandé l'octroi d'une demi-rente d'invalidité à partir de la mi-juillet 1969. Parmi les motifs invoqués, on lit notamment que l'exigence de stabilité ne saurait s'interpréter en ce sens « qu'un droit à une rente n'existerait pas lorsqu'il y a certitude qu'aucune amélioration ne surviendra, mais qu'une aggravation est bien plutôt probable, voire inévitable au vu des constatations médicales faites jusqu'ici... Il serait grotesque de devoir admettre qu'une disposition de notre législation sociale puisse être interprétée dans ce sens qu'un droit à une rente existe s'il est tenu pour certain qu'il n'y aura pas d'aggravation de l'état de santé, mais qu'un droit ne saurait en revanche être reconnu si la survenance de cette aggravation n'est plus qu'une question de temps ».

La caisse de compensation et l'OFAS proposent le rejet du recours de droit administratif.

Le TFA a rejeté ce recours pour les raisons suivantes:

1. Selon la jurisprudence constante du TFA, le juge saisi en dernière instance doit apprécier, en principe, la situation de fait qui existait lors de la notification de la décision administrative litigieuse (ATFA 1968, p. 16/17; 1965, p. 202).

2. Un assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide pour la moitié au moins. Si le degré d'invalidité se situe entre un tiers et la moitié, il y a lieu de décider si l'on est en présence d'un cas pénible selon l'article 28, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI. L'invalidité est évaluée, en règle générale, en fonction du manque à gagner résultant de l'atteinte à la santé (art. 28, 2<sup>e</sup> al., LAI).

D'après l'article 4, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, l'invalidité comprend deux formes d'atteintes à la santé provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Il s'agit premièrement d'atteintes « entraînant une incapacité de gain présumée permanente » et, deuxièmement, d'atteintes dont résulte « une incapacité de gain de longue durée ». L'ouverture du droit à la rente est réglée, en conséquence, de deux manières différentes par l'article 29, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI. Dans le premier cas, le droit à la rente naît au moment même où l'incapacité de gain peut être présumée permanente (première variante); dans le second, il naît seulement après le cours de la « longue période », c'est-à-dire dès que l'assuré se trouve avoir subi, sans interruption notable, une incapacité de travail de la moitié au moins en moyenne pendant 360 jours, et autant qu'il présente encore une incapacité de gain de la moitié au moins (deuxième variante). Selon la jurisprudence constante, il faut, pour qu'il y ait incapacité permanente de gain au sens de la première variante, qu'on soit en présence, selon toute

vraisemblance, d'une atteinte à la santé largement stabilisée et essentiellement irréversible et que, même en tenant compte de mesures de réadaptation éventuellement indispensables, on ait lieu de penser que la capacité de gain de l'assuré demeurera probablement diminuée pour longtemps dans une mesure ouvrant droit à une rente. La pratique a toujours considéré la stabilité comme étant le critère principal et n'a reconnu à l'irréversibilité qu'un caractère accessoire. Il s'ensuit que le premier critère ne peut être remplacé par le second, et qu'il ne faut recourir à celui-ci que si l'état de santé est au moins relativement stabilisé. Le tribunal renvoie à ses arrêts parus dans ATFA 1965, pages 130 ss, particulièrement page 135 (RCC 1965, p. 527); ATFA 1966, pages 122 ss, considérant 4 b (RCC 1966, p. 580); RCC 1968, pages 438 ss. Si ces conditions ne sont pas réalisées, le début du droit à la rente est toujours déterminé d'après la deuxième variante.

3. Le recourant n'a, sans conteste, pu avoir un droit à une rente lors de la notification de la décision administrative qu'autant que la première variante de l'article 29, alinéa 1<sup>er</sup>, LAI était applicable, attendu que la période de carence instituée par la deuxième variante n'était manifestement pas échue à ce moment-là. Le sort de la procédure dépend donc de savoir si l'affection du recourant peut être définie comme au moins relativement stabilisée et essentiellement irréversible au sens de la jurisprudence exposée ci-devant. Cette question doit être examinée à la lumière des constatations médicales.

L'évolution de la maladie depuis l'apparition des premiers symptômes, en 1945, est décrite à grands traits dans l'anamnèse contenue dans le rapport du médecin de famille à la commission AI, du 15 octobre 1969. Il y est également certifié que l'incapacité de travail a été totale du 19 juillet au 30 août 1969, puis partielle à partir du 6 octobre 1969, pour une période indéterminée. L'ampleur de la capacité partielle de travail dont jouit le recourant depuis cette date n'est pas précisée; aucune indication n'est donnée non plus concernant la période qui s'étend du 1<sup>er</sup> septembre au 5 octobre 1969. Dans son certificat produit en procédure de première instance, le médecin de famille écrit que la maladie progresse lentement et que l'assuré n'a plus qu'une capacité de travail de 50 pour cent depuis l'été 1969. Dans le rapport de la clinique universitaire neurochirurgicale, il est simplement indiqué de quelle nature a été l'opération; il est précisé que celle-ci a permis de faire disparaître le tremblement de la main droite et que la demande visant à l'obtention d'une demi-rente permanente doit être « très résolument » appuyée. Se fondant sur les données du diagnostic psychiatrique, la doctoresse X de la clinique psychiatrique communique enfin qu'elle considère une incapacité de travail de 50 pour cent comme établie « surtout à cause de la symptomatologie psychique concomitante ».

Ces déclarations médicales interdisent de considérer l'atteinte à la santé comme stabilisée, alors qu'il est patent que l'état du recourant est labile. La lenteur de la progression de son mal n'est pas une raison suffisante de penser le contraire alors que, jusqu'ici, cette aggravation en a été l'élément caractéristique. Une incapacité de gain dite juridiquement permanente, d'un degré propre à ouvrir un droit à une rente, n'a donc, dans le cas présent, pas été établie avec la vraisemblance voulue; aussi la décision de la caisse intimée, qui s'en tient à la jurisprudence constante du TFA, ne saurait-elle encourir aucun reproche.

La conséquence à laquelle on parvient ainsi, en l'espèce, ne justifie nullement le grief d'absurdité que le recourant croit pouvoir adresser au droit de l'AI. En effet, l'égalité de traitement des nombreuses demandes de rentes exige l'application d'un critère juridiquement clair et valable pour délimiter le champ d'application des première et deuxième variantes servant à fixer le début du droit selon l'article 29,

1<sup>er</sup> alinéa, LAI. Le critère de délimitation a été trouvé principalement dans la condition de stabilité de l'état pathologique en cause. Un tel mode de statuer garantit une application de l'article 29, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI qui soit conforme à la conception globale de la loi. En l'espèce, du moment qu'il est établi que la première variante n'est pas applicable, il est superflu d'examiner si les autres conditions d'octroi d'une rente seraient remplies; il s'ensuit que le recours doit être rejeté.

Comme il est fait état d'une diminution marquée de la capacité de travail depuis la mi-juillet 1969 et que la période de carence calculée selon l'article 29, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI est venue à terme, le dossier doit être renvoyé à l'administration pour qu'elle puisse examiner à nouveau le problème du droit à la rente à la lumière des circonstances d'alors, sans que le recourant soit tenu de la requérir à nouveau.

## CHRONIQUE MENSUELLE

La *commission des questions de réadaptation médicale dans l'AI* a tenu sa 10<sup>e</sup> séance le 24 août sous la présidence de M. Granacher, de l'Office fédéral des assurances sociales. Elle a commencé à revoir les instructions concernant les mesures médicales de réadaptation prévues par l'article 12 LAI. Lorsque ces travaux seront achevés, les instructions administratives touchant l'ensemble du domaine des mesures médicales de réadaptation auront été remaniées.

\*

La *sous-commission des frais d'administration* de la Commission fédérale de l'AVS/AI a tenu séance le 1<sup>er</sup> septembre sous la présidence de M. Frauenfelder, directeur de l'Office fédéral des assurances sociales. Après avoir pris connaissance d'un rapport sur l'évolution favorable du compte d'administration des caisses de compensation durant les dernières années, elle a approuvé le relèvement de l'indemnité allouée au Département politique pour l'application de l'assurance facultative et, à l'intention de la commission plénière, une nouvelle réglementation sur l'octroi de subsides aux caisses cantonales de compensation pour les exercices 1971 et 1972.

\*

La *Commission fédérale de l'AVS/AI* a siégé à Villars-sur-Ollon du 1<sup>er</sup> au 4 septembre sous la présidence de M. Frauenfelder, directeur de l'Office fédéral des assurances sociales, et en présence de M. Kaiser, conseiller mathématique des assurances sociales. Elle s'est occupée principalement de la *base constitutionnelle à donner à la future prévoyance-vieillesse, survivants et invalidité*, ainsi que de son financement. Elle a approuvé, en outre, la révision du système des subsides pour frais d'administration versés aux caisses cantonales de compensation. C'était la cinquantième fois que la commission se réunissait depuis sa création; l'événement a été fêté au cours d'une réception donnée par ses membres vaudois et par les autorités cantonales.

\*

Du 7 au 9 septembre, des pourparlers ont eu lieu entre une délégation suisse dirigée par M. le ministre Motta, délégué du Conseil fédéral pour les conventions de sécurité sociale, et une délégation belge, que présidait M. A. Delpérée,

secrétaire général du Ministère de la sécurité sociale, aux fins de *reviser la convention de sécurité sociale* actuellement en vigueur qui date de 1952. Le champ d'application de cette convention, qui englobe l'AVS ainsi que l'assurance-accidents, doit notamment être étendu par l'introduction de l'AI, des allocations familiales et de dispositions relatives à l'assurance-maladie et être, par ailleurs, adapté à l'évolution des législations intervenue depuis 1952. Les pourparlers ont abouti à l'élaboration d'un projet de convention qui devra être mis au point et paraphé au cours d'une deuxième phase de négociations.

\*

L'Association internationale de la sécurité sociale (AISS) a tenu à Berne, du 13 au 18 septembre, son V<sup>e</sup> congrès d'actuaire et statisticiens. La séance a été ouverte par M. C. Motta, ministre, de l'Office fédéral, et par M. R. Melas, conseiller aulique, de Vienne. Le discours de bienvenue du conseiller fédéral Tschudi est reproduit ci-après, p 452. M. E. Kaiser, conseiller mathématique des assurances sociales, a été nommé par acclamation président du congrès. Les principaux thèmes évoqués ont été les relations entre la sécurité sociale et l'économie publique, ainsi que les problèmes de la prévoyance professionnelle. Ces travaux ont obtenu un plein succès.

\*

Le Conseil fédéral a approuvé, le 4 octobre, le rapport du *Conseil d'administration du fonds de compensation AVS sur l'exercice 1970*. On trouvera de plus amples détails à ce sujet à la page 465.

## **L'extension de l'assurance sociale**

*Exposé fait par M. Tschudi, conseiller fédéral, à la conférence des directeurs cantonaux de la prévoyance sociale, tenue à Fribourg le 30 septembre 1971.*

### **I**

Vous avez eu l'amabilité de m'inviter à la session d'aujourd'hui en tant qu'ancien collègue. Trois raisons m'ont incité à répondre favorablement à votre invitation.

Tout d'abord, je me souviens avec reconnaissance de l'époque où j'étais conseiller d'Etat et chef du Département de l'intérieur du canton de Bâle-Ville.

Sans faire preuve d'immodestie, je crois pouvoir dire que Bâle-Ville s'est toujours efforcé de régler généreusement les problèmes de prévoyance. Peut-être la situation là-bas, au coude du Rhin, se présente-t-elle de façon plus favorable qu'ailleurs; pourtant, je dois dire à l'avantage de mes concitoyennes et concitoyens qu'ils ont toujours fait preuve d'une compréhension particulière pour les soucis et la détresse des vieux, des veuves et des orphelins, ainsi que des handicapés. Aussi était-ce pour moi une tâche agréable que d'être, parmi vous, le directeur de la prévoyance sociale de Bâle.

Je salue tout spécialement le canton dont nous sommes les hôtes. Fribourg n'est pas seulement un pont entre Alémaniques et Romands et, en quelque sorte, un canton suisse par excellence; c'est aussi un canton qui, se dégageant du passé, fait un gros effort pour se familiariser avec les problèmes des temps modernes. Il suffit de rappeler, sur le plan social, ses mérites de pionnier dans le domaine des allocations familiales, de même que les efforts déployés par lui pour mettre sa population dans la plus large mesure possible à l'abri des conséquences économiques de la maladie. Je le remercie également de son application judicieuse de la loi sur les prestations complémentaires qui, administrativement, pose bien des exigences. Cependant, mon département trouve encore d'autres motifs de satisfaction sur les bords de la Sarine. Je me borne à rappeler deux exemples que nous offrent ces lieux. En unissant les efforts, il a été possible récemment de sauver la rue des Bouchers qui, du point de vue architectural, méritait protection, et de la conserver à la postérité comme un joyau d'architecture urbaine. En outre, récemment, l'ouverture de l'autoroute de déviation Guin-Corpataux vient d'alléger considérablement le trafic urbain de la capitale, la rendant encore plus vivante et plus aimable.

En troisième lieu, je me félicite de l'occasion qui m'est offerte de vous renseigner, avec la brièveté qui s'impose, sur les problèmes actuels de la prévoyance-vieillesse, survivants et invalidité. A cet égard, je dois cependant faire une réserve. La nouvelle base constitutionnelle et la 8<sup>e</sup> révision de l'AVS sont l'objet de toutes les conversations, mais le Conseil fédéral n'a pas encore formulé ses propositions définitives à ce sujet. Je pars donc de l'état actuel des propositions élaborées par l'administration en étroite collaboration avec la Commission fédérale de l'AVS et de l'AI, et en contact permanent avec le département. A cet égard, mon souci sera moins de vous donner des détails et, en second lieu, des chiffres, que de vous montrer les problèmes qui déterminent les discussions actuelles.

## II

Entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1948, l'AVS aura vingt-quatre ans à la fin de cette année. Sans cesse améliorée à de brefs intervalles, elle a transformé profondément la structure socio-politique du pays. Durant ses onze années d'existence, l'AI a poursuivi son développement pour devenir une des institutions les plus bienfaitantes de notre patrie. Depuis une demi-décennie, les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI garantissent aux assurés les plus défavorisés économiquement un modeste minimum vital. L'année dernière, l'AVS a versé

des prestations pour près de 3 milliards de francs à un million de rentiers. Durant la même période, l'AI versait environ 600 millions de francs. En 1970, 240 millions de francs environ ont été versés au titre des prestations complémentaires. Ce sont là des chiffres auxquels personne n'aurait osé penser il y a encore bien peu de temps et qui auraient fait éclater tout simplement notre édifice helvétique.

Au début, l'AVS était conçue non comme une institution garantissant les besoins vitaux des ayants droit, mais comme une assurance dite de base, aussi obscure que cette notion puisse sembler après coup. A la longue, cette conception des choses n'a pu se défendre; elle ne répond plus aux exigences d'une Suisse moderne. Il faut délivrer les personnes âgées, les veuves, les orphelins et les invalides aussi efficacement que possible du souci de leur subsistance économique. C'est de ces considérations qu'est née la théorie des trois piliers dont il est si souvent question; elle a été exposée pour la première fois en 1963 dans le message du Conseil fédéral relatif à la 6<sup>e</sup> révision de l'AVS. L'AVS, premier pilier, renforcée au besoin par les prestations complémentaires, assure le minimum vital. Le deuxième pilier, constitué par la prévoyance professionnelle, garantit, au-delà de ce minimum, le niveau de vie antérieur, jusqu'à un certain revenu. Le troisième pilier, c'est-à-dire la prévoyance privée, prend une importance particulière, là où le deuxième pilier n'intervient pas; il assure des revenus supplémentaires à ceux qui bénéficient de la prévoyance professionnelle.

Les 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> révisions de l'AVS se sont toutefois bornées à renforcer le premier pilier; toutes deux l'ont fait dans une très notable mesure. La 7<sup>e</sup> révision a ainsi augmenté les rentes d'un tiers à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1969, et plus encore les rentes minimales. Etant soumises aux mêmes règles que l'AVS, les rentes de l'AI furent augmentées dans la même proportion. Le 1<sup>er</sup> janvier 1971, les prestations complémentaires ont été relevées sensiblement.

### III

Cependant, il était temps de s'occuper du deuxième pilier. Lors de l'adoption de la 7<sup>e</sup> révision de l'AVS, le Conseil national demanda, par un postulat, que les problèmes s'y rapportant soient également examinés, ce que le Conseil fédéral avait d'ailleurs déjà déclaré vouloir faire. Un délai de deux ans était imparti pour faire rapport à ce sujet. Par la suite, le Conseil fédéral autorisa mon département à charger une commission d'experts d'examiner ces questions. Cette commission fut placée sous la présidence de M. E. Kaiser, docteur en sciences mathématiques, privat-docent et conseiller mathématique des assurances sociales. Le « Rapport Kaiser », comme on a dès lors accoutumé de le désigner dans les milieux professionnels, fut remis à mon département en juillet 1970. Le Conseil fédéral en a approuvé les conclusions et l'a transmis dans le délai fixé au Parlement. Les Chambres fédérales lui ont fait en janvier et en mars 1971 un accueil extrêmement favorable et ont dès lors donné le feu vert pour le développement ultérieur.

Toutefois, on n'en est pas resté au « Rapport Kaiser » et à sa discussion au Parlement. Depuis la 7<sup>e</sup> révision, un véritable mouvement populaire s'est déclenché en faveur d'une ample prévoyance pour les personnes âgées, les survivants et les invalides; il a donné naissance à pas moins de trois initiatives populaires. Le peuple suisse est manifestement décidé à résoudre définitivement, dans les années septante, les problèmes financiers posés par la vieillesse et l'invalidité et à pourvoir également au sort des survivants. C'est le Parti du travail qui, le premier, a déposé une initiative constitutionnelle en décembre 1969. Venant au deuxième rang, en mars 1970, le Parti socialiste déposait à son tour une initiative, soutenu par l'Union syndicale suisse. L'initiative bourgeoise d'un comité interpartis, d'avril 1970, a fermé la marche. Les délais, en droit fédéral, fixés par la loi sur les rapports entre les conseils pour la liquidation des initiatives populaires courent à partir de décembre 1969. Cela revient à dire que le Conseil fédéral a jusqu'au début de décembre 1971 pour prendre position à l'égard des problèmes en question.

Le but des trois initiatives populaires n'est pas contesté; les voies et moyens sont en revanche fort divergents. Une question préalable essentielle consiste à savoir si un nouvel article constitutionnel est nécessaire pour servir de base à la réglementation envisagée. Le Conseil fédéral est d'accord avec les Chambres fédérales pour estimer que l'article 34 quater de la Constitution fédérale devrait être adapté aux exigences que l'on formule actuellement, de façon que nos concitoyens et concitoyennes puissent se prononcer sur cette nouvelle conception des choses.

Chacune des trois initiatives déposées montre cependant des faiblesses. Aussi le Conseil fédéral soumettra-t-il aux Chambres un contreprojet qui, du point de vue formel, sera opposé à la première initiative déposée, celle du Parti du travail. Il faut espérer que le contreprojet l'emportera et que les trois initiatives seront retirées. Le contreprojet a été soumis aux milieux intéressés pour préavis. Ils ont largement profité de l'offre qui leur était adressée de donner leur avis et je les remercie, et surtout les cantons, du sérieux avec lequel ils se sont acquittés de cette tâche. La Commission fédérale de l'AVS et de l'AI, dont j'apprécie fort la collaboration constructive, a élaboré, au début de ce mois, un projet définitif en se fondant sur le résultat de ces consultations. Le Conseil fédéral doit maintenant s'occuper de ce projet. Le Parlement nouvellement élu recevra le projet et le message du Conseil fédéral pour la session de décembre. La consultation populaire devrait avoir lieu en automne 1972.

La première conséquence pratique de cette nouvelle conception réside dans la 8<sup>e</sup> révision de l'AVS, qui doit être soumise aux Chambres fédérales parallèlement à l'initiative constitutionnelle et entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1973.

Une part essentielle du projet constitutionnel consiste à donner au second pilier une base juridique. Ici, nombre de questions sont encore pendantes. J'y reviendrai. Le Conseil fédéral a dès lors l'intention de soumettre à temps, aux milieux intéressés, tout au moins les principes selon lesquels la loi sur la prévoyance professionnelle doit s'élaborer. En termes un peu plus populaires, nos

concitoyens et concitoyennes ne devront pas « acheter chat en poche » quand ils seront appelés à la votation constitutionnelle.

Finalement, le troisième pilier sera ancré, lui aussi, constitutionnellement; il sera prévu que la Confédération, en collaboration avec les cantons, doit encourager la prévoyance individuelle, en particulier par des mesures fiscales et par une politique facilitant l'accession à la propriété.

Le programme des prochains mois est donc fort chargé en matière d'assurances sociales, d'autant plus qu'en même temps, l'assurance-maladie est soumise à un nouvel examen approfondi et que des innovations décisives s'imposeront également ici. On peut en dire de même, quoique dans une moindre mesure, de l'assurance-accidents.

#### IV

En ce qui concerne l'assurance-maladie et accidents, dont je viens de faire mention, j'aimerais relever ceci. Une initiative populaire propose de donner un nouveau visage à l'assurance-maladie sociale. Le Conseil fédéral considère, lui aussi, une telle revision comme indispensable et il a chargé, dans ce domaine également, une commission d'experts de l'examen des questions pendantes. Le problème cardinal consiste, ici, à adapter l'assurance aux exigences actuelles de la politique sociale et de la santé et à répartir équitablement les charges sans cesse croissantes de la santé entre les assurés, les employeurs, la Confédération et les cantons. L'explosion des dépenses de toutes sortes occasionnées par la sauvegarde de la santé (et vous avez en ceci, chers auditeurs, une expérience suffisante, pour autant que les hôpitaux, entre autres, soient de votre ressort) a des conséquences matérielles et financières de dimensions considérables auxquelles il faut faire front le plus efficacement possible. Des considérations d'ordre social et financier exigent qu'on trouve avant tout une solution appropriée à deux problèmes: la couverture des frais pour les maladies de longue durée, en cas d'hospitalisation notamment, et la garantie de la compensation de la perte de gain du salarié. J'espère que la commission d'experts me remettra son rapport au début de l'année prochaine, de façon qu'après la procédure de consultation, le Conseil fédéral puisse présenter son message et son projet de loi à fin 1972.

Dans le domaine de l'assurance-accidents, les questions en discussion portent sur l'agrandissement du cercle des personnes assurées et sur une nouvelle délimitation des prestations de la CNA et leur coordination avec les prestations des autres assurances sociales. Au reste, le problème de la coordination se pose également pour l'assurance militaire. L'harmonisation des diverses branches d'assurance constitue un problème important auquel le Conseil fédéral voue toute son attention dans la phase de revision actuelle.

#### V

Le nouvel article 34 quater va être mis au point par l'administration ces tout prochains jours, puis être soumis au Conseil fédéral. Le premier pilier sera développé conformément à l'évolution qui s'est affirmée depuis des années.

Le caractère d'assurance de l'AVS est conservé; son contenu social continue cependant d'être maintenu expressément. Ainsi, d'une part, il ne doit pas y avoir de rentes uniformes; d'autre part, la rente maximum ne doit pas être supérieure au double de la rente minimum. La 8<sup>e</sup> révision doit viser à porter les rentes à un montant couvrant les besoins vitaux. Lors de la 7<sup>e</sup> révision, le minimum de la rente simple de vieillesse a été fixé à 200 francs et le maximum à 400 francs; lors de la 8<sup>e</sup> révision, on entend doubler les montants dans une première phase, tout au moins en ce qui concerne les extrêmes, c'est-à-dire le minimum et le maximum. Cela signifie que le minimum de la rente simple de vieillesse sera de 400 francs par mois, le maximum de 800 francs; les rentes de couple se situeront entre 600 et 1200 francs par mois. Cette première phase de la révision de l'AVS doit entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1973. Le deuxième pas doit être franchi le 1<sup>er</sup> janvier 1975 avec une nouvelle augmentation importante des rentes.

Voilà en quelque sorte le programme-cadre. En ce qui concerne les points de détail, je m'exprimerai brièvement. On envisage, entre autres, de permettre à la femme mariée de recevoir plus facilement une partie de la rente pour couple et d'introduire des améliorations quant au droit à la rente de la femme divorcée. La possibilité d'adhérer à l'assurance facultative AVS et AI sera offerte encore une fois aux Suisses de l'étranger. Les sommes versées par l'assurance facultative sont aujourd'hui environ sept fois plus élevées que les cotisations; l'écart entre ces chiffres s'accusera probablement encore. Il s'agit ici, sans qu'on le dise, d'une des premières réalisations de l'article 45 bis de la Constitution fédérale relatif aux Suisses de l'étranger.

Dans le cadre de cette 8<sup>e</sup> révision de l'AVS, j'ai encore un vœu particulier à formuler; il concerne l'argent de poche des rentiers séjournant dans des homes et des établissements. Si je suis bien renseigné, la réglementation en ce domaine accuse un certain retard. Votre conférence, ainsi que l'Office fédéral des assurances sociales, devraient de nouveau adapter les arrangements valables jusqu'ici à la situation actuelle. Je conçois aisément, et les dangers en sont évidents, qu'on ne saurait augmenter l'argent de poche ad libitum, mais on devrait tendre à l'adapter aux conditions actuelles partout où c'est possible.

Enfin, le projet de 8<sup>e</sup> révision de l'AVS envisage d'élever à nouveau les limites de revenu donnant droit aux prestations complémentaires. Pour les personnes seules, les valeurs-limites doivent se situer entre 5400 et 6000 francs, pour les couples, entre 8100 et 9000 francs par année. Chaque concitoyen âgé ou invalide disposera donc de moyens d'existence au moins dans ces limites. Le but final consiste toutefois dans la suppression de ces prestations complémentaires; elles ne joueront plus de rôle pour les salariés dès que le deuxième pilier sera devenu obligatoire et efficace.

L'article constitutionnel prévoit enfin aussi des prestations en nature; l'administration de l'AVS n'est pas aménagée pour fournir ces prestations. Aussi la fondation « Pour la Vieillesse » recevra-t-elle des subventions en conséquence. Le projet de loi, à usage interne, de l'administration prévoit une subvention fédérale de 10 millions de francs. La fondation devra assurément

adapter mieux encore son organisation à ses tâches nouvelles; en tant que président de cette institution, je ne doute pas que ses efforts aboutiront.

## VI

L'AVS est financée par les cotisations des assurés et des employeurs, par les contributions des pouvoirs publics et par le Fonds de compensation. Or, l'extension du premier pilier exige des moyens bien supérieurs à ceux qui étaient nécessaires jusqu'ici. Jusqu'à une époque récente, les assurés et leurs employeurs versaient à l'AVS et à l'AI 4,4 pour cent du salaire déterminant. Depuis la 7<sup>e</sup> révision de l'AVS, ce sont 5,8 pour cent; à partir de 1973, ce seront 8 pour cent. A cela s'ajoute la cotisation au régime des allocations pour perte de gain. Les personnes exerçant une activité lucrative indépendante paient, depuis 1969, un taux réduit; ce taux sera aussi diminué en conséquence à l'avenir: le barème dégressif des cotisations pour les assurés dont le revenu est modeste sera élargi. Les taux pour les personnes sans activité lucrative seront également adaptés.

Les pouvoirs publics, c'est-à-dire la Confédération et les cantons, prennent à leur charge, aujourd'hui, un cinquième des prestations de l'AVS; la Confédération fournit les trois quarts de cette contribution et les cantons un quart. L'année prochaine, la Confédération devra verser à l'AVS 537 millions et les cantons 179 millions. Des prestations presque doublées exigent, comme on l'a vu, des moyens accrus en conséquence. Nous connaissons la situation financière tendue de la plupart des cantons et comprenons qu'ils ne soient pas ravis de voir les charges supplémentaires qui les attendent. Une entrevue entre une délégation de la Conférence des directeurs cantonaux des finances et une délégation du Conseil fédéral, qui a eu lieu dans la seconde moitié du mois d'août, a cependant permis d'aboutir à un accord réjouissant: pour le proche avenir tout au moins, on s'en tiendra à la clef de répartition adoptée jusqu'ici, c'est-à-dire à une subvention des pouvoirs publics de 20 pour cent, répartie de façon inchangée entre la Confédération et les cantons. Je remercie les cantons de la compréhension dont ils ont fait preuve pour soutenir la grande tâche sociale de l'AVS. La subvention de la Confédération est alimentée, comme toujours, par sa quote-part aux recettes nettes provenant de l'imposition des boissons distillées, de même que par les impôts et les droits de douane sur le tabac. A ce sujet, l'article 41 bis de la Constitution fédérale doit être modifié de manière à faire porter l'impôt également sur les produits à fumer dépourvus de tabac. Cette modification s'impose parce que l'importation de cigarettes synthétiques fabriquées avec des produits ne contenant pas de tabac est une possibilité qu'on ne saurait exclure dans les prochaines années. Cette modification est également soumise au référendum obligatoire.

## VII

A la différence du premier pilier, le second se situe sur un terrain vierge du point de vue du droit constitutionnel et de la législation. Toutefois, nous ne

sommes nullement en face du néant, car il y a quelques années, notre pays comptait déjà plus de 16 000 institutions de prévoyance réunissant 1,7 million de membres. Ce développement réjouissant doit cependant être poursuivi jusqu'à son achèvement logique. Un petit jalon vient justement d'être posé aujourd'hui sur cette voie: aujourd'hui même, en effet, expire, sans avoir été utilisé, le délai d'opposition concernant les nouvelles dispositions du code des obligations sur le contrat de travail, c'est-à-dire en particulier celles qui concernent la prévoyance professionnelle, dispositions qui représentent de grands progrès pour ce qui touche en particulier le libre passage des salariés. Il ne s'agit cependant que d'une solution transitoire. Le projet de nouvel article constitutionnel prévoit l'obligation pour les salariés d'être affiliés à une institution du second pilier; les employeurs auront l'obligation de les assurer jusqu'à un certain revenu. Les personnes exerçant une activité lucrative indépendante pourront adhérer volontairement à une institution de prévoyance à des conditions équivalentes à celles qui sont prévues pour les salariés. Pour certains groupes d'entre elles, l'adhésion peut être déclarée obligatoire, de façon générale ou pour des risques particuliers. Cela peut se révéler nécessaire pour l'agriculture ou le petit artisanat, par exemple, c'est-à-dire dans des milieux où le troisième pilier, la prévoyance privée, n'apporte pas d'appoint.

Le principe semble bien simple; mais sa réalisation donnera encore bien du fil à retordre au législateur et à l'administration. Une première difficulté résidera par exemple dans l'application sans faille de l'obligation d'assurance. Le salarié doit avoir la garantie qu'il bénéficiera intégralement, le moment venu, des prestations qui lui reviennent, même s'il change d'emploi. Comme les employeurs ne pourront pas tous fonder une caisse de pension, la possibilité doit leur être offerte d'assurer leur personnel auprès d'une caisse supplétive, dont l'aménagement peut se concevoir de diverses façons. L'indispensable surveillance des caisses de pension doit être aussi réglée de façon particulièrement nuancée.

Enfin, un problème essentiel consiste à trouver une solution pour la génération transitoire. Il ne se posera toutefois que pour les salariés qui, jusque-là, n'auront pas été assurés ou ne l'auront été qu'insuffisamment; les progrès considérables résultant de la 8<sup>e</sup> révision de l'AVS lui feront perdre de son acuité. Néanmoins, le problème reste considérable. Le projet envisage deux délais qu'il convient de distinguer nettement. Les institutions de prévoyance ne devront notamment pas verser d'emblée les prestations minima prescrites, mais, selon le montant du revenu, les verseront dans un délai de 10 à 20 ans. Il est certain que ce délai va donner matière à bien des controverses; les réponses recueillies sur ce point lors de la procédure de consultation divergeaient spécialement. Une deuxième période de transition, celle-ci de cinq ans, concerne les taux de cotisations. Elle permet aux entreprises, que l'obligation d'assurance pourrait éventuellement mettre dans une situation délicate, d'augmenter graduellement leurs charges sociales: le taux définitif devra cependant être atteint en cinq ans.

De même que le premier, le second pilier exige des efforts financiers considérables. Ceux-ci le sont d'autant plus que la prévoyance professionnelle doit, comme l'AVS, garantir le pouvoir d'achat des prestations, c'est-à-dire qu'elle doit au besoin relever celles-ci. Etant donné son caractère, la prévoyance professionnelle ne peut pas émarginer aux deniers publics. L'agriculture seule envisage d'y faire appel; mais ceci tient en fin de compte au problème particulier de la politique sociale agricole. La répartition des charges entre salariés et employeurs sera réglée par des contrats collectifs de travail et par des arrangements individuels. L'article constitutionnel dispose cependant que les employeurs doivent verser des cotisations pour le moins égales à celles des salariés. Au reste, il convient de conserver, dans l'ensemble, un rapport équitable entre les cotisations des salariés et celles des employeurs à l'AVS d'une part, et à la prévoyance professionnelle, d'autre part. Dès lors, la législation fédérale doit veiller à ce que l'AVS/AI, aussi bien que la prévoyance professionnelle, puissent, à long terme, se développer conformément à leur objectif.

Une autre remarque enfin me paraît encore indiquée au sujet de la prévoyance professionnelle. Ceux qui sont déjà aujourd'hui au bénéfice d'une bonne caisse de prévoyance ont, çà et là, des réactions sceptiques à l'égard des plans d'extension de l'AVS. Il incombera aux caisses déjà constituées de trouver des solutions appropriées aux cas concrets.

## VIII

Cependant, le premier et le second piliers ne posent pas que des problèmes financiers. La prévoyance en faveur des personnes âgées, des survivants et des invalides sort des limites étroites qui l'enserraient jusqu'ici; vu l'ordre de grandeur qui est le sien, ainsi que son extension, elle constitue un facteur toujours plus important du processus économique. A long terme, elle absorbera (y compris les subventions des pouvoirs publics) près de 25 % du revenu du travail et pas moins de 15 % du revenu national. Une part notable du revenu économique se trouve ainsi affectée à la couverture des risques vieillesse, décès et invalidité, à quoi s'ajoutent encore les risques de la maladie et des accidents. Ce vaste système doit être plus fortement conscient que jusqu'ici de ses rapports avec l'économie. L'économie ne doit pas être antisociale, mais les assurances sociales ne doivent pas non plus être anti-économiques.

Vous serez peut-être surpris de constater qu'il n'a été jusqu'ici question que des premier et second piliers, mais pas du troisième. La constitution d'une fortune par l'effort privé a une importance qui ne saurait être sousestimée, là surtout où la prévoyance professionnelle n'est pas suffisante. D'ailleurs, les personnes âgées, précisément, ont une attitude particulière à l'égard de leurs économies; en règle générale, elles s'en séparent fort difficilement. Il faudra tenir compte de cette mentalité, propre avant tout à la vieillesse, en premier lieu par des mesures fiscales. La Confédération s'y est préparée; il y a quelques années, une commission d'experts s'est occupée de l'encouragement de l'épargne. Il convient maintenant de tirer les conclusions de ses réflexions.

## IX

Avant de terminer mon exposé, je voudrais encore parler brièvement de l'assurance-invalidité. Ici aussi, les cantons sont mis financièrement à forte contribution (je n'en ai pas fait mention dans mes remarques au sujet de l'AVS). Cependant, je voudrais également noter autre chose. Selon sa conception fondamentale, cette assurance place la réadaptation avant la rente. Indépendamment des mesures d'ordre médical, la réadaptation comprend surtout la formation scolaire spéciale et des mesures d'ordre professionnel. On peut dire en toute bonne foi que la conception suisse de l'AI est très progressiste; aussi rencontre-t-elle beaucoup d'intérêt dans nombre de pays étrangers. Mais voilà que l'augmentation des rentes de l'AVS entraîne une augmentation égale des rentes de l'AI, ce qui n'est pas sans conséquence pour les mesures de réadaptation, ni sans quelque danger. Celui qui reçoit plus d'argent ne s'intéresse plus autant à la réadaptation. A mon avis, il ne saurait être question d'allouer aux invalides des rentes inférieures à celles de l'AVS. Il faut dès lors non seulement ne pas laisser faiblir la volonté de réadaptation, mais bien plus, la renforcer par rapport à ce qu'elle est aujourd'hui. Cela ne peut se faire qu'en approfondissant encore les mesures appliquées jusqu'ici, et en profitant des progrès sur les plans médical, pédagogique, psychologique et finalement technique. Avec le soutien de la Confédération, l'aide publique et privée aux invalides parviendra à résoudre ce problème.

## X

Tous, nous savons que l'homme ne vit pas que de pain. Le problème de la vieillesse, l'aide aux survivants et l'assistance aux invalides posent encore bien d'autres problèmes que des problèmes d'ordre financier. Une commission ad hoc, instituée pour étudier les problèmes posés par la vieillesse, s'est vouée à un examen minutieux de ceux-ci. Il est certes facile d'en tirer les conclusions nécessaires, mais combien difficile de les réaliser dans un délai utile. Un progrès appréciable est constitué par le projet d'un article constitutionnel 34 sexes relatif à l'encouragement à la construction de maisons d'habitation. Cet article vise aussi la construction d'habitations pour les personnes âgées et les handicapés. De même, la nouvelle disposition constitutionnelle relative à la prévoyance pour les cas de vieillesse, d'invalidité et de décès donne à la Confédération de nouvelles possibilités d'assister nos concitoyens âgés et handicapés. Quelque fascinantes que puissent être les formules modernes de rente et les autres mesures y relatives qui doivent assurer la protection de nos concitoyens, n'oublions pas qu'au centre de nos préoccupations il y a l'être humain, le vieillard, la veuve, les orphelins et les handicapés. Si nous parvenons à trouver une solution heureuse, qui réponde financièrement aux exigences et soit conforme à des principes humains, nous aurons alors réalisé un progrès social considérable. A cet égard, les assurances sociales dépendent dans une large mesure de la collaboration des cantons et des communes et de leurs organes d'assistance; le Conseil fédéral en est conscient. Je vous remercie très cordialement des efforts que vous déploierez dans ce sens.

## **Cinquième congrès des actuaires et des statisticiens de l'AISS**

(Association internationale de la sécurité sociale)

tenu à Berne du 13 au 18 septembre 1971

*Allocution de M. H. P. Tschudi, conseiller fédéral, lors de la cérémonie d'ouverture, le 13 septembre, au Kursaal*

Avant toute chose, je voudrais vous exprimer ma joie du fait que vous avez choisi la Suisse pour accueillir votre assemblée. Nous apprécions tout particulièrement cet honneur, puisque les quatre congrès précédents ont été organisés dans des villes aux noms prestigieux, à savoir en 1956 à Bruxelles, puis à tour de rôle à Rome, Madrid et Paris. Si donc vous avez convoqué votre cinquième conférence à Berne, notre capitale fédérale, nous croyons pouvoir en déduire que vous avez voulu par là rendre témoignage aux travaux scientifiques de nos experts dans le domaine qui est le vôtre.

Certes, je sais aussi que de tels travaux scientifiques n'auraient pas été possibles, si l'AISS n'avait pas sans cesse encouragé les contacts internationaux indispensables. C'est pourquoi je ne voudrais pas manquer d'adresser mes remerciements sincères aux organes directeurs de votre association, et plus particulièrement à son président, M. Reinhold Melas, ainsi qu'à son secrétaire général, M. Leo Wildmann, et à son conseiller mathématique, le professeur Lucien Féraud.

Selon l'ordre du jour de votre conférence, la discussion porte sur quatre problèmes importants, qui intéressent de près la Suisse en raison de leur actualité. En effet, nous allons procéder, dans notre pays, à une transformation fondamentale de nos assurances sociales: Premièrement, notre assurance-pensions légale doit prochainement faire un pas décisif en renonçant au principe des prestations de base pour adopter un système de rentes garantissant à leurs titulaires les moyens d'existence; deuxièmement, les caisses de pensions instituées sur le plan professionnel vont devenir une partie intégrante de notre système de sécurité sociale et permettront aux bénéficiaires, grâce à leurs pres-

tations qui s'ajouteront aux rentes légales, de maintenir leur niveau habituel de vie; finalement, il est prévu d'adapter le régime social d'assurance-maladie aux circonstances actuelles, notamment à l'évolution de la science médicale.

La liaison étroite entre trois des quatre points de votre ordre du jour est manifeste. Votre première thème « Sécurité sociale et économie nationale » présente de plus en plus d'intérêt en Suisse également, en raison de l'ampleur du développement que nous nous proposons de donner à nos assurances sociales. Bientôt, les charges de la sécurité sociale atteindront, aussi en Suisse, l'ordre de grandeur de 20 pour cent du revenu national. C'est pourquoi nous serions particulièrement heureux si vos délibérations pouvaient permettre de franchir une nouvelle étape dans la recherche d'une véritable harmonisation entre le secteur économique et le secteur social.

Avec toute la concision qui s'impose, j'ai donc tenu à vous orienter sur les projets de réforme de nos assurances sociales. Ces propositions permettront à la Suisse d'occuper la place qu'elle mérite dans les statistiques relatives à la sécurité sociale, qui sont établies par le Bureau international du travail. Je me réjouis de saisir cette occasion pour adresser mes salutations cordiales au représentant de cette organisation. Le régime des caisses de pensions professionnelles n'étant pas régi par la loi, les importantes prestations que servent ces institutions ne peuvent pas figurer dans ces statistiques. Il en résulte donc un reflet déformé de la valeur de la protection sociale garantie dans notre pays. L'assujettissement obligatoire de tous les travailleurs salariés à une caisse de pensions professionnelle donnera alors, dans ces statistiques internationales, une image plus réelle de la situation sociale en Suisse.

Selon la Constitution fédérale, notre gouvernement est formé seulement de sept ministères. Compte tenu de l'étendue des tâches publiques, chaque département doit s'occuper de plusieurs domaines importants qui relèvent, dans d'autres Etats, de ministères spécifiques. Ceci explique que votre orateur est à la fois responsable de la sécurité sociale et de la politique en matière de science et de recherche. Cet agencement me réjouit particulièrement aujourd'hui, puisque vos délibérations reposent également sur une telle synthèse, à savoir l'application des sciences mathématiques et statistiques aux problèmes de la sécurité sociale. Que la mathématique soit appelée avant tout à explorer les relations dans le microcosme comme dans le macrocosme, tout le monde en est convaincu, mais qu'elle constitue également un moyen auxiliaire indispensable pour la solution des problèmes sociaux, ceci représente pour beaucoup un aspect nouveau. C'est dans cette coopération de deux domaines qui me sont particulièrement chers qu'il faut rechercher la raison de ma grande satisfaction.

Par vos travaux, vous allez contribuer une fois de plus à donner une assise scientifique à la législation de sécurité sociale et, par là, promouvoir le bien-être de toutes les personnes qui ne peuvent plus exercer une activité lucrative. En souhaitant plein succès à vos délibérations, je vous félicite et vous remercie très sincèrement.

## **La revision du code des obligations (contrat de travail) et ses répercussions sur la prévoyance-vieillesse professionnelle**

Le 25 juin 1971, les Chambres fédérales ont adopté définitivement la *loi fédérale revisant les titres dixième et dixième bis du code des obligations (du contrat de travail)*. Il s'agit d'une œuvre législative importante, qui a exigé près de quatre ans de travaux parlementaires. La nouvelle législation entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1972. Certaines des dispositions adoptées ont d'étroits rapports avec la prévoyance professionnelle, le deuxième pilier de la prévoyance-vieillesse, survivants et invalidité, et méritent particulièrement l'attention. Ce sont celles qui ont pour objet les institutions de prévoyance en faveur du personnel et l'indemnité de départ.

### **1. Les institutions de prévoyance en faveur du personnel**

Les nouveaux articles 331 à 331 c ont la teneur suivante:

#### Article 331

- D. Prévoyance en faveur du personnel <sup>1</sup> *Si l'employeur effectue des prestations dans un but de prévoyance ou si les travailleurs versent des contributions à cette fin, l'employeur doit transférer ces prestations et contributions à une fondation, à une société coopérative ou à une institution de droit public.*
- I. Obligations de l'employeur <sup>2</sup> *Lorsque les prestations de l'employeur et les contributions éventuelles du travailleur sont utilisées pour assurer celui-ci contre la maladie, les accidents, sur la vie, en cas d'invalidité ou de décès auprès d'une compagnie d'assurance soumise à surveillance ou auprès d'une caisse-maladie reconnue, l'employeur est délié de l'obligation de transfert prévue à l'alinéa précédent, si le travailleur a une créance directe contre l'assureur au moment où le risque assuré se réalise.*
- <sup>3</sup> *Lorsqu'il incombe au travailleur de verser des cotisations à une institution de prévoyance, l'employeur est tenu de verser parallèlement des contributions au moins égales.*
- <sup>4</sup> *L'employeur donne au travailleur les renseignements nécessaires sur ses droits envers une institution de prévoyance en faveur du personnel ou envers un assureur.*

## Article 331 a

- II. Obligations de l'institution de prévoyance
1. Créance du travailleur
- a. Dans le cas d'un fonds d'épargne
- <sup>1</sup> *Si le travailleur a versé des cotisations d'assurance-vieillesse, survivants ou invalidité à un fonds d'épargne et n'en reçoit pas de prestations à la fin du contrat de travail, il a, envers le fonds, une créance correspondant au moins à ses contributions, y compris les intérêts.*
- <sup>2</sup> *Si les cotisations du travailleur et de l'employeur ou, en vertu d'un accord, de l'employeur seulement, ont porté sur cinq années ou davantage, la créance du travailleur comprend, en plus de ses contributions, une part équitable des contributions de l'employeur, eu égard aux années de cotisations, y compris les intérêts.*
- <sup>3</sup> *Si les cotisations ont porté sur trente années ou davantage, la créance correspond à la totalité du capital constitué par les contributions du travailleur et de l'employeur, y compris les intérêts.*
- <sup>4</sup> *Si le fonds d'épargne est combiné avec une assurance de risque, les montants affectés à la couverture du risque pour la durée des rapports de travail sont imputés sur cette créance.*

## Article 331 b

- b. Dans le cas d'une institution d'assurance
- <sup>1</sup> *Si le travailleur a versé des cotisations d'assurance-vieillesse, survivants ou invalidité à une institution d'assurance et n'en reçoit pas de prestations à la fin du contrat de travail, il a contre elle une créance correspondant au moins à ses contributions, déduction faite des prestations versées en couverture d'un risque pour la durée des rapports de travail.*
- <sup>2</sup> *Si les cotisations du travailleur et de l'employeur ou, en vertu d'un accord, de l'employeur seulement, ont porté sur cinq années ou davantage, la créance du travailleur comprend une part équitable, eu égard aux années de cotisations, de la réserve mathématique calculée au moment où le contrat prend fin.*
- <sup>3</sup> *Si les contributions ont porté sur trente années ou davantage, la créance du travailleur correspond à la totalité de la réserve mathématique.*
- <sup>4</sup> *La réserve mathématique doit être calculée de manière telle que la contre-valeur des contributions futures du travailleur et de l'employeur fixées par règlement vienne en déduction de la contre-valeur des prestations futures, compte tenu d'un éventuel déficit technique.*
- <sup>5</sup> *L'institution de prévoyance peut prévoir une réglementation différente pour déterminer la créance du travailleur, à condition qu'elle soit au moins équivalente pour lui.*

## Article 331 c

### 2. Exécution de l'obligation

<sup>1</sup> *Pour s'acquitter de son obligation correspondant à la créance du travailleur, l'institution de prévoyance constitue en faveur de ce dernier une créance en prestations futures envers l'institution de prévoyance d'un autre employeur, une compagnie d'assurance soumise à surveillance, ou également, dans le cas d'un dépôt d'épargne, envers une banque cantonale.*

<sup>2</sup> *Dans chaque cas, la créance en prestations futures devient exigible selon les prescriptions du règlement de l'institution de prévoyance; avant d'être exigible, elle ne peut être valablement ni cédée, ni mise en gage.*

<sup>3</sup> *L'institution de prévoyance est dispensée de constituer une créance envers un tiers lorsque le travailleur reste affilié une fois que le contrat de travail a pris fin, ou encore si sa créance ne représente qu'un montant insignifiant.*

Ces dispositions sont destinées à remplacer l'article 343 bis, introduit dans le CO par la loi du 21 mars 1958 complétant les dispositions applicables aux contrats de travail et aux fondations (institutions de prévoyance en faveur du personnel). Les nouveaux articles 331 a, 331 b et 331 c ont une portée impérative relative, et ne peuvent être déclarés inapplicables ou modifiés au détriment du travailleur par accord, contrat-type de travail ou convention collective. L'article 331, lui, est absolument impératif, et ne peut pas être modifié, même en faveur du travailleur (art. 361 et 362 nouveaux). L'article 89 bis CCS, relatif au fonds de prévoyance en faveur du personnel, a été retouché également, mais n'a subi que des modifications rédactionnelles. Le délai d'adaptation des statuts et règlements des institutions de prévoyance est de 5 ans dès l'entrée en vigueur de la loi (art. 7 des dispositions transitoires).

On peut se demander quelle est la portée de ces dispositions au moment où s'élabore une nouvelle législation, qui devrait instaurer un régime obligatoire de la prévoyance-vieillesse, survivants et invalidité en faveur des travailleurs (2<sup>e</sup> pilier). Il est admis d'une manière générale que cette révision du CO constitue un premier pas important dans le renforcement du 2<sup>e</sup> pilier. C'est ainsi qu'en cas de changement d'emploi, les droits acquis par les travailleurs envers l'institution de prévoyance seront mieux sauvegardés que par le passé: d'une part les cotisations payées à une telle institution demeureront consacrées au but de prévoyance, et d'autre part, le travailleur conservera dans une certaine mesure les avantages découlant des cotisations payées par l'employeur. Cette réglementation est toutefois considérée comme incomplète parce qu'elle ne vise que les rapports de travail du secteur privé. En outre, elle impose bien à l'employeur qui crée ou finance une institution de prévoyance certaines obligations impératives, mais elle ne l'oblige pas à créer une telle institution ou à y assurer son personnel. Ces lacunes ne pourront être comblées que grâce à une loi spéciale qui reposera sur un nouvel article 34 quater de la Constitution, actuellement en préparation.

## 2. L'indemnité de départ

Les articles 339 b à 339 d obligent l'employeur à verser aux travailleurs âgés, en cas de dissolution du contrat de travail, une indemnité de départ. Les conditions et modalités fixées sont les suivantes:

### Article 339 b

3. Indemnité à raison de longs rapports de travail
- a. Conditions
- <sup>1</sup> *Si les rapports de travail d'un travailleur âgé d'au moins cinquante ans prennent fin après vingt ans ou plus, l'employeur verse au travailleur une indemnité à raison de ces longs rapports de travail.*
- <sup>2</sup> *Si le travailleur meurt pendant la durée des rapports de travail, l'indemnité est versée au conjoint survivant ou aux enfants mineurs ou, à défaut, aux autres personnes en faveur desquelles le travailleur remplissait une obligation d'entretien.*

### Article 339 c

- b. Montant et échéance
- <sup>1</sup> *Le montant de l'indemnité peut être fixé par accord écrit, contrat-type de travail ou convention collective, mais ne doit pas être inférieur au montant du salaire pour deux mois.*
- <sup>2</sup> *Si le montant de l'indemnité n'est pas déterminé, le juge le fixe selon sa libre appréciation, compte tenu de toutes les circonstances; l'indemnité ne doit toutefois pas dépasser le montant du salaire pour huit mois.*
- <sup>3</sup> *L'indemnité peut être réduite ou supprimée si le travailleur a résilié le contrat sans justes motifs, ou si l'employeur l'a résilié avec effet immédiat pour de justes motifs, ou si le paiement de cette indemnité l'exposerait à la gêne.*
- <sup>4</sup> *L'indemnité est due au moment où les rapports de travail prennent fin, mais l'échéance peut en être différée par un accord écrit, par un contrat-type de travail, par une convention collective ou par le juge.*

### Article 339 d

- c. Prestations de remplacement
- <sup>1</sup> *L'employeur n'est pas tenu de payer une indemnité à raison de longs rapports de travail dans la mesure où une institution de prévoyance verse au travailleur des prestations supérieures au montant des contributions qu'il a acquittées, y compris les intérêts dans le cas d'un fonds d'épargne, et déduction faite des montants versés pour la durée des rapports de travail en couverture d'un risque.*

<sup>2</sup> *L'employeur est également libéré de l'obligation de verser une indemnité de départ dans la mesure où il s'engage à payer dans le futur des prestations de prévoyance au travailleur ou les lui fait assurer par un tiers.*

Ces dispositions contribueront à améliorer la situation matérielle des personnes âgées qui doivent arrêter de travailler, encore que les indemnités de départ prévues soient fort modestes en comparaison des prestations que les institutions de prévoyance devront servir un jour si le 2<sup>e</sup> pilier devient obligatoire pour les travailleurs. Il s'agit aussi, comme l'a relevé la Commission du deuxième pilier dans son rapport du 16 juillet 1970 (p. 85), d'un moyen de contrainte indirecte propre à encourager les employeurs à prendre volontairement, en faveur de leur personnel, des mesures de protection appropriées contre les conséquences économiques de la vieillesse et du décès.

## **Problèmes d'application**

### **AVS / AI. Versement de rentes sur un compte de chèques postaux**

*(à propos du N° 1110 des directives concernant les rentes; complément au Bulletin AVS, chiffre marginal 70)*

Selon le N° 1110 desdites directives, on peut utiliser, pour opérer le versement de rentes ou d'allocations pour impotents sur un compte de chèques postaux, en lieu et place d'un avis de virement (formule PTT 435.01), la formule d'assignation de rente 318.162 ou 318.163. Il s'agit là d'une règle spéciale que les PTT avaient acceptée naguère par complaisance à l'égard des caisses de compensation. Les PTT étaient même allés plus loin en se déclarant prêts à rembourser — malgré le travail supplémentaire qui en résultait — les taxes payées pour ces assignations, ce qui revenait à assimiler le trafic de celles-ci au service de virement franc de taxe.

Entre autres mesures de rationalisation du travail, et afin de traiter d'une manière égale tous les titulaires de comptes de chèques postaux, les PTT ont décidé de *supprimer ces faveurs pour la fin de l'année 1971*. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1972, les taxes habituelles seront donc aussi perçues pour les assignations AVS/AI/APG à créditer. La dépense supplémentaire qui en résultera pourra cependant être évitée si les caisses de compensation utilisent des avis de virement pour les paiements en question.

## **AI. Aide en capital: Les ouvriers à domicile<sup>1</sup>**

*(Précisions à propos du N° 66, 3<sup>e</sup> phrase, de la circulaire concernant les mesures de réadaptation d'ordre professionnel)*

Selon le N° 65 de ladite circulaire, une aide en capital visant à permettre à l'intéressé d'entreprendre ou de reprendre une activité ne peut être allouée qu'aux invalides qui sont susceptibles d'être réadaptés et exercent une activité indépendante. Pour déterminer si l'invalidé exerce ou non une activité indépendante, on considère son statut quant aux cotisations AVS. Ainsi, lorsqu'un ouvrier à domicile est traité dans l'AVS comme une personne de condition indépendante, cela ne pose pas de problème. S'il est, au contraire, considéré comme un salarié, il n'a pas droit à l'aide en capital de l'AI, à moins d'être en mesure de prouver qu'il aménage son poste de travail à ses frais pour exercer son activité d'ouvrier à domicile; dans ce cas, il peut être — selon le N° 66, 3<sup>e</sup> phrase, de la circulaire — assimilé à un travailleur indépendant au sens légal de l'AVS et prétendre une aide en capital.

Cependant, pour que celle-ci puisse être accordée à un ouvrier à domicile qui doit être réadapté et exerce une activité salariée, il faut qu'il soit dûment établi que l'intéressé a dû aménager son poste de travail à ses frais; ce fait devra être signalé expressément dans les rapports sur l'instruction du cas adressés à l'OFAS.

## **AI. Termes de revision<sup>2</sup>**

*(complément au chiffre marginal 224 des Directives concernant l'invalidité et l'impotence)*

Selon le chiffre marginal 224, un terme de revision, dans les cas d'octroi d'une demi-rente, doit toujours être fixé pour la fin d'une période de trois ans au plus tard. Il convient de préciser que ce terme doit être considéré comme un délai extrême. Pour les rentiers AI qui retirent de leur activité lucrative un gain proche du 50 pour cent du revenu hypothétique ou vraisemblablement sujet à augmenter, une revision doit, le cas échéant, intervenir d'année en année. Les salariés, notamment, se trouvant en une telle situation devraient en tout cas être tenus de présenter chaque année une attestation de salaire. C'est seulement de cette façon que le degré d'invalidité pourra être déterminé à nouveau en temps voulu. Ceci permet, du même coup, de prévenir dans une large mesure des différends pouvant résulter de l'inobservation par l'assuré de l'obligation de renseigner, et une éventuelle restitution de rente.

<sup>1</sup> Extrait du Bulletin AI N° 137.

<sup>2</sup> Extrait du Bulletin AI N° 135.

## AI. Honoraires des logopédistes<sup>1</sup>

A défaut d'une convention tarifaire générale AI, la rétribution des logopédistes au service d'un centre de traitement ou indépendants doit être fixée en fonction du temps consacré aux traitements et des frais généraux; formation professionnelle et expérience du praticien doivent aussi être prises en considération.

Lorsque l'exécution ambulatoire de mesures logopédiques est confiée à un *centre de traitement* ou à un *logopédiste indépendant*, et que la commission AI n'a pas été informée de la conclusion d'une convention tarifaire, le secrétariat AI compétent devra jusqu'à nouvel ordre transmettre à l'OFAS les factures dont les honoraires mis en compte sont supérieurs à 20 fr. par heure (5 fr. par quart d'heure plein ou entamé).

La réglementation ci-devant n'est pas applicable aux traitements facturés directement par les écoles spéciales. Ces dernières continuent à appliquer la réglementation du chiffre 1, lettre b, de la circulaire qui leur a été adressée le 29 mars 1968 (doc. 15.812), à moins qu'elles ne soient déjà au bénéfice d'un tarif spécial.

### EN BREF

**Coup d'œil  
sur l'activité  
d'un institut  
pour aveugles**

Dans ses rapports annuels, la Société d'aide aux aveugles de la Suisse orientale évoque les principaux événements qui se sont produits dans le secteur la concernant. La RCC publie ci-après, en traduction française, les chapitres consacrés aux deux ateliers d'apprentissage que dirige cette société: l'atelier de travail industriel, l'atelier de métallurgie. Elle les cite bien entendu à titre d'exemple et non pour faire de la publicité.

#### *L'atelier de travail industriel*

Pendant l'exercice, nous nous sommes de nouveau efforcés avant tout de perfectionner le personnel et de développer notre activité. A la fin de l'année,

<sup>1</sup> Extrait du Bulletin de l'AI N° 136.

l'atelier occupait 15 personnes, dont cinq apprentis ou candidats au reclassement. En 1969, il n'y avait que huit invalides dans cet atelier; l'accroissement de l'effectif est dû à des admissions et à des transferts internes. Deux invalides qui ne souffrent pas de déficiences de la vue ont été engagés; cette expérience s'est révélée bonne.

L'activité de notre atelier a fait des progrès certains grâce à l'admission, dans notre clientèle, de nouvelles entreprises. Des travaux d'un genre nouveau sont ainsi venus enrichir notre programme d'apprentissage, tant dans la métallurgie que dans les secteurs de l'électrotechnique et des matières plastiques. Bien des problèmes techniques restent encore à résoudre; il s'agit avant tout de la création d'installations adéquates et de l'acquisition des accessoires propres à faciliter le travail des aveugles et à rationaliser l'exploitation. Diverses rénovations ont pu être faites pendant l'année. L'ancienne salle des denrées alimentaires, complètement démodée, sert à présent de magasin pour les matériaux qui nous sont livrés souvent en grandes quantités. Huit nouvelles armoires de vestiaire ont trouvé place dans le corridor latéral; une place de travail supplémentaire a été installée dans l'ancienne bluterie. L'acquisition d'un affloir a nécessité le déplacement des machines se trouvant dans l'atelier d'émoulage. Deux nouvelles perceuses sont venues compléter heureusement les possibilités de travail dans le secteur métallurgique.

### *L'atelier de métallurgie*

C'est avec satisfaction et reconnaissance que nous pouvons jeter un coup d'œil sur l'année écoulée, consacrée à la réorganisation et au développement. Avec satisfaction, parce que nous avons tous l'impression d'avoir atteint les buts fixés. Avec reconnaissance, parce que nous avons réussi à constituer, avec nos aveugles et déficients visuels, une véritable équipe. Les tâches quotidiennes ont pu, grâce au dévouement des cadres, être accomplies à la satisfaction de tous.

La collaboration de notre organe d'orientation professionnelle avec l'office régional AI de Saint-Gall et d'autres offices régionaux, notamment de la Suisse alémanique, a permis d'accueillir plusieurs déficients visuels dans notre atelier. Deux apprentis et trois ouvriers permanents ont terminé chez nous une formation approfondie et obtenu des emplois à des conditions intéressantes; c'est avec la plus grande joie qu'ils ont pris connaissance des offres de salaire qui leur ont été faites.

La situation qui règne actuellement dans l'industrie des machines continue à être favorable; on a pu, par conséquent, occuper pleinement les ouvriers et instruire les apprentis d'une manière intensive. L'excellent travail effectué par nos ouvriers permanents et apprentis suscite constamment l'admiration de notre clientèle.

Aucun effort n'a été épargné pour donner aux apprentis déficients de la vue, dans notre école professionnelle, un enseignement théorique aussi complet que possible. En outre, les responsables se sont également souciés de l'éducation générale du personnel, ainsi que de l'organisation de ses loisirs. C'est ainsi que les apprentis ont participé, cette année, à leur premier camp de ski, dans des

conditions particulièrement bonnes et avec un plein succès. Certes, ce n'est pas sans quelques appréhensions que la direction a donné le feu vert pour une telle entreprise; mais l'expérience a si bien réussi, elle a laissé un si beau souvenir, que nul ne songe à regretter quoi que ce soit. Les invalides ont eu en outre l'occasion de pratiquer toutes sortes de sports, par exemple la gymnastique et la natation; ils ont même appris à marcher en forêt et à se diriger avec l'aide d'une boussole.

Nous tenons à remercier ici tous nos amis et clients, les organes de l'AI, ainsi que les responsables de notre atelier, de leur collaboration et de leur bienveillance.

## BIBLIOGRAPHIE

Friedrich Bittmann: **Leistungsverhalten bei körperbehinderten Kindern.** Empirische Untersuchungen zum Anspruchsniveau und zur Leistungsmotivation bei Kindern mit zerebralen Bewegungsstörungen. 120 pages. Fascicule 5 des « Schriften zur Körperbehindertenpädagogik und ihren Grenzgebieten ». Carl Marhold, librairie-éditeur, Berlin-Charlottenburg, 1971.

Mauro Martinoni: **Die Behandlung der Debilität.** Neue Erfahrungen und Methoden. 156 pages. Editions Hans Huber, Berne 1970.

**Aktuelle Probleme der deutschen Sozialversicherung.** Numéro spécial du « Bundesarbeitsblatt », fascicule 9 de 1970, publié à l'occasion de la XVII<sup>e</sup> assemblée générale de l'AISS (Association internationale de la sécurité sociale) à Cologne en 1970. Contient notamment les articles suivants (en allemand, avec résumés en français et en anglais):

*Les tendances internationales de développement en matière de sécurité sociale*, pp. 554-564;

*Le rôle de l'assurance invalidité-vieillesse dans le cadre général des prestations de vieillesse, d'invalidité et de survivants*, pp. 568-574;  
*Problèmes de l'âge de la retraite*, pp. 582-588. Editions W. Kohlhammer, Cologne 1970.

Flexibilität der Altersgrenze. Tome 2 des « Veröffentlichungen der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie ». 134 pages avec tableaux et graphiques. Editions Dietrich Steinkopf, Darmstadt, 1969.

## INFORMATIONS

### Interventions parlementaires

Petite question  
von Arx  
du 25 janvier 1971

Voici la réponse du Conseil fédéral donnée le 19 mai 1971 à la question von Arx (RCC 1971, p. 86):

« Le Conseil fédéral connaît l'importance de la télévision pour les personnes du troisième âge. Comme un très grand nombre d'entre elles regardent la télévision surtout l'après-midi et au début de la soirée, la Société suisse de radiodiffusion et télévision s'efforce de faire figurer plus de questions intéressant les personnes qui ont dépassé 65 ans à ses programmes de l'après-midi. Ainsi, celui du jeudi à la télévision de la Suisse alémanique comprend, à titre d'essai depuis le début de l'année, un cycle intitulé « Da capo » composé d'émissions récréatives et incitant à la réflexion, qui avaient déjà figuré précédemment au programme du soir. Ces émissions sont adaptées aux goûts et besoins des téléspectateurs âgés. Cependant, dans les émissions de l'après-midi, il faut également tenir compte des désirs d'autres groupes de la population, par exemple des femmes, des enfants et des malades.

» La Société suisse de radiodiffusion et télévision arrêtera ses programmes futurs selon les expériences qu'elle fait actuellement et cherchera à répondre aux désirs divergents des divers groupes de téléspectateurs. »

Petite question König  
du 16 juin 1971

Le Conseil fédéral a donné, en date du 1<sup>er</sup> septembre 1971, la réponse suivante à la question König (RCC 1971, p. 340):

« Les caisses de compensation paient actuellement, en Suisse, environ un million de rentes AVS et AI. A cet effet, la poste reçoit chaque mois environ 850 000 ordres de paiement; il arrive souvent qu'un ordre concerne plusieurs rentes (par exemple rente d'invalidité avec rentes complémentaires pour les proches, rente de veuve avec rentes d'orphelins). Plus de 700 000 bénéficiaires reçoivent leur rente à leur domicile, où elle leur est apportée par le facteur; dans 150 000 cas environ,

le paiement se fait sur le compte de chèque postal ou sur le compte en banque de l'ayant droit, est adressé à son tuteur, à une autorité d'assistance, à un établissement ou à un tiers.

Le système actuel de versement des rentes sur un compte en banque a été adopté naguère après entente avec l'Association suisse des banquiers; pour empêcher que des rentes ne soient versées à tort, il avait alors été jugé nécessaire de prendre certaines mesures de précaution. Cependant, vu les expériences faites depuis lors, l'OFAS et ladite association ont entrepris d'examiner, il y a quelque temps déjà, de quelle manière le système en vigueur pourrait être simplifié. Cet examen est à présent terminé; un nouveau système sensiblement moins compliqué, où l'on renonce au compte particulier et à la procuration limitée dans le temps, va être appliqué très prochainement. »

Petite question  
Hofstetter  
du 21 juin 1971

Le Conseil fédéral a donné, en date du 1<sup>er</sup> septembre 1971, la réponse suivante à la question Hofstetter (RCC 1971, p. 341):

« Seules sont considérées comme mesures de réadaptation proprement dites de l'AI, dont l'assurance doit assumer les risques en vertu de l'article 11, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, les prestations en nature que l'AI prescrit elle-même et fait appliquer, exclusivement à ses frais, par des tiers qualifiés (hôpitaux, centres de réadaptation, etc.). Etant donné que les rentes sont accordées seulement lorsque les possibilités de réadaptation ont été épuisées, et qu'il existe ainsi une obligation indirecte de se soumettre aux mesures de réadaptation, il est justifié, dans ces cas-là, que l'AI assume la responsabilité des conséquences de maladies ou d'accidents survenant pendant la réadaptation.

En revanche, lorsqu'il s'agit d'une formation scolaire spéciale ou d'une formation professionnelle initiale, l'AI se borne à verser des contributions aux frais des mesures adéquates. C'est l'assuré ou son représentant légal, mais non pas l'assurance, qui est responsable de l'exécution de ces mesures. C'est pourquoi il ne semble pas justifié d'admettre une responsabilité de l'AI pour des maladies et accidents qui surviennent pendant cette exécution.

Le Conseil fédéral estime que les règles qui se dégagent de l'interprétation donnée par le TFA à l'article 11, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI correspondent aux intentions du législateur. Il est prêt, néanmoins, à reconsidérer la question, lors d'une révision de la loi sur l'AI, en tenant compte des expériences faites. »

Petite question  
urgente Allgöwer  
du 20 septembre 1971

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

« Depuis la dernière révision de l'AVS et de l'AI, la vie a tellement renchéri que l'augmentation des rentes entrée en

vigueur à l'époque n'a pour ainsi dire plus d'effet, en particulier pour les personnes touchant des rentes minimales.

Le Conseil fédéral est-il prêt à soumettre aux conseils législatifs, durant la session de décembre, un projet urgent prévoyant une allocation de renchérissement de 10 pour cent dès le 1<sup>er</sup> janvier 1972? Cette allocation est d'une urgente nécessité même si les conseils législatifs devaient s'occuper de la 8<sup>e</sup> revision au cours des prochaines années.»

#### Interventions parlementaires acceptées

Le Conseil national a accepté les postulats suivants en date du 5 octobre:

*Postulat Bachmann*, du 27 janvier 1971, concernant le régime des rentes partielles de l'AVS/AI (RCC 1971, p. 144). Dans sa réponse, le conseiller fédéral a signalé les solutions proposées par le message sur la 8<sup>e</sup> revision de l'AVS, qui sera publié prochainement.

*Postulat Chopard*, du 18 mars 1971, concernant les rentes pour assurés qui sont invalides depuis leur naissance ou leur enfance (RCC 1971, p. 187). A ce propos, le conseiller fédéral déclare que les modifications proposées exigent une revision de l'art. 26 RAI. Il faudra donc examiner, à l'occasion des remaniements de l'AI nécessités par la 8<sup>e</sup> revision de l'AVS, si les règles actuelles peuvent être améliorées dans ce sens. En ce qui concerne le montant des rentes ou d'un supplément spécial, une solution a déjà été entrevue lors des délibérations de la Commission de l'AVS/AI.

*Second postulat Chopard*, du 18 mars 1971, concernant les APG (RCC 1971, p. 187). Le Conseil fédéral estime qu'une adaptation des APG à l'évolution des prix et des salaires, telle que la demande l'auteur du postulat, ne s'impose pas encore. M. Tschudi rappelle à ce propos que les prestations ont subi une forte hausse en 1969 et qu'une grande partie des allocations (comprises entre le minimum et le maximum) sont calculées en pour-cent des salaires, ce qui fait qu'elles suivent l'évolution de ceux-ci. D'ailleurs, une augmentation des taux APG nécessiterait une hausse des cotisations, ce qui compliquerait encore le problème de la fixation des futures cotisations AVS/AI. Néanmoins, le Conseil fédéral va faire examiner cette question, de manière qu'un projet de revision des APG puisse être soumis aux Chambres d'ici à la fin de l'année 1973, au plus tard.

#### Les fonds de compensation AVS/AI/APG en 1970

Le Conseil fédéral a approuvé, le 4 octobre 1971, le rapport du conseil d'administration sur les fonds de compensation AVS/AI/APG. Voici le communiqué de presse publié à cette occasion:

Les prestations en espèces et en nature assumées par les trois institutions sociales se sont élevées à 3778,1 millions de francs, dont 2983,0 millions pour l'AVS, 574,1 pour l'AI et 221,0 millions pour les APG. Les cotisations perçues des assurés et des employeurs se sont montées à 3048,7 millions de francs. Les contributions de la Confédération et des cantons, versées aux Fonds, ont été de 887,3 millions de francs, dont 591,0 millions pour l'AVS et 296,3 millions pour l'AI. En outre, les placements des capitaux des Fonds de compensation ont produit une somme de 300,5 millions de francs d'intérêts, y compris les réévaluations. Après déduction des frais d'application et d'administration, qui sont à la charge des Fonds de compensation et se sont élevés à 35,9 millions de francs, les excédents de recettes ont été de 434,1 millions de francs pour l'AVS et de 3,1 millions pour l'AI, tandis que les APG se sont soldées par un déficit de 14,7 millions. Pour l'ensemble des trois institutions sociales, l'excédent de recettes a été de 422,5 millions de francs.

Pour la fin de l'année 1970, il fut nécessaire de mettre en réserve un supplément de liquidités, en prévision de l'augmentation des rentes et des allocations pour impotents de l'AVS et de l'AI entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1971.

Au cours de l'exercice, on a disposé d'une somme de 240,6 millions de francs, comprenant également les amortissements, pour effectuer des nouveaux placements fermes, lesquels se répartissent comme suit: 112,2 millions de francs (46,6 %) auprès de communes et d'associations de communes, 90,0 millions (37,5 %) au total auprès des centrales des lettres de gage et des banques cantonales; en outre, des prêts ont été accordés pour une somme de 20,1 millions de francs (8,4 %) à des cantons et 18,0 millions (7,5 %) à des entreprises semi-publiques.

L'ensemble de tous les capitaux des Fonds de compensation placés fermes s'est augmenté de 158,9 millions, au cours de l'exercice, pour atteindre la somme de 7756,0 millions de francs. En voici la répartition par catégories d'emprunteurs et en millions de francs: Confédération: 206,0 (2,7 %); cantons: 1157,5 (14,9 %); communes: 1201,9 (15,5 %); centrales des lettres de gage: 2292,7 (29,6 %); banques cantonales: 1548,1 (19,9 %); corporations et institutions de droit public: 105,7 (1,4 %); entreprises semi-publiques: 1244,1 (16,0 %).

Le rendement brut moyen des nouveaux placements est de 6,15 % et celui de l'ensemble des placements de 4,05 %.

Le rapport contient un exposé sur la pratique suivie par le conseil d'administration en matière de placement des capitaux, dont il y a lieu de relever que les investissements sont effectués selon un ordre de priorités bien déterminé. En premier lieu, des prêts sont accordés lorsqu'ils sont en rapport direct avec les trois assurances sociales, soit pour des œuvres en faveur des personnes âgées, des survivants et des invalides,

ainsi que des militaires, le cas échéant. Une importante part des capitaux est destinée à des constructions d'écoles et d'autres bâtiments d'instruction et de formation, comme aussi à l'édification d'hôpitaux et d'hospices prodiguant des soins. Sont également favorisées les constructions d'immeubles locatifs en général et à caractère social, avec les équipements de terrains et les moyens de communications indispensables. Ces dernières années, d'importants emprunts ont été contractés pour financer des travaux de protection de l'environnement. Des prêts ne sont octroyés pour d'autres dépenses d'infrastructure que si l'urgence en est vérifiée du point de vue de l'économie politique.

**Allocations familiales  
dans le canton  
de Schaffhouse**

Le 23 août 1971, le Grand Conseil a décidé de relever, avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 1972, de 30 à 40 francs par mois et par enfant le taux des allocations pour enfants. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 1973, l'allocation pour enfant sera de 50 francs par mois et par enfant.

**Allocations familiales  
dans le canton de  
Neuchâtel**

Par arrêté du 14 septembre 1971, le Conseil d'Etat a décidé de relever de 45 à 50 francs l'allocation pour enfant, de 70 à 80 francs l'allocation de formation professionnelle et de 25 à 30 francs l'allocation pour enfant versée aux salariés étrangers dont les enfants vivent hors de Suisse.

L'arrêté est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 1971.

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

Page 6, Conseil d'administration du Fonds de compensation AVS — Centrale de compensation — Caisse suisse de compensation.

Page 10, Caisse de compensation 27, Suisses de l'étranger.

Page 28, Commission AI pour les assurés à l'étranger:

Nouveau numéro de téléphone: (022) 31 02 01.

Les autres données ne changent pas.

**Nouvelles  
personnelles**

M. *Jean-Pierre Amsler* a été nommé, au 1<sup>er</sup> octobre 1971, adjoint II et suppléant du chef de la section « Comptabilité et organisation technique »;

M. *Jean-Marie Bourquin* a été nommé, pour la même date, adjoint scientifique II et suppléant du chef de la section « Subventions aux frais d'exploitation et tarifs ».

Ces deux fonctionnaires font partie de l'OFAS (AVS/AI/APG/PC).

# JURISPRUDENCE

---

## Assurance-vieillesse et survivants

### COTISATIONS

*Arrêt du TFA, du 29 mars 1971, en la cause St. S.A. (traduction de l'allemand).*

**Article 4 LAVS.** Les royautés de licences ne représentent un revenu de l'activité lucrative que si, au-delà de la conclusion du contrat de licence, une activité personnelle de l'inventeur subsiste, qui soit liée à l'exploitation de l'invention. (Considérant 1.)

Même si l'inventeur ne participe plus au développement de l'invention ni à sa mise en œuvre technique, il faut néanmoins admettre qu'il exerce encore une activité à ce titre aussi longtemps qu'il travaille au service de celui qui exploite l'invention. (Considérant 2.)

**Article 135, en corrélation avec les articles 156, 2<sup>e</sup> alinéa, et 159, 2<sup>e</sup> alinéa, OJ.** Les frais judiciaires ne peuvent normalement pas être exigés de la Confédération. Celle-ci doit cependant allouer des dépens à la partie gagnante. (Considérant 5.)

*Articolo 4 della LAVS. I diritti di licenza rappresentano reddito di un'attività lucrativa, solo quando, dopo la conclusione del contratto di licenza, l'inventore continua un'attività personale, in modo tale da essere legato allo sfruttamento dell'invenzione stessa. (Considerando 1.)*

*Anche se l'inventore non si occupa più dell'ulteriore sviluppo e della ricerca di soluzioni tecniche dell'invenzione si dovrà supporre una tale attività sino a quando l'inventore rimane al servizio di colui che sfrutta l'invenzione. (Considerando 2.)*

*Articolo 135 in relazione con gli articoli 156, capoverso 2, e 159, capoverso 2, dell'OG. Le tasse di giustizia non possono, di regola, essere poste a carico della Confederazione. La stessa deve però pagare un'indennità a titolo di rimborso spese alla parte vincente. (Considerando 5.)*

R. G. a fait breveter une invention en 1948. En 1952, il a cédé à l'entreprise St. S.A., qui l'employait, une licence concernant son invention et reçu, en contrepartie, des royautés proportionnelles au chiffre d'affaires. R. G. n'a pas contribué à la mise en valeur et au perfectionnement de son invention. En 1964, il a quitté la maison

St. S.A. Là-dessus, les parties conclurent un arrangement aux termes duquel R. G. se verrait indemniser forfaitairement de ses prétentions découlant du contrat de licence.

Jusqu'à la cessation des rapports de service, la maison St. S.A. a payé les cotisations paritaires sur les royautés. La caisse de compensation ayant demandé que des cotisations soient aussi versées sur l'indemnité forfaitaire, la maison St. S.A. a recouru contre cette décision. La commission cantonale de recours a dénié à l'indemnité la qualité d'un revenu du travail et a admis le recours. Le recours de droit administratif interjeté par l'OFAS a été rejeté par le TFA, qui a émis les considérants suivants:

1. Selon la jurisprudence en vigueur (cf. ATFA 1957, p. 178 = RCC 1958, p. 26; ATFA 1958, p. 105 = RCC 1958, p. 350; ATFA 1966, p. 206 = RCC 1967, p. 298), on ne peut pas donner une réponse générale à la question de savoir si les indemnités versées à un donneur de licence représentent un revenu du travail au sens des articles 4 à 9 LAVS, ou au contraire un revenu du capital non soumis à cotisations. Selon l'article 4 LAVS et l'article 6, 1<sup>er</sup> alinéa, RAVS, est considéré comme revenu d'une activité lucrative tout gain provenant d'une activité quelconque et qui augmente la capacité contributive de l'assuré. Dans les cas particuliers, il y a lieu de se fonder sur la relation existant entre le revenu de la licence et la personne du bénéficiaire, ainsi que son activité lucrative. Le titulaire d'une invention peut, il est vrai, en concédant un droit de licence exclusif, se départir de son droit de façon telle qu'il ne détient plus aucune influence sur la mise en valeur et le perfectionnement ultérieur de l'invention, et ne détient alors même plus aucun droit de regard. Les royautés ne représentent alors plus que le prix pour la cession d'un droit, c'est-à-dire la contrevaletur d'un bien aliéné par le donneur de licence. On est alors en présence d'un revenu du capital (ATFA 1957, p. 179 = RCC 1958, p. 26). Jusqu'ici, le TFA n'a admis qu'une seule fois l'existence d'un tel revenu (RCC 1951, p. 236). Dans tous les autres cas, les juges fédéraux ont estimé qu'ils étaient en présence d'un gain du travail.

Les royautés de licence ne représentent un revenu du travail que si l'inventeur continue, après la conclusion du contrat de licence, à exercer une activité personnelle qui soit liée à l'exploitation de l'invention. Ce n'est donc pas la conclusion du contrat en soi, mais le caractère de l'activité exercée après celle-ci qui est déterminant pour décider si des royautés sont un revenu provenant d'une activité dépendante ou indépendante (ATFA 1957, p. 181 = RCC 1958, p. 26). Selon la jurisprudence, il y a un revenu provenant d'une activité salariée notamment lorsque l'inventeur est tenu de collaborer personnellement à la mise en valeur de la licence par un travail dépendant, exécuté dans l'entreprise du preneur de licence. Il y a lieu au contraire d'admettre que le revenu provient d'une activité lucrative indépendante lorsque l'inventeur exploite lui-même son invention, à titre personnel ou en tant que partenaire d'une société de personnes; l'activité est aussi indépendante lorsqu'une tierce personne exploite des brevets à titre professionnel. Pour l'inventeur de métier, tout effort professionnel fait partie de l'activité lucrative si l'obtention d'un revenu est liée au produit du travail. En pareils cas, on peut s'abstenir d'examiner si l'inventeur participe réellement et personnellement, sous une forme quelconque, à l'exploitation de l'invention (ATFA 1966, p. 206 = RCC 1967, p. 298, et les arrêts qui y sont cités).

2. R. G. n'est pas un inventeur de métier. En revanche, il est resté au service de St. S.A. après son invention et durant les années qui suivirent la conclusion du contrat de licence. Ses relations avec la mise en valeur de l'invention n'ont donc

pas été complètement rompues, même si — selon ses dires et ceux de l'intimée — il n'a pas, par la suite, collaboré à son perfectionnement ni à la recherche de solutions techniques. Les royautés touchées par lui pendant les rapports de service ont donc avec raison été considérées comme un revenu du travail. Il en va de même des versements effectués en 1964, après la cessation des rapports de service. St. S. A. a, d'ailleurs, elle-même déclaré dans le recours de première instance qu'il s'agissait en l'occurrence d'indemnités se rapportant encore à une période antérieure à la cessation des rapports de service.

La cessation de ces rapports et l'accord conclu en juillet 1965 ont cependant modifié la situation: R. G. n'a pas seulement confirmé la cession de tous ses droits d'inventeur à St. S. A.; il a encore renoncé à toute influence et à tout droit de regard sur l'exploitation du brevet. Les royautés versées à partir de 1965 n'ont ainsi plus de relation avec une des activités que R. G. aurait exercées depuis lors. Elles représentent seulement la contre-valeur d'un bien cédé, en l'occurrence la cession d'un droit immatériel. La caisse de compensation a dès lors bien agi en regardant R. G., pour 1968, comme une personne sans activité lucrative et en considérant les royautés comme rentes et non pas comme le revenu du travail (cf. la décision de cotisations du 2 juin 1970). L'OFAS reconnaît d'ailleurs lui-même, dans le recours de droit administratif, qu'aucune condition exigée par la jurisprudence n'est satisfaite, en l'espèce, qui permettrait de considérer les indemnités versées depuis 1965 comme un gain du travail.

3. L'OFAS exprime cependant l'opinion que les royautés touchées par un inventeur sont toujours un gain du travail. Dans un arrêt (ATFA 1966, p. 158 = RCC 1967, p. 38), le tribunal s'est déjà prononcé sur cette question sans toutefois l'approfondir. L'OFAS justifie aujourd'hui son point de vue de la façon suivante: Toute invention présuppose une activité créatrice donnant naissance à une propriété intellectuelle. L'inventeur peut aliéner son droit à celle-ci ou le commercialiser par l'intermédiaire d'un tiers. S'il en dispose ainsi, l'avantage qu'il en retire représente — du point de vue du droit privé — dans le premier cas un prix de vente, dans le second cas une royauté de licence. Du point de vue de l'AVS, l'élément décisif est toutefois que le patrimoine découle du propre travail de l'inventeur. La contre-prestation apparaît donc — à l'instar du revenu qu'obtient un fabricant en vendant les produits qu'il manufacture — comme la rémunération du travail fourni pour réaliser l'invention, c'est-à-dire comme un gain du travail.

Cette thèse séduit au premier abord par sa simplicité et par sa concordance avec la doctrine du droit fiscal, qui considère le rendement d'un bien immatériel créé par le contribuable lui-même comme le revenu d'une activité (cf. Känzig, *Die Eidg. Wehrsteuer*, Nos 116 et 74/75 à propos de l'article 21 de l'arrêté sur l'IDN). Cependant, la simplicité de cette thèse ne donne pas lieu à des solutions pratiques aussi simples, comme on le verra encore plus loin. En droit fiscal, la question est pratiquement sans portée, le revenu du travail et le rendement du capital étant tous deux imposés au même titre. Les royautés de licence tombent soit sous le coup de l'article 21, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre a, de l'arrêté sur l'IDN, en tant que revenu du travail, soit sous la lettre c du même article, en tant que rendement du capital. Elles font donc toujours partie du revenu imposable.

L'opinion de l'Office fédéral paraît en outre renforcée par le fait que, jusqu'ici, le TFA n'a jamais dissocié entre elles les deux composantes des royautés, à savoir d'une part la rétribution du travail créateur qui a conduit à l'invention et d'autre part la rémunération du travail fourni après coup pour exploiter l'invention. Le tribunal n'a toutefois jamais rejeté le principe d'une telle dissociation, mais s'est

borné à constater que, dans les cas dont il avait à connaître, la preuve de la valeur fiscale du brevet dont l'intérêt pouvait être déduit du montant des royautés n'a jamais été apportée.

Enfin, la thèse exposée dans le recours de droit administratif est en quelque sorte la contrepartie de la jurisprudence énoncée au sujet de l'obligation, pour l'employeur, de payer des cotisations paritaires sur le salaire versé seulement après la cessation des rapports de service. Cette jurisprudence distingue entre la dette de cotisations et son échéance (cf. ATFA 1969, p. 89 = RCC 1969, p. 460). Elle se rapporte cependant uniquement aux cotisations paritaires, c'est-à-dire à des cas où le rapport entre l'activité exercée et le salaire est manifeste et où l'intervalle entre la cessation de l'activité et le versement de la rémunération ne saurait être important. Il s'agit enfin de cas régis par l'article 14, 1<sup>er</sup> alinéa, LAVS en ce qui concerne l'échéance des cotisations. Or, l'article 14, 2<sup>e</sup> alinéa, LAVS, ici applicable, institue à cet égard une réglementation nettement différente. Il en va de même des normes réglementaires relatives à la fixation et au paiement des cotisations sur le revenu provenant de l'exercice d'une activité lucrative indépendante. Si l'activité qui a mené à la création de l'invention, et dont l'inventeur s'est distancé en cédant le brevet ou une licence à un tiers, était considérée comme déterminante, il faudrait imputer à cette activité la totalité des royautés versées à l'inventeur au cours de toutes les années suivantes, ce qui ne manquerait pas d'avoir de fâcheuses conséquences; et si l'on voulait — comme pour le goodwill — se fonder sur la valeur de l'invention au moment où prend fin l'activité créatrice, il serait quasi impossible de déterminer cette valeur sans tomber dans l'arbitraire, en raison de l'absence d'indices permettant d'évaluer les droits de licence ultérieurs.

4. On ne peut par ailleurs pas se rallier à la thèse de l'Office fédéral pour les raisons suivantes: Si l'activité qui a permis d'engendrer l'invention était seule déterminante, il faudrait alors, en bonne logique, ignorer tout rapport quelconque avec l'activité ultérieure. Or, l'activité créatrice est en général exercée librement. Les royautés, même versées par l'employeur, ne seraient alors pas une part intégrante du salaire et devraient être qualifiées de revenu tiré d'une activité indépendante. Des exceptions ne seraient possibles que dans les cas où l'inventeur aurait déployé son activité créatrice dans le cadre d'un travail rémunéré. Ces cas sont d'autant plus rares que le profit tiré de l'invention revient alors normalement à l'employeur. D'ailleurs, en de tels cas, la situation deviendrait inextricable, dès l'instant que l'inventeur viendrait à changer d'emploi.

Au surplus, la valeur de l'invention, c'est-à-dire le montant payé en contrepartie du droit d'exploiter l'invention, ne serait mesurée qu'en fonction de l'activité créatrice originelle. Une telle conception serait artificielle. En effet, la collaboration de l'inventeur au développement et à l'application pratique de son invention exerce souvent une influence considérable sur sa valeur et, partant, sur l'importance des royautés. Ou alors ces royautés devraient être dissociées en fonction de leurs deux composantes, à savoir d'une part la rémunération de l'activité créatrice, et d'autre part l'indemnité pour la contribution au perfectionnement de l'invention et de son application technique. La jurisprudence n'a certes pas écarté l'idée d'une telle dissociation, mais celle-ci n'a pratiquement jamais pu être effectuée; elle exigerait dans chaque cas une estimation difficile, le plus souvent arbitraire, de la part des droits de licence imputable à l'activité créatrice originelle (en général indépendante) et de celle qui se rapporte à l'activité ultérieure (en général dépendante).

Il ressort de ces explications que la jurisprudence appliquée jusqu'ici en la matière rend mieux compte des circonstances économiques et juridiques des cas qui

se présentent et le fait mieux que la thèse défendue par l'Office fédéral, thèse dont l'application pratique soulèverait des problèmes quasiment insolubles. Il y a donc lieu de confirmer cette jurisprudence, ce qui conduit, dans le cas présent, au rejet du recours de droit administratif (cf. considérant 2).

5. D'après l'article 156 OJ (cf. art. 135 OJ), applicable aux litiges en matière d'assurances sociales, les frais judiciaires sont normalement mis à la charge de la partie qui succombe (1<sup>er</sup> al.). En revanche, selon le 2<sup>e</sup> alinéa, ces frais ne peuvent normalement pas être exigés de la Confédération, des cantons ou des communes lorsque, sans que leur intérêt pécuniaire soit en cause, ceux-ci s'adressent au TFA dans l'exercice de leurs attributions officielles.

Dans les litiges portant sur des cotisations d'assurance, des frais peuvent être en principe demandés à la partie qui succombe (art. 134 OJ). Toutefois, l'OFAS ne peut, dans ce litige, être condamné aux frais, car il n'a en l'espèce (ni la Confédération qu'il représente) aucun intérêt pécuniaire à l'issue du procès.

L'OFAS doit en revanche allouer dans ce cas des dépens à l'intimé qui a obtenu gain de cause (art. 159 OJ). R. G. ayant en l'espèce, à la forme comme au fond, la situation d'une partie gagnante, celui-ci a, envers l'OFAS, une créance en allocation de ces dépens.

*Arrêt du TFA, du 1<sup>er</sup> avril 1971, en la cause J. S. (traduction de l'allemand).*

Articles 4 et 9, 1<sup>er</sup> alinéa, LAVS. Les royautés provenant de l'exploitation systématique de procédés chimiques tenus secrets et de droits de marque représentent le revenu d'une activité lucrative indépendante et non le produit d'un capital. (Confirmation de la jurisprudence.)

La rubrique sous laquelle les royautés ont été déclarées à l'autorité fiscale apporte un indice valable pour la qualification AVS de ces rétributions.

*Articoli 4 e 9, capoverso 1, della LAVS. Diritti di licenza provenienti dallo sfruttamento sistematico di formule chimiche tenute segrete e da diritti di tutela dei marchi non rappresentano provento da capitale, ma reddito di un'attività lucrativa indipendente. (Conferma della giurisprudenza.)*

*Il modo con cui questi diritti di licenza sono stati specificati nella dichiarazione dei redditi, costituisce un indizio per la loro valutazione secondo i principi legali dell'AVS.*

Le recourant détient des formules secrètes et des droits de marque dans le domaine des produits chimiques. De 1952 à 1965 il a pris avec plusieurs maisons étrangères des contrats de licence portant sur ces droits et formules. La caisse de compensation a considéré les gains obtenus de la sorte comme provenant d'une activité lucrative indépendante et a réclamé les cotisations dues sur ceux-ci.

Le recourant ayant objecté que les royautés constituent le produit d'un capital, l'autorité juridictionnelle de première instance rejeta le recours. Le TFA, à son tour, écarta le recours de droit administratif interjeté contre le jugement cantonal. Voici un extrait des considérants de son arrêt:

1. ...

2. Est litigieuse, en l'espèce, la manière dont doivent être traitées, du point de vue des cotisations, les royautés touchées par le recourant et qui ont des origines juridiques différentes. Les unes proviennent de procédés chimiques tenus secrets, les

autres de droits de marque. Il s'agit là, incontestablement, de droits qui peuvent faire l'objet d'un contrat de licence et qui sont, par la jurisprudence, assimilés à ceux pour lesquels des licences au sens de la législation sur les brevets peuvent être octroyées (cf. ATFA 1967, p. 223 = RCC 1968, p. 418). En ce qui concerne l'exploitation des procédés chimiques, le recourant allègue, dans son recours de droit administratif, n'avoir exercé aucune activité de 1963 à 1969 et ne même pas avoir contrôlé les échantillons. L'entreprise bénéficiaire de la licence l'a confirmé par une lettre du 1<sup>er</sup> avril 1970. Cette affirmation est plausible. Le recourant relève, en outre, qu'à l'égard de ceux qui ont pris des licences sur ses droits de marque, sa collaboration s'est bornée à des contrôles intermittents, tels qu'ils sont prescrits par les législations nationales, afin d'éviter la déchéance des droits. L'assuré allègue également, d'une manière vraisemblable, que par suite de son transfert des Etats-Unis en Suisse, effectué il y a plusieurs années, les conditions qui lui auraient permis l'exercice de son droit de regard ne sont plus remplies; dans tous les cas, il n'en fait plus guère usage. Selon la jurisprudence, on doit s'en tenir, pour appliquer les normes impératives de l'AVS, aux faits tels qu'ils apparaissent aux yeux des tiers sans considérer d'éventuels arrangements internes qui pourraient en différer. Il n'en va autrement que lorsque les apparences ne correspondent manifestement pas à la réalité (ATFA 1966, p. 166 = RCC 1967, p. 130), ce qui est précisément le cas en l'espèce.

La caisse de compensation fait cependant avec raison observer que le recourant se désigne lui-même, dans sa déclaration fiscale, comme un fabricant qui exploite systématiquement les droits de fabrication et de marque ayant fait l'objet des contrats dont la conclusion s'échelonne de 1952 à 1965. En outre, selon l'OFAS, les nombreux procédés de fabrication et droits de marque que détient le recourant montrent clairement que la conclusion de contrats ainsi répartis dans le temps impliquait des connaissances techniques particulières et une activité professionnelle conçue en vue d'un but préalablement établi. Il est vrai que le recourant a acheté une partie de ces droits. Pour l'acquisition de ceux-ci, on ne voit pas très bien en quoi des aptitudes professionnelles auraient été nécessaires. Toutefois, l'enquête a révélé que le recourant a déclaré les revenus provenant des licences sous la rubrique des gains d'une activité accessoire, jusqu'en 1965, et dès 1966 comme le revenu de l'activité lucrative principale et non comme le produit d'une fortune.

Pour l'appréciation juridique de toutes ces circonstances, il faut mettre sur le même pied les procédés et les droits de marque détenus par le recourant. Il s'agit ici de moyens analogues, dont l'exploitation économique à l'aide de contrats de licence présente un caractère non pas fortuit, mais systématique. L'activité en cause ne saurait être considérée comme la simple gestion d'une fortune visant à maintenir la substance de celle-ci et à en assurer les produits. En effet, celui qui, d'une manière aussi persévérante que le recourant, s'efforce d'augmenter son revenu et d'accroître sa fortune — le revenu a passé de 56 000 francs en 1959 à 234 373 francs en 1966, avec une régularité presque constante — ne limite pas son activité à la gestion d'une fortune, mais exerce une activité lucrative. On peut se dispenser d'examiner dans quelle mesure l'exercice des droits de contrôle était nécessaire à cet effet. Il faut ainsi admettre que le recourant avait de bonnes raisons pour déclarer au fisc les gains tirés de ses licences comme le revenu d'une activité lucrative.

L'exploitation systématique des droits appartenant au recourant constitue donc, d'après la jurisprudence, l'exercice d'une activité lucrative. Les gains qui en sont tirés représentent ainsi le revenu d'une activité lucrative, sur lequel des cotisations doivent être payées. Cela étant, le recours de droit administratif n'est pas fondé.

*Arrêt du TFA, du 10 mars 1971, en la cause maison X et consorts (traduction de l'allemand).*

Article 132 en corrélation avec l'article 105, 2<sup>e</sup> alinéa, OJ. Même si le TFA ne peut examiner l'état des faits que d'une manière restreinte, comme c'est le cas dans les litiges portant sur des cotisations, il le fait tout de même d'office et dans les limites qui lui sont fixées. (Considérant 1.)

Articles 5, 2<sup>e</sup> alinéa, et 9, 1<sup>er</sup> alinéa, LAVS. La délimitation à effectuer entre le salaire déterminant et le revenu tiré d'une activité indépendante ne se fonde pas sur des critères de droit civil. (Confirmation de la jurisprudence; considérant 2.)

Article 5, 2<sup>e</sup> alinéa, LAVS. Les personnes qui utilisent les locaux et les machines de celui pour qui elles travaillent, qui sont rétribuées d'après le résultat des travaux exécutés et se trouvent ainsi, en fait, dans une situation dépendante, exercent une activité lucrative salariée. Peu importe, à cet égard, que les relations soient désignées comme des rapports entre partenaires égaux. (Considéranants 3 et 4.)

*Articolo 132, in collegamento con l'articolo 105, capoverso 2 dell'OG. Anche se il TFA può verificare solo in modo limitato lo stato dei fatti, come nel caso delle contestazioni sui contributi, questo accertamento avviene, in questi limiti, ugualmente d'ufficio. (Considerando 1.)*

*Articolo 5, capoverso 2, e articolo 9, capoverso 1 della LAVS. La delimitazione tra il salario determinante ed il reddito proveniente da un'attività lucrativa indipendente non si basa sui criteri del diritto civile. (Conferma della giurisprudenza; considerando 2.)*

*Articolo 5, capoverso 2 della LAVS. Le persone, che utilizzano i locali e le macchine di colui per conto del quale lavorano, che sono retribuite secondo il risultato dei lavori eseguiti e con ciò si trovano, di fatto, in un rapporto di dipendenza, esercitano un'attività lucrativa in posizione dipendente.*

*Poco importa a questo riguardo che le relazioni vengano designate come rapporti fra associati di uguale rango. (Considerando 3 e 4.)*

La maison X occupait, dans ses locaux, des personnes qui effectuaient pour elle, avec ses machines, des travaux d'imprimerie; elles avaient la permission de travailler aussi pour des tiers. Les parties étaient liées entre elles par des « contrats de fournisseurs », rédigés de telle manière que les imprimeurs y apparaissaient comme les partenaires indépendants de la maison X. La caisse de compensation a refusé cependant de considérer ces imprimeurs comme des personnes de condition indépendante en ce qui concernait leur travail pour la maison X, n'acceptant de leur reconnaître cette qualité que pour une activité accessoire éventuelle au service de tiers. Elle invita la maison X à payer les cotisations paritaires. Ladite maison, ainsi que six imprimeurs, recoururent contre cette décision. L'autorité juridictionnelle de première instance a admis ces recours. La caisse de compensation ayant interjeté un recours de droit administratif, le TFA a admis celui-ci et confirmé la décision de la caisse considérant comme salaire déterminant les prestations que la maison X versait aux imprimeurs en raison des travaux effectués pour celle-ci. Pour ce qui concerne les activités exercées par les imprimeurs en faveur de tiers, la cause a été renvoyée à la caisse de compensation pour nouvel examen. Le tribunal a cependant laissé entendre que ces dernières activités pourraient être regardées comme indépendantes.

Voici un extrait de ses considérants:

1. Le présent litige ne porte pas sur des prestations d'assurance; le TFA doit donc se borner à examiner si le juge de première instance a violé le droit fédéral, outrepassé son pouvoir d'appréciation ou abusé de celui-ci, si les faits ont été établis d'une manière manifestement inexacte ou incomplète, ou encore s'il y a eu violation des règles essentielles de la procédure (art. 132 en corrélation avec les art. 104, lettres a et b, et 105, 2<sup>e</sup> al., OJ).

Bien que l'état des faits au sens de l'article 105, 2<sup>e</sup> alinéa, OJ ne puisse être examiné ici que d'une manière restreinte, il faut appliquer néanmoins, dans ce cadre limité, la maxime de l'intervention. En vertu de celle-ci, le tribunal ne peut pas se borner à examiner les faits invoqués par les parties, mais il doit considérer d'office l'ensemble de l'état des faits déterminant selon l'article 105, 2<sup>e</sup> alinéa, OJ. Toutefois, le juge peut généralement admettre que les parties lui ont signalé expressément les fautes réelles ou supposées qu'elles auraient remarquées dans la constatation des faits par l'autorité de première instance.

2. ... D'ailleurs, on ne se fonde pas sur le droit civil pour juger s'il s'agit en l'espèce d'une activité salariée ou indépendante. Le rapport de droit civil peut, le cas échéant, fournir certains indices pour la qualification de l'engagement dans l'AVS; il n'est cependant pas décisif (RCC 1967, p. 428).

3. a. ...

b. ... Le dossier contient en outre les « contrats de fournisseurs » produits par les intimés A et B. Ces deux accords ont été conclus avant que les imprimeurs aient présenté leur demande à la caisse de compensation. ... Ils règlent les rapports internes entre les deux imprimeurs et la maison X. En outre, ils visent manifestement à démontrer que ceux-ci exercent une activité indépendante. En ce qui concerne la question des risques ici en cause, ces contrats fournissent les indications suivantes: l'imprimeur ne touche de la maison X que des indemnités pour les livraisons d'imprimés. Il peut effectuer son travail dans ses propres locaux ou dans les locaux et avec les machines de la maison X, « autant que celle-ci l'y autorise ». La maison X peut cependant refuser cette autorisation en tout temps et sans être tenue de motiver son refus. Les prix des livraisons à la maison X sont fixés d'après les taux qui sont généralement appliqués par celle-ci et que l'imprimeur connaît.

Ces clauses contractuelles ne permettent pas de conclure que les imprimeurs aient à supporter un véritable risque. Ils se sont bien plutôt engagés d'avance, par ces contrats, à reconnaître les taux usuels de la maison X. Les prix ne sont donc pas fixés de cas en cas; pratiquement, ce ne serait d'ailleurs pas possible... En outre, s'ils ont utilisé, régulièrement semble-t-il, les locaux et machines de la maison X, les imprimeurs n'encouraient pas non plus le risque de celui qui doit investir un fonds. Leur seule obligation — incombant à tout salarié — était d'user avec soin des installations mises à leur disposition. Au point de vue économique, la rétribution de ces imprimeurs est plutôt un salaire aux pièces ou à la tâche et non pas le prix d'achat d'une marchandise qui serait fabriquée par un industriel indépendant et facturée sur la base d'un prix calculé par lui.

c. ...

d. ...

e. Il est manifestement inexact de dire, comme l'a fait l'autorité de première instance, qu'il n'importe pas de savoir si les imprimeurs ont utilisé ou non les installations mécaniques de la maison X, parce qu'il arrive souvent que de petites

entreprises se servent, faute de ressources financières suffisantes, de machines louées ou achetées à crédit. Certes, le fait que les six imprimeurs ont travaillé principalement dans les locaux et avec les machines de la maison X ne constitue pas en soi un élément décisif, mais il représente tout de même un indice non négligeable en faveur de l'existence d'une activité salariée. La dépendance économique considérable des imprimeurs à l'égard de la maison X, qui est non seulement leur cliente la plus importante, sinon la seule, mais qui peut leur refuser en tout temps et sans motivation l'usage de ses machines, est évidente. On ne saurait parler d'une location de machines à proprement parler, précisément parce que la maison X dispose de ces machines d'une manière tout à fait unilatérale et que — du moins en ce qui concerne les livraisons des imprimeurs à la maison X — aucun prix de location n'a été fixé... La maison X déclare elle-même dans son mémoire de recours: « Pour simplifier les décomptes concernant la location des machines et des locaux, il a été convenu que nos commandes seraient livrées à un prix d'autant plus bas, c'est-à-dire après déduction du montant de cette location. Bien entendu, celle-ci doit être payée par l'imprimeur lorsque celui-ci exécute des commandes pour d'autres clients. »

L'autorité de première instance allègue en outre que l'imprimeur peut refuser une commande de la maison X lorsque celle-ci propose un prix que l'imprimeur, d'après ses propres calculs, estime trop bas. Ainsi, c'est l'imprimeur seul qui assume, en acceptant une commande, le risque d'une rentabilité insuffisante pouvant résulter de complications imprévues dans l'exécution du travail. Cet argument est certes pertinent, mais il faut ajouter que ce mode de calcul des prix ne constitue pas en soi un indice utile, puisqu'il représente la règle générale par exemple pour toute la catégorie des travailleurs à la tâche. Du reste, la caisse de compensation relève avec raison que la liberté théorique de refuser une commande est pratiquement illusoire, vu l'état de dépendance économique des imprimeurs à l'égard de la maison X qui est leur seule cliente ou du moins leur cliente de beaucoup la plus importante. En fait, le risque supporté par les imprimeurs ne peut, contrairement à l'avis de l'autorité de première instance, être assimilé au risque habituellement assumé par le chef d'une entreprise. Du point de vue économique, l'imprimeur risque seulement de mettre en danger son emploi en refusant de servir la maison X selon les désirs de celle-ci...

Enfin, l'argument invoqué dans le jugement de première instance, selon lequel l'imprimeur devrait tenir son propre dépôt de papier et de matériel, n'est pas étayé par des preuves suffisantes. Ce fait pourrait, le cas échéant, constituer un indice de poids en faveur de l'existence d'une activité lucrative indépendante... Il n'est pas contesté que les commandes de matériel passaient par la maison X et qu'elles étaient portées en compte par celle-ci avec les « livraisons »... L'entretien d'un dépôt aurait manifestement dépassé les moyens financiers des imprimeurs. L'acquisition du papier était, elle aussi, effectuée en collaboration étroite avec la maison X, tant du point de vue de l'organisation que de la comptabilité.

4. De tout cela, il résulte, en ce qui concerne les « livraisons » des imprimeurs à la maison X, que l'on ne saurait donner raison à la commission de recours lorsqu'elle prétend que ceux-ci « sont dans une large mesure indépendants quant à l'organisation de leur activité » et qu'ils supportent « leur propre risque ». Certes, les imprimeurs jouissent théoriquement d'une grande liberté du point de vue de l'organisation et du point de vue économique. Cependant, ils sont ou étaient dans un rapport de dépendance étroite à l'égard de la maison X. En outre, ils n'assumaient pas un risque économique plus grand que ce n'est le cas, habituellement, chez les salariés à la tâche. Qu'ils aient fixé éventuellement avec leur employeur

principal un taux de salaire trop bas, que cet employeur ait pu leur réclamer des dommages-intérêts pour des dégâts aux machines ou pour de mauvaises livraisons, qu'ils aient risqué un manque à gagner en cas d'insolvabilité de l'employeur, tout cela ne signifie pas qu'ils aient supporté un véritable risque d'entrepreneur. Dès lors, on ne peut, en qualifiant les rapports entre la maison X et les six imprimeurs, parler d'une activité lucrative indépendante.

5. a. D'après le « contrat de fournisseurs » et tous les mémoires de recours produits en première instance, il est établi que les imprimeurs avaient le droit d'accepter des commandes de tiers sans passer par la maison X et de les exécuter en leur propre nom et pour leur propre compte. Dans ce cas, ils devaient éventuellement verser à la maison X une indemnité pour l'usage des locaux et installations. Là aussi, il y avait manifestement une certaine dépendance des imprimeurs à l'égard de la maison X, tant pour l'organisation du travail que du point de vue économique, dans la mesure où ils avaient besoin des machines de la maison X et où il y a lieu d'admettre qu'ils ne pouvaient refuser ou ajourner des commandes de la maison X. En revanche, pour les commandes passées par des tiers, ils supportaient tout de même un certain risque d'entrepreneur, puisqu'ils devaient en évaluer la rentabilité. Normalement, d'ailleurs, l'exécution de commandes pour des tiers équivaut à l'exercice d'une activité indépendante.

...

b. La maison X prétend que des commandes de tiers, au sens indiqué ci-dessus, avaient aussi été passées aux imprimeurs par son intermédiaire. En pareil cas, la maison X demandait à l'imprimeur intéressé une provision s'élevant à 5% du montant de la facture, payable après le règlement de celle-ci par le client. Dans la mesure où de telles commandes ont été passées par l'entremise de la maison X, on peut se demander comment il faut les qualifier dans le droit de l'AVS. Les imprimeurs assumaient ici, en principe, le même risque d'entrepreneur que dans les cas mentionnés sous le considérant 5 a, tandis que leur dépendance à l'égard de la maison X, dans le domaine économique et de l'organisation du travail, n'était guère plus grande que dans les cas de commandes passées directement par des tiers.

6. ...

7. ...

*Arrêt du TFA, du 1<sup>er</sup> avril 1971, en la cause R. St. (traduction de l'allemand).*

Article 20, 2<sup>e</sup> alinéa, LAVS. Dans le domaine des assurances sociales, les créances échues et non prescrites envers une caisse de compensation (cotisations, prestations à restituer, émoluments, frais, amendes) doivent être compensées avec des prestations échues, autant que par suite de cette compensation l'assuré ne tombe pas dans le besoin. (Confirmation de la jurisprudence.)

*Articolo 20, capoverso 2, della LAVS. Nel campo dell'assicurazione sociale, i crediti scaduti e non prescritti a favore di una cassa di compensazione (contributi, prestazioni da rimborsare, tasse giustizialie, spese e multe) possono essere compensati con prestazioni scadute, purchè l'assicurato non venga a trovarsi in uno stato di bisogno a seguito della compensazione. (Conferma della giurisprudenza.)*

A la suite du recours de droit administratif interjeté par un assuré, le TFA s'est prononcé de la manière suivante sur la question de savoir quand les créances envers les caisses de compensation doivent être compensées avec des prestations de l'assurance:

1. En vertu de l'article 20, 2<sup>e</sup> alinéa, LAVS, les créances découlant de la présente loi peuvent être compensées avec des prestations échues (voir art. 50 LAI). En tant que norme de droit public, cette disposition a un caractère coercitif et oblige en principe les caisses à procéder à la compensation (art. 15, 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> al., et art. 16, 2<sup>e</sup> al., LAVS; art. 42, 1<sup>er</sup> al., RAVS; ATFA 1961, p. 29). L'obligation de compenser existe non seulement lorsque le débiteur des cotisations et le bénéficiaire de rentes sont une seule et même personne, mais d'une manière générale chaque fois que la dette de cotisations et le droit à la rente sont dans un rapport matériel étroit. La créance à compenser doit avoir sa source dans le domaine des assurances sociales et porter sur des cotisations, des prestations à restituer, des émoluments, des frais ou des amendes; elle doit être exercée par une caisse de compensation, être échue et ne pas être prescrite (ATFA 1969, pp. 214 ss).

2. En l'espèce, le recourant est d'une part créancier d'une rente d'invalidité et, d'autre part, débiteur de cotisations d'assurances sociales indiscutablement dues à la caisse de compensation. En tant qu'employeur, le recourant est également personnellement responsable du paiement des cotisations paritaires (RCC 1957, pp. 405 ss = ATFA 1956, pp. 174 ss). Comme les cotisations étaient échues et non prescrites, la caisse de compensation était tenue de les compenser avec la rente à verser.

3. Vu ce qui précède, il reste seulement à examiner si le recourant risque de tomber dans le besoin par suite de la compensation (ATFA 1955, pp. 31 ss). Le revenu sous forme de rentes de l'assuré s'élève à 2155 francs par mois, soit à 25 860 francs par an. Au cours des années 1969 et 1970, 38 poursuites étaient en cours contre l'intéressé pour un montant total d'environ 140 000 francs. Le recourant a fait opposition dans vingt cas, soit pour une somme d'environ 9500 francs. L'assuré n'a pas produit d'actes de défaut de biens. La maison familiale qu'il habite à X est évaluée à 180 000 francs et elle est grevée de charges pour un montant de 226 000 francs. L'assuré estime à 2335 francs par mois le montant dont il a besoin pour vivre (y compris le loyer de son bureau d'avocat s'élevant mensuellement à 360 francs). Toutefois, les dépenses entraînées par la location de ce bureau ne peuvent pas être prises en compte, puisque, en touchant la rente de 80 % versée par l'assurance militaire et la rente de l'AI, l'assuré réalise un revenu presque égal au gain total qu'il tirerait de son activité lucrative s'il était bien portant. Il en résulte que le plan d'amortissement établi par la caisse de compensation n'entame que pour une somme de 20 francs le minimum vital calculé par l'assuré lui-même. Dans ces conditions, il ne se justifie pas d'admettre que l'assuré soit mis dans le besoin par suite de la compensation de sa dette de cotisations. Le recours de droit administratif se révèle par conséquent non fondé et doit être rejeté.

## PROCÉDURE

*Arrêt du TFA, du 4 septembre 1970, en la cause Masse en faillite X (traduction de l'allemand).*

Article 128, en corrélation avec les articles 97 et 98, lettre g, OJ. Le recours de droit administratif est recevable également lorsqu'il est dirigé

contre une décision par laquelle le juge n'aborde pas le fond du litige en raison de son incompétence « *ratione materiae* ». (Considérant 2.)

Article 52 LAVS. Non seulement l'employeur lui-même, mais aussi ses organes responsables peuvent être tenus à réparation en vertu de cette disposition. (Considérant 3.)

*Articolo 128, in collegamento con gli articoli 97 e 98, lettera g, dell'OG. Il ricorso di diritto amministrativo è ricevibile anche quando è volto contro una decisione di non entrare in merito per mancanza della competenza sostanziale. (Considerando 2.)*

*Articolo 52 della LAVS. In base a questa disposizione non solo il datore di lavoro stesso, ma anche i suoi organi responsabili possono essere chiamati al risarcimento dei danni. (Considerando 3.)*

Y était président du conseil d'administration de la maison X S.A. Celle-ci ayant été mise en faillite, des cotisations dues sur les salaires du personnel restèrent à découvert. La caisse de compensation demanda à Y des dommages-intérêts, qui par la suite furent l'objet, eux aussi, d'une procédure de faillite. L'administration de la faillite rejeta cette demande. L'autorité de recours, elle, nia sa compétence en la matière. La caisse ayant interjeté un recours de droit administratif, le TFA ordonna à l'autorité de première instance de statuer sur cette affaire et se prononça également quant au fond.

1. Aux termes de l'article 52 LAVS, l'employeur qui, intentionnellement ou par négligence grave, n'observe pas des prescriptions et cause ainsi un dommage à la caisse de compensation est tenu à réparation. La procédure à suivre en pareil cas est réglée par l'article 81 RAVS.

...

2. Est litigieuse en l'espèce, uniquement, la compétence du juge AVS concernant les demandes de dommages-intérêts prévues par l'article 52 LAVS, lorsqu'elles visent non pas l'employeur au sens de l'article 12, 1<sup>er</sup> alinéa, LAVS, mais les personnes agissant pour le compte de celui-ci.

Bien que l'autorité de première instance ait nié cette compétence, son jugement n'en est pas moins une décision au sens de l'article 98, lettre g, OJ révisée, décision qui peut être attaquée par la voie du recours de droit administratif au TFA (art. 128 OJ révisée). Sont reconnus comme motifs de recours, selon l'article 132, en corrélation avec l'article 104, lettres a et b, OJ révisée, la violation du droit fédéral, y compris l'appréciation juridique erronée de l'état des faits, ainsi que l'argument selon lequel les faits ont été établis d'une manière manifestement inexacte ou incomplète.

3. Dans l'AVS, les employeurs exercent, parallèlement à leur qualité de personnes tenues de payer les cotisations (art. 12 LAVS), la fonction d'un organe de l'assurance, puisqu'ils assument le premier degré de la compensation dans la perception des cotisations et le paiement des rentes. A cette fonction exercée dans l'application du droit public fédéral est liée la responsabilité interne (prévue par l'art. 52 LAVS) de l'employeur, en tant qu'organe, à l'égard de l'assurance représentée par la caisse de compensation. On pourrait se demander si les normes de la loi sur la responsabilité, entrée en vigueur en 1958, représentent une dérogation par rapport à cette disposition de la LAVS. Il faut répondre cependant par la négative, car l'article 52 LAVS constitue manifestement, dans le droit de la responsabilité, une disposition spéciale.

En revanche, les normes juridiques générales qui constituent le fondement de la loi sur la responsabilité ne doivent pas être négligées par quiconque interprète cet article 52 LAVS. Il faut noter particulièrement, à ce propos, que dans le domaine de la responsabilité interne, même lorsque la tâche de droit public est confiée à une entité distincte de ses membres, la responsabilité incombe en premier lieu à celui qui cause le dommage, et à titre subsidiaire seulement à l'entité comme telle (art. 19 de la loi sur la responsabilité). Rien ne permet de supposer que l'article 52 LAVS ait voulu éliminer la responsabilité des personnes agissant pour le compte de l'entité elle-même. On a bien plutôt affaire ici à l'inversion du principe général, puisque, selon la teneur non équivoque de l'article 52, c'est en premier lieu l'employeur qui est responsable. Toutefois, eu égard au principe général évoqué ci-dessus, il faut également admettre la responsabilité — au moins subsidiaire — des personnes qui ont travaillé pour le compte de cet employeur.

Le fait qu'une telle responsabilité est conforme aux principes généraux du droit résulte en outre des règles, appliquées en droit privé, concernant la responsabilité des organes d'une personne morale ou d'une société anonyme (cf. art. 55, 3<sup>e</sup> al., CCS et art. 754 CO). Enfin, la doctrine a montré que l'article 52 LAVS permettait également d'inclure les organes d'une personne morale et, le cas échéant, d'autres personnes auxiliaires (cf. Winzeler: *Die Haftung der Organe der AHV und der Arbeitgeber*, thèse Zurich 1952, pp. 64 ss; Sommerhalder: *Die Rechtsstellung des Arbeitgebers in der AHV*, thèse Zurich 1958, pp. 78 ss).

Il n'y a donc plus place ici — contrairement à l'avis de l'autorité de première instance — pour une action civile fondée directement sur l'article 754 CO ou sur l'article 55, 3<sup>e</sup> alinéa, CCS. Peut rester indécise la question de savoir quelle serait la procédure à suivre si les dommages-intérêts étaient demandés non pas en vertu de l'article 52 LAVS, mais en vertu des articles 41 ss CO.

*Arrêt du TFA, du 6 avril 1971, en la cause E. S. (traduction de l'allemand).*

Article 128 en liaison avec l'article 97 OJ; articles 84, 1<sup>er</sup> alinéa, LAVS et 128 RAVS. Pour qu'une procédure de recours puisse être engagée, il faut avant tout que la caisse de compensation ait pris une décision. Si celle-ci fait défaut, le TFA ne pourra pas entrer en matière sur le recours de droit administratif dont il serait saisi. La décision détermine l'état de faits qu'il convient d'apprécier. (Confirmation de la jurisprudence.)

*Articolo 128 in relazione con l'articolo 97 dell'OG; articoli 84, capoverso 1 della LAVS e 128 dell'OAVS. La procedura di ricorso è possibile solo dopo che la cassa di compensazione abbia emanato una decisione: se questa manca, non si può entrare nella materia del ricorso di diritto amministrativo.*

*La decisione stabilisce lo stato di fatto che si deve giudicare. (Conferma della giurisprudenza 2 a.)*

La commission de recours a partiellement admis le recours que l'assuré a formé au sujet du calcul de ses cotisations, mais n'est pas entrée en matière sur une demande de restitution de cotisations également présentée par le recourant, la caisse de compensation n'ayant pas encore notifié une décision sur ce point. L'assuré a interjeté un recours de droit administratif contre la décision de non-entrée en matière des premiers juges. Le TFA, à son tour, a refusé d'examiner cet aspect du litige, et cela pour les motifs suivants:

1. En vertu de l'article 128 OJ, le TFA connaît en dernière instance des recours de droit administratif interjetés contre des décisions au sens des articles 97 et 98, lettres b à h, OJ rendues en matière d'assurances sociales. Par nature, la procédure juridictionnelle administrative ne vise à juger ou à n'apprécier que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie et sous la forme d'une décision. Cette conception respecte le principe de la répartition des tâches confiées à l'administration et au juge. Par conséquent, la décision détermine aussi l'objet du litige à trancher dans la procédure de recours. Seul doit être juridiquement apprécié l'état de faits qui est à la base de la décision attaquée (en ce qui concerne les faits déterminants dans le temps, cf. ATFA 1968, p. 16, et 1965, p. 202; RCC 1966, p. 151). Dans la procédure de recours, c'est ainsi la décision administrative qui est contestée. A défaut de décision, il n'existe aucun acte litigieux, en sorte qu'un jugement sur le fond ne peut pas être rendu (ATFA 1968, p. 224 = RCC 1968, p. 588; ATFA 1962, p. 81 = RCC 1962, p. 358. Gygi: *Verwaltungsrechtspflege und Verwaltungsverfahren im Bund*, Berne 1969, p. 92 ss, en particulier 98/99 et 101).

2. Comme les premiers juges l'ont constaté à juste titre et comme la caisse de compensation le déclare dans sa réponse au recours de droit administratif, il n'existe pas encore de décision de caisse au sujet de la restitution des cotisations personnelles du recourant. En tant qu'autorité judiciaire suprême, le TFA ne peut donc pas se prononcer sur la restitution de ces cotisations, toute décision de l'autorité administrative sur ce point faisant défaut. Le TFA ne peut dès lors pas entrer en matière sur le recours. La demande de restitution de cotisations que le recourant a déjà présentée à l'autorité de première instance doit être retournée à la caisse avec le dossier, afin que celle-ci examine d'abord elle-même cet aspect du cas.

3. Un litige portant sur la restitution de cotisations ne concerne pas l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance au sens des articles 132 et 134 OJ. La procédure n'est par conséquent pas gratuite (art. 134 OJ *e contrario*), et les frais du procès doivent être mis à la charge du recourant. Comme il s'agit cependant d'un recours sur lequel le tribunal n'est pas entré en matière, il se justifie de ne prélever que les émoluments judiciaires minimums (art. 153, 1<sup>er</sup> al., lettre b, OJ).

## **Assurance-invalidité**

### RÉADAPTATION

*Arrêt du TFA, du 26 avril 1971, en la cause P. D.*

Article 12, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI. Les interventions correctives visant à améliorer la fonction d'une articulation atteinte de polyarthrite chronique évolutive font pratiquement toujours partie du traitement de l'affection comme telle. (Confirmation de la jurisprudence.)

Chez les assurés majeurs, on peut admettre exceptionnellement l'existence d'un état stabilisé lorsqu'il n'y a plus eu de processus inflammatoire depuis une période suffisamment longue, sans que cet équilibre soit le fait d'un traitement médicamenteux. Une période de rémission de trois ans est à cet égard insuffisante.

*Articolo 12, capoverso 1, della LAI. Gli interventi correttivi, effettuati allo scopo di migliorare il funzionamento di un'articolazione colpita da una poliartrite cronica evolutiva, fanno praticamente sempre parte della cura vera e propria del male. (Conferma della giurisprudenza.)*

*Se si tratta di assicurati maggiorenni, si può ammettere in via eccezionale l'esistenza di uno stato stabilizzato, quando non vi è più stato nessun processo infiammatorio per un periodo di tempo sufficientemente lungo, senza che questo equilibrio sia il risultato di un corrispondente trattamento medicamentoso. Un periodo di remissione di tre anni è, a questo riguardo, insufficiente.*

L'assuré, né en 1927, marié et père de trois enfants mineurs, a rempli le 11 septembre 1969 une demande de prestations de l'AI aux fins d'obtenir des mesures médicales. Il souffrait en effet depuis 1960 de polyarthrite chronique évolutive avec destruction du coude droit rendant nécessaire une arthroplastie de cette articulation, intervention à laquelle il fut procédé le 25 septembre 1969; l'intéressé avait déjà été opéré du genou droit (synovectomie) en 1966.

Par prononcé du 10 décembre 1969, la commission AI estima être en présence du traitement de l'affection comme telle. Aussi refusa-t-elle de mettre les frais de l'opération de septembre 1969 à la charge de l'AI, décision qui fut communiquée le 7 janvier 1970 à l'assuré par les soins de la caisse de compensation.

L'assuré recourut contre ce refus, en produisant deux rapports émanant des docteurs T. (du 14 janvier 1970) et C. (du 16 janvier 1970). Le premier de ces médecins relevait que l'affection était stabilisée depuis deux à trois ans.

La caisse de compensation, produisant un avis de la commission AI, s'en remit à justice, au vu des pièces versées au dossier.

Par jugement du 17 avril 1970, le président du tribunal de première instance admit le recours, considérant en bref que les rapports médicaux établissaient que la polyarthrite dont souffrait l'assuré était stabilisée depuis plusieurs années; que les altérations du coude — auxquelles avait remédié l'opération en cause — étaient des séquelles stables de cette affection ancienne; que l'intervention chirurgicale avait amélioré de façon durable la capacité de gain; que par conséquent on était bien en présence d'une mesure médicale de réadaptation à la charge de l'AI.

L'OFAS a déferé ce jugement au TFA, en concluant au rétablissement de la décision administrative attaquée. Le recourant soutient en bref que l'on ne peut parler de l'occurrence de stabilisation de l'affection et que, d'autre part, on ne saurait admettre que l'opération ait été de nature à préserver de manière durable et importante la capacité de gain de l'assuré.

L'intimé ne s'est pas déterminé sur le recours.

Le TFA a admis le recours pour les motifs suivants:

1. Aux termes de l'article 12, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, l'AI assume les 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. Une jurisprudence abondante a défini la portée de cette disposition. Elle a ainsi reconnu que des interventions correctives visant à améliorer la fonction d'une articulation atteinte de polyarthrite chronique évolutive n'avaient pas le caractère de mesures de réadaptation, même si la lésion locale était en soi stable, les séquelles actuelles ne représentant qu'une partie d'un processus morbide plus étendu. Dans tous les cas où il a été appelé à trancher, le TFA a nié la prise en charge de telles interventions par l'AI (voir par exemple ATFA 1966, p. 217 = RCC 1967, p. 72; RCC 1967, p. 434; ATFA 1967, p. 100 = RCC 1967, p. 431). Une exception n'a été faite que pour la polyarthrite juvénile d'assurés mineurs, vu le pronostic alors favorable de l'affection et les bases légales quelque peu différentes (voir par exemple ATFA 1968, p. 249 = RCC 1969, p. 277).

2. Cette jurisprudence doit être maintenue et confirmée. Il ne saurait en particulier être question de remettre en cause le principe voulant que l'affection soit considérée dans son ensemble; la thèse soutenue précédemment par l'OFAS, qui entendait dissocier la lésion locale stable de l'affection de base essentiellement labile, a été clairement réfutée (ATFA 1966, p. 217 = RCC 1967, p. 72; RCC 1967, p. 434).

Or, la science médicale se trouve actuellement encore dans l'impossibilité de prévoir l'évolution ultérieure en cas de polyarthrite chronique frappant un adulte, impossibilité très franchement avouée par les experts que le TFA a consultés jusqu'ici. Dans de telles conditions, le juge n'est généralement pas davantage en mesure de constater l'extinction du processus évolutif de ce mal, qui seule permettrait de traiter les séquelles présumées de l'affection par des mesures médicales satisfaisant aux exigences de l'article 12 LAI. Le TFA a relevé à maintes reprises déjà que, là où aucun indice concluant ne permettait un diagnostic scientifiquement fondé dans le cas particulier, c'était la symptomatologie usuelle propre au type de l'affection en cause qui devait être déterminante (ce que la jurisprudence a exprimé, en langue allemande, par la nécessité de « gewisse Typisierung »). L'administration a besoin d'une limite simple et claire, pour que soit garantie la sécurité juridique indispensable à l'égalité de traitement des assurés (v. RCC 1967, p. 434; ATFA 1967, p. 100 = RCC 1967, p. 431); tel est d'ailleurs l'argument essentiel de l'OFAS dans la présente affaire. On ne saurait qualifier ses conclusions d'abusives, lorsque le juge est ainsi contraint de tirer de l'ignorance médicale des conséquences juridiques schématiques, qui peuvent paraître dures dans un cas d'espèce, mais répondent aux impératifs de la clarté et de l'égalité.

Pourtant, si la polyarthrite chronique évolutive est une maladie essentiellement labile, dont le pronostic demeure toujours incertain, on ne saurait exclure des cas plus ou moins exceptionnels de rémission telle que l'affection — malgré son nom — puisse paraître jugulée au point d'être assimilable à un état relativement stabilisé. La correction d'une lésion locale isolée ne pourra-t-elle alors avoir le caractère de mesure médicale de réadaptation? Aucun des litiges tranchés jusqu'ici par le TFA n'incitait à soulever la question: auprès de tous les assurés concernés, le mal continuait à attaquer progressivement une articulation après l'autre; on en était même encore au stade de la lutte médicamenteuse contre le processus inflammatoire. Le présent cas, lui, peut prêter à discussion, surtout si on le rapproche des exemples de rémission cités par le professeur Böni dans une autre affaire (voir aussi l'exposé de ce médecin dans « Klinik der rheumatischen Erkrankungen », pp. 176-177). Tout bien considéré, si la création de certains cas-types est indispensable à la sécurité du droit et s'il en va ainsi notamment de la polyarthrite chronique évolutive, des circonstances exceptionnelles doivent permettre des dérogaions, dans les rares cas où toute inflammation a disparu

depuis une période suffisamment longue, sans que l'équilibre soit le fait d'un traitement médicamenteux — l'équilibre obtenu grâce à la médication n'étant pas assimilable à un état relativement stabilisé (voir par exemple RCC 1971, p. 37) — où aucun signe ne laisse prévoir de nouvelles altérations et où il s'agit de corriger une déformation nettement localisée. Certes, nul médecin ne peut exclure la possibilité d'une nouvelle poussée inflammatoire future; la science médicale est incapable de fournir des critères précis; toute dérogation met donc en cause la clarté de la délimitation entre mesures de réadaptation et traitement de l'affection comme telle et porte ainsi atteinte à la sécurité du droit, rendant plus aléatoire l'égalité de traitement des assurés. C'est pourquoi il importe d'être restrictif pour admettre une semblable exception. Ces principes ont été approuvés par la Cour plénière. Qu'en est-il de leur application dans le cas d'espèce ?

3. L'assuré souffre depuis 1960 d'une polyarthrite chronique évolutive qui a atteint principalement deux articulations: le genou droit et le coude droit.

Depuis quelque trois ans, aucun processus inflammatoire ne s'est manifesté. Les cures de sels d'or et la synovectomie du genou droit — intervention dont on sait qu'elle tend à enrayer le processus lui-même et qu'elle fait donc clairement partie du traitement — paraissent avoir jugulé l'affection de base. Cet état se maintient sans aucun traitement. Le médecin de l'assuré se borne à des contrôles périodiques espacés, dont il pense qu'ils vont même devenir superflus; il pose un pronostic favorable, sans naturellement pouvoir exclure une reprise de l'évolution.

Pourtant, vu ce qui a été exposé plus haut, une période de rémission de quelque trois ans ne permet pas d'admettre, avec une vraisemblance juridiquement suffisante, que l'affection soit stabilisée, du moins en l'état actuel de la science médicale, *malgré le pronostic favorable du médecin traitant*. Force est dès lors de constater que l'opération en cause avait pour objet le traitement de l'affection comme telle. Elle ne saurait, pour cette raison déjà, être assumée par l'AI, de sorte qu'il n'est pas nécessaire d'examiner si les autres conditions mises par la loi à la prise en charge de mesures médicales auraient aussi été remplies, au cas où l'affection aurait pu être réputée stabilisée.

*Arrêt du TFA, du 2 février 1971, en la cause M. R. (traduction de l'allemand).*

**Article 15, 1<sup>er</sup> alinéa, RAI.** Pour déterminer si un assuré a droit à un véhicule à moteur, on ne considérera comme chemin du travail que la distance que pourrait parcourir, sans véhicule à moteur, un homme valide. En ce qui concerne la remise d'un véhicule à moteur, le droit d'un assuré au libre choix du domicile, dans le cadre de ce qui est admissible, ne saurait être limité.

*Articolo 15, capoverso 1, OAI. Per stabilire se un assicurato ha diritto ad un veicolo a motore, si prenderà in considerazione per determinare il percorso per recarsi al lavoro solo della distanza che un uomo valido dovrebbe percorrere senza veicolo.*

*Per quanto si riferisce alla fornitura di un veicolo a motore, il diritto dell'assicurato alla libera scelta del proprio domicilio non conosce alcuna limitazione, nel quadro di ciò che si può ragionevolmente esigere.*

L'assurée, née en 1936, souffre des suites d'une poliomyélite subie dans sa prime enfance, de cyphoscoliose et de dyspnée. En 1963, pour la première fois, elle demanda

que l'AI prenne en charge les frais de chaussures orthopédiques, ainsi que ceux de massages réguliers. L'AI donna suite à la première demande, mais rejeta la deuxième, en alléguant que les soins de médecine interne des affections qui doivent être traitées d'une manière durable ou périodique ne représentent pas des mesures médicales de réadaptation.

L'assurée, mariée depuis le 1<sup>er</sup> mars 1968 et nommée entre-temps secrétaire communale de A, présenta à nouveau en mai 1968 une demande à l'AI. Elle sollicita la remise de chaussures orthopédiques, la prise en charge des frais de 15 à 20 massages annuels et des amortissements pour sa petite automobile achetée en 1966. Elle fonda cette dernière requête essentiellement sur le fait qu'elle devait parcourir une distance quotidienne d'environ 34 km. pour aller à son travail et qu'elle n'arrivait qu'à grand-peine à atteindre la gare de B située à 500 ou 600 m. de son domicile. La commission AI lui accorda derechef la remise de chaussures sur mesure. En revanche, la demande d'amortissements fut rejetée, car l'utilisation d'une voiture automobile n'était pas nécessitée par l'invalidité. La commission refusa en outre la prise en charge des frais de massages, étant donné que dans le cas présent, les actes médicaux servaient au traitement de l'affection comme telle.

L'assurée recourut contre la décision de la caisse lui refusant les mesures médicales et les amortissements; elle renouvela sa requête. L'autorité juridictionnelle cantonale a rejeté le recours. Selon elle, en effet, les amortissements ne pourraient être accordés, parce que, pour des raisons liées à l'organisation du travail, l'assurée a de toute manière besoin d'une automobile et qu'à la suite de son mariage, elle a transféré son domicile à B.

Le représentant de l'assurée a renouvelé, par voie d'appel, les demandes faites en première instance. Les mesures physiothérapeutiques prescrites par un médecin ne sont pas, selon lui, le traitement de l'affection comme telle, mais sont indispensables à l'exercice de l'activité lucrative.

Se référant aux considérants du jugement de première instance, la caisse de compensation conclut au rejet de l'appel. L'OFAS arrive à la même conclusion. En ce qui concerne la remise de véhicules à moteur ou l'octroi d'amortissements, l'OFAS fait remarquer en particulier: l'AI ne peut pas remettre un véhicule à moteur si le domicile est transféré à une distance du lieu de travail telle que même un homme valide serait obligé d'utiliser les moyens de transport publics ou un véhicule à moteur, afin de parcourir le chemin du travail dans un temps raisonnable.

Le TFA a admis l'appel dans le sens des considérants suivants:

1. . . . (Considérations sur la portée de l'art. 12 LAI; cf. à ce sujet particulièrement ATFA 1969, p. 97 = RCC 1969, p. 565) . . .

Dans l'arrêt cité ci-dessus, les mesures physiothérapeutiques avaient été refusées, parce qu'elles servaient seulement à enrayer les progrès des séquelles de la paralysie contractée à la fin de l'année 1966 et traitée jusqu'en 1968. Dans un autre cas également, la cure de bains demandée fut refusée, l'autorité juridictionnelle ayant constaté que l'état de l'assuré ne présentait pas, dans l'ensemble, une stabilisation relative et qu'en particulier, les contractures imminentes devaient être considérées, du point de vue juridique, comme un phénomène pathologique secondaire; la cure de bains litigieuse était dès lors une mesure de stabilisation.

Répondant à une question de la commission AI, le Dr X communiqua le 14 avril 1969 que les massages servaient non pas au maintien de la capacité de gain, mais bien plutôt au bien-être de l'assurée en conservant tel quel l'état de santé de celle-ci. Dans le recours de première instance, il fut alors allégué que sans les massages,

l'assurée souffrirait de troubles de la circulation et de l'irrigation sanguine, ainsi que de fortes douleurs dorsales; sans cette physiothérapie, elle serait contrainte d'abandonner son travail. Cet argument a été repris dans la procédure devant le TFA. Il en résulte que les massages servent à empêcher les progrès des séquelles de la paralysie. L'autorité de première instance a donc refusé avec raison la prise en charge de ces frais.

2. Cependant, la caisse de compensation et l'autorité de première instance ont refusé la prise en charge des massages également parce qu'ils n'étaient pas prescrits par un médecin. Ceci est en contradiction avec le rapport médical du 20 juillet 1963 du Dr Y, dans lequel les massages sont désignés comme des mesures médicales particulières, indispensables à l'intégration dans la vie économique. Dans le questionnaire qu'il a rempli le 2 juillet 1968, le Dr X a gardé néanmoins le silence sur ce point. A la demande de la commission AI, il déclara le 14 avril 1969 que l'assurée suivait, depuis de nombreuses années déjà, des traitements de massages qui, à sa connaissance, n'avaient pas été ordonnés par lui. Ces mesures servaient bien plus à assurer le bien-être de l'intéressée qu'à maintenir sa capacité de gain. Il n'est pas nécessaire de déterminer, dans la présente procédure, quel est le but prédominant de ces massages, puisque la demande de prise en charge des frais qui en résultent doit de toute façon être rejetée pour les motifs exposés dans le considérant 1.

3. L'assurée demande en outre des amortissements pour l'automobile dont elle a fait l'acquisition.

L'AI peut allouer des amortissements à l'assuré qui a acquis, à ses frais, un moyen auxiliaire auquel il a droit (art. 21 bis, 1<sup>er</sup> al., LAI et art. 16 bis, 2<sup>e</sup> al., RAI). En vertu de l'article 15, 1<sup>er</sup> alinéa, RAI, des véhicules à moteur sont fournis aux assurés qui exercent d'une manière probablement durable une activité leur permettant de couvrir leurs besoins et qui, pour cause d'invalidité, ne peuvent se passer d'un véhicule à moteur personnel pour se rendre à leur travail.

L'autorité de première instance est d'avis que ce n'est pas pour cause d'invalidité que l'assurée a besoin d'un véhicule à moteur personnel; ce qui lui semble bien plutôt déterminant, c'est qu'elle ait transféré volontairement son domicile aussi loin de son lieu de travail et qu'elle ne puisse pas, pour des raisons purement professionnelles, utiliser un moyen de transport public.

La jurisprudence a reconnu à plusieurs reprises que même l'invalidé ayant de la peine à se déplacer n'est pas tenu de transférer son domicile à proximité de son lieu de travail, encore que l'on puisse lui demander d'habiter dans la localité où il travaille ou dans ses environs (ATFA 1963, p. 67 = RCC 1963, p. 357; RCC 1971, p. 311). Cela ne signifie pourtant pas une restriction absolue de son droit au libre choix de son domicile, mais ce choix devrait être judicieux. Certes, l'AI, comme toute autre assurance sociale, peut se protéger contre les particularités de ses assurés. D'autre part, cependant, elle ne doit pas restreindre arbitrairement et de façon inadéquate le droit de l'individu pour des raisons exclusivement économiques qui tiennent à l'assurance. Or, dans le cas présent, l'assurée n'a pas transféré son domicile à B, situé à environ 17 km. de son lieu de travail, pour un caprice quelconque; ce transfert était bien plus motivé par son mariage, puisque, selon le code civil, le domicile du mari est considéré comme le domicile de la femme mariée (art. 25, 1<sup>er</sup> al., CCS). Certes, il n'est pas interdit à l'AI d'examiner si le choix du domicile n'a pas été déterminé, le cas échéant, d'une manière abusive ou pour quelque motif non valable; en l'espèce, tout indice fait cependant défaut pour une telle supposition.

A ce propos, on doit aussi se demander si l'on ne pourrait raisonnablement exiger de l'assurée qu'elle travaille à son lieu de domicile ou à proximité. Toutefois,

considérant la situation professionnelle que l'assurée s'est faite comme secrétaire communale, et sachant que les postes de ce genre sont rares et ne peuvent être occupés que par du personnel ad hoc, il faut répondre négativement à cette question. Au demeurant, on peut se référer au rapport du 27 mars 1969 de l'office régional AI, qui déclare que la réadaptation de l'assurée en tant que secrétaire communale de A est aussi bonne que l'on pouvait l'espérer.

Or, l'assurée a, dans tous les cas, besoin d'un moyen de transport en raison de la distance entre son domicile et son lieu de travail. Elle aurait la possibilité d'utiliser le chemin de fer. Néanmoins, selon ses propres indications, elle n'arrive à parcourir la distance de 500 à 600 m. entre son domicile et la station de B qu'avec difficulté. Le rapport de l'office régional confirme cette allégation, puisqu'il indique que l'assurée est en mesure de parcourir environ 1 km. à pied, mais qu'elle doit y consacrer 40 minutes. Répondant à une question de la commission AI, le médecin traitant, le Dr X, a déclaré qu'il ne pensait pas que l'assurée soit capable de parcourir une fois par jour cette distance de 500 à 600 m., soit de chez elle jusqu'à la gare. En effet, lorsqu'elle vient en consultation, elle présente déjà nettement une dyspnée. Il ne ressort pas du dossier que les voyages en train lui soient pénibles; d'ailleurs, elle n'avance pas cet argument. Dès lors, ce n'est pas la distance entre le domicile et le lieu de travail qui justifierait l'octroi d'un véhicule à moteur personnel. Le fait déterminant est plutôt que l'assurée, selon les constatations d'un médecin, parvient à peine à effectuer le trajet en question, qu'elle doit faire à pied pour pouvoir utiliser le chemin de fer. C'est donc bien à cause de son invalidité qu'elle est obligée de recourir à l'utilisation d'un véhicule à moteur personnel. La condition selon laquelle l'assurée doit disposer d'un revenu lui permettant de couvrir ses besoins est remplie de toute évidence; en conséquence, l'appelante a droit à la remise d'un véhicule à moteur personnel. Elle remplit également les conditions d'octroi des amortissements.

Certes, il serait excessif de considérer le trajet entier entre le domicile et le lieu de travail comme constituant le chemin du travail au sens de l'article 15, 1<sup>er</sup> alinéa, RAI; il faut donc se rallier à l'avis de l'OFAS, qui estime que le droit à un véhicule à moteur est limité dans la mesure où ce moyen auxiliaire doit servir à parcourir seulement une distance que pourrait parcourir, normalement, un homme valide sans véhicule. Sinon, on imputerait à l'AI des frais qui seraient occasionnés aussi à l'homme valide placé dans les mêmes conditions. En conséquence, l'on ne considérera comme chemin du travail, selon l'article 15, 1<sup>er</sup> alinéa, RAI, qu'un trajet correspondant à la distance entre le domicile et la station B, puis entre la station A et le lieu de travail; on y ajoutera la marge de tolérance pour voyages privés accordée par l'administration lors de la remise en prêt d'un véhicule à moteur (cf. ATFA 1966, p. 186 = RCC 1966, p. 311). Il serait inadmissible de considérer aussi le parcours entre les gares de B et de A comme chemin du travail au sens de l'article 15, 1<sup>er</sup> alinéa, RAI, déjà par souci d'équité envers les assurés à qui l'AI remet des véhicules à moteur (et à qui l'AI n'octroie pas seulement des contributions d'amortissement).

## RENTES

*Arrêt du TFA, du 4 février 1971, en la cause E. B.*

Article 28, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI. L'évaluation anticipée de l'invalidité n'est en principe pas admissible, de sorte qu'une décision constatant que l'assuré

ne présentera pas, plus tard, un taux d'invalidité suffisant demeure inopérante sur ce point. (Considérant 1.)

Article 87, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> alinéas, RAI. Lorsque la rente a été refusée parce que la période d'attente de l'article 29, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI n'était pas encore écoulée, l'administration ne saurait se prévaloir de l'absence de modification de l'invalidité. Dans ce cas, la rente débute suivant l'article 48, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI. (Considérant 2.)

*Articolo 28, capoverso 2, LAI. La valutazione anticipata dell'invalidità, di massima, non è lecita, onde una decisione costatante che più tardi l'assicurato non sarà invalido rimane inoperante. (Considerando 1.)*

*Articolo 87, capoversi 3 e 4, OAI. Se la rendita venne rifiutata perchè il periodo d'attesa di cui all'articolo 29, capoverso 1, LAI non era spirato, l'amministrazione non può prevalersi della carenza d'un aumento dell'invalidità. In tal caso, la rendita decorre secondo l'articolo 48, capoverso 2, LAI. (Considerando 2.)*

E. B., né en 1908, marié, s'est annoncé le 7 avril 1967 à l'AI en requérant une rente... Par prononcé du 16 juin 1967, la commission AI rendit le prononcé suivant:

« Le droit à la rente ne pourrait s'ouvrir qu'après une période d'incapacité de travail totale de 360 jours consécutifs ou partielle de 450 ou 540 jours. Non seulement ces délais ne sont pas écoulés, mais il apparaît d'ores et déjà que l'assuré ne remplira pas, plus tard, les conditions ci-dessus. Sa capacité de travail, en effet, est restée dans l'ensemble pratiquement totale, abstraction faite d'une incapacité temporaire qui a duré du 28 février au 30 avril 1967. »

Cette décision fut communiquée à l'assuré le 19 juillet 1967 par les soins de la caisse de compensation.

E. B. s'annonça une nouvelle fois à l'AI le 1<sup>er</sup> avril 1969, en réitérant sa demande de rente...

Le 19 septembre 1969, la commission AI émit un prononcé ayant la teneur suivante:

« L'assuré a fait une rechute qui a nécessité une hospitalisation et entraîné une incapacité de travail temporaire; mais il ne remplit pas, pour autant, les conditions qui lui permettraient d'être mis au bénéfice d'une rente (art. 29 LAI). Il faudrait en effet, pour cela, qu'il ait subi une incapacité de travail de la moitié au moins en moyenne pendant 360 jours. »

Cette décision fut notifiée à E. B. le 6 octobre 1969 par la caisse précitée.

#### *Extrait des considérants:*

1. En l'espèce, la décision du 19 juillet 1967 a en principe réglé définitivement la question du droit à la rente jusqu'à cette date, puisqu'elle est passée en force et que la reconsidération de cet acte administratif ne pourrait intervenir qu'à certaines conditions, fixées par la jurisprudence (cf. par exemple ATFA 1967, p. 217, et les arrêts cités). En revanche, la remarque figurant dans la décision en question et suivant laquelle l'intéressé « ne remplirait pas, plus tard, les conditions » d'octroi d'une rente (à raison du taux probable d'invalidité) ne saurait faire obstacle au verse-

ment d'une semblable prestation pour la période postérieure à l'émission de cet acte administratif. Dans le cas contraire, en effet, on obligerait l'assuré à recourir contre la décision en question, alors même qu'il serait établi que le droit à la rente ne pouvait avoir pris naissance, s'agissant d'un cas de longue maladie. Au demeurant, on ne saurait souscrire en principe à un système s'accommodant d'une évaluation anticipée du taux d'invalidité.

2. Suivant l'article 87, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> alinéas, RAI, lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si cette dernière « établit de manière plausible » (lire: « rend plausible »; texte allemand: « im Revisionsgesuch ist glaubhaft zu machen ») que l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Les effets d'une révision s'exercent lorsque, dans une telle hypothèse, il y a lieu d'augmenter la rente, dès la date de dépôt de la demande (art. 88bis, 3<sup>e</sup> al., RAI). Quand cependant la rente a été refusée parce que la période de 360 jours de l'article 29, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI n'était pas écoulée, l'administration ne saurait se prévaloir de l'absence de modification de l'invalidité, pour les raisons déjà exposées plus haut. C'est donc à bon droit que la nouvelle demande a été examinée. Il faut par conséquent vérifier si, lorsque fut prise, le 6 octobre 1969, la décision aujourd'hui litigieuse, le recourant pouvait prétendre une rente, et depuis quand le cas échéant. Ne s'agissant pas d'une révision suivant l'article 41 LAI, c'est l'article 48, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI qu'il faudra appliquer pour déterminer la date à partir de laquelle la rente pourrait être accordée, au plus tôt...

Pour déterminer si, après le 19 juillet 1967, les conditions auxquelles la loi subordonne l'ouverture du droit à la rente se sont réalisées ou non, il faudra éventuellement tenir compte des périodes d'incapacité de travail antérieures à la date précitée, quand bien même ces périodes ne suffisaient pas à l'époque pour justifier le versement d'une rente.

*Arrêt du TFA, du 11 mai 1971, en la cause P. et F. G.*

**Article 35, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI.** Un enfant du premier lit, dont le droit à la rente d'orphelin s'est éteint en raison du remariage de son père, pourrait prétendre à nouveau ladite rente au décès de sa belle-mère. Celle-ci a donc droit, si elle est invalide, à une rente complémentaire AI pour enfant.

*Articolo 35, capoverso 1, LAI.* Un figlio di primo letto, il cui diritto ad una rendita per orfani è stato soppresso a causa di un secondo matrimonio del padre, potrebbe nuovamente pretendere detta rendita alla morte della matrigna. Quindi la matrigna ha diritto, se invalida, ad una rendita completa dell'AI per figli.

L'assurée a épousé P. G. le 31 décembre 1960. Celui-ci, qui était veuf, avait déjà trois enfants d'un premier lit; leurs rentes d'orphelin simples furent supprimées conformément à l'article 48, 2<sup>e</sup> alinéa, RAVS. Il s'agissait des fils J., né le 30 juillet 1948, D., né le 16 septembre 1950, et de la fille C., née le 4 janvier 1954. Une fille, F., est issue du second mariage du prénommé, le 21 mars 1962.

L'assurée s'est annoncée à l'AI le 24 janvier 1969. Par décision du 10 mars 1970 de la caisse de compensation, une rente entière simple d'invalidité, assortie d'une rente complémentaire pour sa fille F., lui fut accordée dès le 1<sup>er</sup> février 1969. L'époux recourut contre cet acte administratif aux fins d'obtenir des rentes complémentaires pour sa fille C. et son fils J., étudiant au technicum.

Par jugement du 15 juillet 1970, le tribunal cantonal rejeta le recours. P. G. a déféré ce jugement au TFA.

Tandis que la caisse intimée conclut au rejet du recours, l'OFAS, dans son préavis, propose de renvoyer la cause à l'administration pour instructions complémentaires et nouvelle décision.

L'assurée est décédée le 16 décembre 1970. Sa seule héritière, savoir sa fille F., représentée par son père, a décidé de continuer la procédure.

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

1. Vu le décès de l'assurée, le versement de rentes complémentaires, au sens de l'article 35, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, ne pourrait intervenir que pour la période du 1<sup>er</sup> février 1969, date de la naissance du droit à la rente d'invalidité, au 31 décembre 1970. La question du droit à de nouvelles rentes d'orphelin à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1971 et du calcul de celles-ci n'est pas litigieuse aujourd'hui; le TFA ne saurait donc l'examiner. Il appartiendra à l'administration de le faire, en se conformant aux dispositions légales.

2. Selon l'article 35, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, les personnes auxquelles une rente d'invalidité a été allouée ont droit à une rente complémentaire pour chacun des enfants qui, au décès de ces personnes, auraient droit à la rente d'orphelin de l'AVS.

Aux termes de l'article 35, 4<sup>e</sup> alinéa, LAI, le Conseil fédéral est autorisé à édicter des prescriptions particulières, notamment, au sujet du droit aux rentes complémentaires en faveur des enfants issus d'un mariage dissous par le divorce, ainsi qu'en faveur des orphelins de père ou de mère. Cette autorité a ainsi précisé à l'article 31, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI les conditions auxquelles la femme divorcée a droit à une rente complémentaire pour les enfants nés du mariage dissous par le divorce. A l'article 31 bis RAI, elle a déterminé les conséquences du décès d'un des parents de l'enfant en faveur duquel une rente entière double a été allouée du vivant de ses père et mère. Cette dernière disposition ne concerne pas le cas des enfants du premier lit de P. G. La situation de ces derniers est directement réglée par l'article 35, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, qui précise de façon générale que l'invalidé titulaire d'une rente a droit à une rente complémentaire pour chacun *des enfants* (et non pas chacun *de ses enfants*) qui, à son décès, aurait droit à la rente d'orphelin de l'AVS. Or, il n'est pas contesté qu'au décès de leur belle-mère, les enfants susmentionnés auraient à nouveau eu droit en principe à la rente d'orphelin de l'AVS (Directives concernant les rentes, édition 1971, chiffre 182). Il en serait allé de même, du reste, en cas de dissolution par le divorce du second mariage de leur père (v. ATFA 1960, p. 99). Ce n'est dès lors pas solliciter le texte de l'article 35, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI que de constater que les enfants du premier lit, dont le droit à la rente d'orphelin a été supprimé, conformément à l'article 48, 2<sup>e</sup> alinéa, RAVS, en raison du remariage de leur père, peuvent prétendre la rente d'orphelin de l'AVS au décès de leur belle-mère et donnent par conséquent droit à des rentes complémentaires de l'AI. Une semblable solution est conforme au système de la loi: on ne saurait considérer que la belle-mère de tels enfants prenne juridiquement la place de leur mère, dans certains cas — ce qui se traduit par l'extinction du droit à la rente d'orphelin — mais admettre que l'invalidité de cette belle-mère ne suffise pas pour conférer le droit à une rente complémentaire. D'ailleurs, lorsque la loi entend opérer une distinction entre enfant par le sang, enfant naturel, enfant adopté, recueilli ou autre, elle le fait expressément (voir par exemple art. 25 ss LAVS; art. 35, 3<sup>e</sup> al., LAI). Force est donc de reconnaître que le texte de l'article 31, 1<sup>er</sup> alinéa, RAI est trop restrictif, en tant qu'il ne prévoit l'octroi de rentes complémentaires, dans sa version française tout au moins, qu'en faveur des seuls enfants

de la femme mariée invalide (il se pourrait en revanche qu'il soit trop large dans les cas où la rente d'orphelin de mère n'a pas été supprimée malgré le remariage du père).

3. Vu ce qui précède, le recours doit être admis et le droit aux rentes complémentaires de l'AI pour les enfants du premier lit de P. G. reconnu en principe jusqu'au 31 décembre 1970. A cet égard, il n'est pas exclu que les conditions d'octroi d'une rente complémentaire aient été réunies pour le fils D. également. Il en irait ainsi dans l'hypothèse où ce dernier n'aurait terminé son apprentissage qu'après le 1<sup>er</sup> février 1969, question que les pièces du dossier ne permettent pas de trancher définitivement. Certes, son père a renoncé à réclamer une telle prestation en sa faveur devant les premiers juges. La Cour de céans n'est cependant pas liée par les conclusions des parties en l'occurrence (voir art. 132, lettre c, OJ). L'administration examinera dès lors si les autres conditions mises par la loi à l'octroi de la rente d'orphelin de l'AVS auraient été remplies par les trois enfants du premier lit de P. G. au décès de leur belle-mère, pendant la période en cause. Ensuite, elle rendra une nouvelle décision, susceptible de recours, fixant le montant et la durée des rentes complémentaires dues.

*Arrêt du TFA, du 28 avril 1971, en la cause A. V.*

Articles 41 et 81 LAI; articles 97 LAVS et 87, 3<sup>e</sup> alinéa, RAI. L'administration peut revenir sur une décision formellement passée en force,

- rétroactivement, lorsque la décision apparaîtrait sans nul doute erronée et pourvu que sa modification revête une importance appréciable (reconsidération);
- lorsque l'état de fait s'est modifié de manière à influencer les droits de l'assuré, avec effet, au plus tôt, dès ledit changement (revision).

Si une décision passée en force est réexaminée d'office et s'il se révèle ensuite que l'état de fait n'a pas subi de modification susceptible d'influencer les droits de l'assuré, l'administration ne doit pas notifier une nouvelle décision.

Si le bénéficiaire d'une rente demande la revision de la décision, l'administration n'est tenue de procéder à un nouvel examen que si l'assuré rend plausible que son degré d'invalidité s'est modifié dans une mesure suffisante pour influencer ses droits; sinon, la nouvelle demande est irrecevable. Le sort donné à la demande — non-entrée en matière, rejet ou admission — sera porté à la connaissance de l'assuré, dans chaque cas, par une décision susceptible de recours. (Considérant 1; récapitulation de la pratique.)

*Articoli 41 e 81 della LAI, 97 della LAVS e 87, capoverso 3, dell'OAI. L'amministrazione può ritornare su una decisione formalmente cresciuta in giudicato,*

- *con effetto retroattivo, quando la decisione è manifestamente inesatta e purchè la sua modificazione rivesta un'importanza considerevole (riconsiderazione);*
- *quando lo stato di fatto si è modificato in modo tale da influenzare i diritti dell'assicurato; con effetto, al più presto, dal momento della modificazione stessa (revisione).*

*Se una decisione cresciuta in giudicato è riesaminata d'ufficio e si rivela in seguito che lo stato di fatto non ha subito modificazioni tali da influenzare i diritti dell'assicurato, l'amministrazione non deve notificare una nuova decisione.*

*Se il beneficiario di una rendita chiede la revisione di una decisione, l'amministrazione è obbligata a procedere ad un nuovo esame, solo se l'assicurato può rendere credibile, che il suo grado d'invalidità si è modificato in misura sufficiente per influenzare i suoi diritti. Altrimenti la nuova richiesta è irricevibile.*

*La risoluzione sulla richiesta di revisione — concernente la non entrata in materia, la reiezione, l'accoglimento — deve essere, in ogni caso, comunicata all'assicurato con una decisione, che può formare oggetto di ricorso. (Considerando 1, ricapitolazione della prassi.)*

L'assuré, né en 1934, ancien chauffeur professionnel, a acquis le certificat de restaurateur en automne 1962. Dès juin 1963, et d'abord dans la belle saison seulement, il a travaillé dans sa nouvelle profession. Il a continué à faire de temps à autre des transports. Depuis avril 1966, il est gérant d'un café avec un bail de 25 ans.

En septembre 1964 s'est manifestée pour la première fois une artériosclérose précoce des membres inférieurs, affection dont l'assuré souffre actuellement encore. En octobre 1964, il a dû faire un cours de répétition, et bien qu'il eût présenté un certificat médical à la visite sanitaire d'entrée, il a été gardé au service. C'est pourquoi l'assurance militaire l'a mis au bénéfice de ses prestations pour la durée d'une année.

Le 19 novembre 1965, l'assuré s'est adressé à l'AI. Il estimait que, s'il n'était pas malade, il pourrait reprendre une activité de chauffeur à mi-temps à côté de celle de cafetier-restaurateur. La commission AI, après avoir recueilli des renseignements d'ordre médical et économique, a cependant constaté que l'assuré ne présentait pas une invalidité de la moitié au moins et que les mesures médicales envisagées relevaient essentiellement du traitement de l'affection comme telle. La décision refusant toute prestation de l'AI date du 3 mai 1967. Elle n'a pas été attaquée en justice.

En juillet 1969, l'assuré s'est de nouveau adressé à l'AI. Invité à apporter la preuve que, depuis la décision de refus, son invalidité s'était modifiée de façon à influencer ses droits, l'assuré a présenté deux déclarations médicales attestant que son affection s'était aggravée. Il a précisé que, s'il n'était pas malade, son activité principale serait celle de chauffeur et qu'il n'exploiterait son café qu'à titre accessoire. Ce dernier ne marcherait d'ailleurs que grâce à l'aide de son épouse et du personnel qu'il avait dû engager en supplément. La commission AI a fait remplir un questionnaire au Dr D., et a procédé à une enquête économique. De la réponse du médecin, il ressort que l'assuré aurait dû, en principe, continuer le traitement médical, mais qu'il ne l'avait pas fait depuis décembre 1966 et qu'il devrait consulter un spécialiste en chirurgie vasculaire. Le rapport d'enquête économique, daté du 4 décembre 1969, présente, des activités professionnelles de l'assuré, un tableau qui ne diffère guère de celui qui fut établi à la suite de la première demande de rente.

Par décision du 10 février 1970, la caisse de compensation a communiqué à l'assuré que, selon les constatations de la commission AI, son invalidité n'atteignait pas un tiers et qu'il n'avait ainsi pas droit à une rente.

Agissant au nom de l'assuré, son mandataire a recouru. Il a conclu à l'octroi des prestations AI correspondant au taux d'invalidité de son client, et cela dès la demande initiale.

Le tribunal cantonal, constatant que le recourant s'était réadapté de son propre chef dans une activité qui lui permettait d'utiliser en plein sa capacité résiduelle de travail, que le revenu du commerce de l'ordre de 25 000 francs par an était attribuable pour les deux tiers au moins à ses soins, que, s'il était resté chauffeur, il aurait gagné 18 000 francs par an et que le préjudice économique qu'il subissait à cause de sa maladie était donc minime, a rejeté le recours par jugement du 26 mai 1970.

L'assuré, soit son avocat, a interjeté recours de droit administratif. Il renouvelle ses conclusions de première instance et demande en sus toutes mesures de réadaptation adéquates. Il conteste les chiffres de revenu retenus par les premiers juges et renvoie à une attestation d'une fiduciaire.

La caisse de compensation, soit pour elle la commission AI, ainsi que l'OFAS, concluent au rejet du recours.

Par lettres des 5 et 27 janvier 1971, le mandataire de l'assuré communique que l'état de santé de ce dernier s'est aggravé à tel point qu'il a dû consulter un professeur en vue d'une intervention chirurgicale. Le 10 février 1971, il a déposé une lettre de ce spécialiste, traitant de l'évolution des oblitérations aorto-iliaques en général.

Le TFA a rejeté le recours sur la base, notamment, des considérants suivants:

1. La décision attaquée et celle du 3 mai 1967, passée en force, sont identiques en ce sens que l'une et l'autre constatent que le recourant n'a pas droit à une rente de l'AI, parce que son degré d'invalidité est insuffisant. Or, l'administration n'a en principe pas la faculté de rendre une nouvelle décision sur l'état de fait examiné dans une décision antérieure non attaquée en temps utile et d'ouvrir ainsi un nouveau droit de recours. Il faut donc rechercher en premier lieu quel est l'état de fait à la base de la décision litigieuse.

Il est plusieurs circonstances dans lesquelles l'entrée en force de la première décision ne fait pas obstacle à une nouvelle décision susceptible de recours. Il s'agit:

a. De la reconsidération *ex tunc* des décisions passées en force. Selon la jurisprudence, l'administration peut revenir sur ses décisions qui n'ont pas été attaquées en justice lorsqu'elles sont indubitablement erronées et que leur modification revêt une importance considérable (voir par exemple ATFA 1966, p. 56). Ces conditions sont en principe valables aussi lorsqu'il s'agit de reconsidérer certains éléments seulement de l'état de fait retenus dans la décision antérieure.

b. De la reconsidération *ex nunc* des décisions passées en force. Les décisions administratives n'acquiescent force de chose jugée que par rapport à un état de fait déterminé. Leur validité peut notamment être limitée par le droit matériel. Ainsi, il a été jugé que les décisions relatives à l'allocation de rentes ordinaires de l'AVS ont en principe une validité illimitée, car elles ne sont pas soumises à des révisions périodiques (voir par exemple ATFA 1961, p. 103). La situation n'est pas bien différente pour les décisions accordant une rente de l'AI. Leur validité est illimitée dans la mesure où n'intervient pas un changement de l'état de fait apte à modifier les droits de l'assuré (art. 41 LAI). Ce principe général est aussi valable lorsque, dans la décision antérieure, le droit de l'intéressé à une rente a été nié; la nature des éléments déterminants est en effet la même pour l'octroi et le refus de la rente.

c. De la reconsidération sur demande de l'intéressé. Dans les deux hypothèses susmentionnées, il faut différencier suivant que la procédure tendant à la modification de la décision antérieure est introduite d'office ou sur demande de l'intéressé. Si elle l'est d'office et aboutit à la confirmation du statu quo, il n'est pas rendu de nouvelle décision susceptible de recours. Si le nouvel examen a lieu sur demande, une décision

susceptible de recours doit être rendue même si le résultat en est négatif (voir ATFA 1963, p. 213).

Lorsqu'il s'agit de reconsidérer *ex nunc* une décision octroyant ou refusant une rente, l'administration n'est tenue de procéder à un nouvel examen sur demande que si le requérant « établit de manière plausible » (en allemand : « ist glaubhaft zu machen ») que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> al., RAI). Sinon, la nouvelle demande est irrecevable.

2. Dans l'espèce, invité à « apporter la preuve » que son invalidité s'était modifiée de façon à influencer ses droits, l'assuré a présenté deux déclarations médicales attestant une aggravation de son affection depuis le début de 1967; il a précisé qu'il avait abandonné son métier de chauffeur parce qu'il avait pris la direction de deux cafés et qu'il avait dû renoncer à l'exploitation du second en raison de son état de santé. La commission AI a considéré ces déclarations médicales et les précisions apportées par l'assuré comme suffisantes pour pouvoir entrer en matière. Elle ne s'en est ainsi pas tenue à la condition stricte figurant dans sa propre communication. Elle ne s'est cependant pas éloignée du sens de l'article 87, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> alinéas, RAI, lequel — le texte allemand le montre clairement — est non pas d'obliger le requérant à apporter des preuves qui souvent ne lui seront pas accessibles, mais de permettre d'écarter des demandes successives sans plus ample examen.

3. La décision attaquée maintient le statu quo et exprime ainsi, d'une part, que l'administration n'avait pas de motif de revenir sur la décision antérieure et qu'elle était donc liée par celle-ci et, d'autre part, que la situation de fait, telle qu'elle existait au moment où cette première décision a été rendue, ne s'était pas modifiée de façon à influencer le droit de l'assuré d'obtenir une rente. Le juge appelé à statuer sur recours est en conséquence également lié par la décision du 3 mai 1967 et doit se borner à examiner si la décision attaquée nie à juste titre une modification importante.

De la comparaison des rapports médicaux déposés par le Dr D. les 9 février 1967 et 4 décembre 1969, il appert qu'une aggravation significative de l'affection dont souffre l'assuré n'est pas intervenue. Dans le premier rapport, il est dit que le patient présente des phénomènes ischémiques des membres inférieurs et se plaint de claudication intermittente après 200 mètres de marche environ. Jusqu'en décembre 1966, il n'avait jamais pris de médicaments. Le médecin estimait qu'indépendamment des possibilités de gain que l'assuré avait alors, son invalidité était des deux tiers au moins. Dans le deuxième rapport, il est constaté que les phénomènes ischémiques se sont aggravés lentement au cours des trois dernières années. Le patient disait que les symptômes de claudication intermittente apparaissaient plus vite qu'auparavant; mais il n'avait pas continué le traitement depuis décembre 1966. Quant à son incapacité de travail, le Dr D. l'estimait être de 50 à 60 % depuis le début de 1969.

Quant aux répercussions de l'affection de l'assuré sur sa capacité de gain, la comparaison des enquêtes économiques des 16 mars 1967 et 4 décembre 1969 ne permet pas non plus d'admettre une modification propre à influencer le droit à la rente. Du premier rapport d'enquête, il ressort que l'assuré n'avait jamais eu la direction de deux cafés à la fois...

Le rapport du 4 décembre 1969 donne des activités professionnelles du recourant le tableau suivant:

« ... Il se lève à 8 heures du matin, alors que l'établissement est ouvert à 6 heures. Après s'être rendu au café pour jeter un coup d'œil, lire les journaux, il s'occupe de la cuisson du dîner pour 15 à 20 personnes (...) Il faut préciser que les légumes sont préparés par une fille de cuisine qui donne également des coups de main au café pour

le lavage des verres, la préparation des consommations et les nettoyages. Le service de table est assuré par les deux sommelières. Aussitôt après le dîner, l'assuré fait sa cure de repos, qui dure environ deux heures. L'après-midi, il s'occupe des emplettes en ville et tient les comptes du commerce. D'une manière générale, c'est aussi lui qui reçoit les représentants. On le trouve au café quatre soirs par semaine et c'est lui qui assure la fermeture... Son épouse participe aussi à la marche du commerce. De 11 heures à midi, elle collabore avec son mari à la préparation du dîner. Elle fait aussi acte de présence quelques heures par jour au café... Depuis deux ans, les travaux de la cave sont accomplis par deux jeunes gens qui viennent chaque soir mettre un peu d'ordre; ils reçoivent 15 à 20 francs par semaine pour les deux.

...

L'assuré reconnaît que même en bonne santé, il lui serait difficile de prendre un emploi salarié, d'autant plus qu'il faudrait engager une cuisinière ou abandonner la restauration. Il prétend toutefois que deux employées à plein temps et une à mi-temps suffiraient pour le service du café et de la cuisine. »

On peut donc constater que le recourant ne met plus lui-même de l'ordre à la cave. Voudrait-on voir là une modification importante, qu'elle serait largement compensée par le fait qu'il s'occupe maintenant de la préparation du dîner pour les pensionnaires et la famille. Il est en conséquence superflu de procéder à l'évaluation du degré d'invalidité prévu à l'article 28, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI. S'il était d'ailleurs nécessaire de constater ce degré parce qu'une modification pouvant influencer éventuellement sur le droit à la rente ne saurait être niée, la comparaison ne devrait pas se faire en l'espèce entre le gain réalisable dans une activité de chauffeur et celui dont on pourrait raisonnablement exiger de l'assuré qu'il l'obtienne dans sa profession actuelle.

4. ...

*Arrêt du TFA, du 29 mars 1971, en la cause R. H. (traduction de l'allemand).*

**Article 6, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI et article 19, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre b, de la Convention sur la sécurité sociale entre la Confédération suisse et la République fédérale d'Allemagne, du 25 février 1964. S'agissant de leur droit à une rente de l'AI suisse, les ressortissants allemands sont réputés affiliés à l'assurance-pensions allemande si elle leur a crédité des périodes de cotisations, effectives ou valant comme telles, immédiatement avant la réalisation du risque assuré selon le droit suisse. — Caractère déterminant d'attestations de l'organisme compétent allemand.**

*Articolo 6, capoverso 1, LAI e articolo 19, capoverso 1, lettera b, della Convenzione tra la Confederazione svizzera e la Repubblica federale di Germania sulla sicurezza sociale 25 febbraio 1964. Trattandosi del diritto ad una rendita dell'assicurazione per l'invalidità svizzera, sono da considerare affiliati all'assicurazione di rendita tedesca i cittadini germanici cui vennero accreditati in essa i periodi di contribuzione effettiva o periodi assimilati trascorsi immediatamente prima dell'evento assicurato giusta il diritto svizzero. — Importanza di ciò che il competente organismo germanico attesta.*

Née en 1931, R. H., de nationalité allemande, a travaillé en Suisse de mai 1950 à fin janvier 1956. Ensuite, elle est retournée en Allemagne, où elle a travaillé, en dernier

lieu, au service de la maison B. Elle souffre d'une polyarthrite primaire chronique. Une poussée aiguë de cette maladie la contraignit à quitter son travail le 5 septembre 1968. Selon la Landesversicherungsanstalt du pays de Bade, c'est ce jour-là qu'est survenu, d'après le droit allemand, l'événement assuré, soit l'incapacité de gain. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1969, R. H. reçoit de cet organe une rente d'incapacité de gain.

Le 18 août 1969, elle demanda une rente de l'AI suisse. La caisse de compensation rejeta cette demande par décision du 18 février 1970. La commission AI avait en effet considéré l'affection médicale en cause comme une maladie de longue durée au sens de la deuxième variante de l'article 29, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, si bien qu'un droit à la rente n'aurait pu prendre naissance, au plus tôt, que 360 jours après le début de l'incapacité de travail, soit le 1<sup>er</sup> août 1969. La requérante n'ayant accompli des périodes de cotisations auprès de l'assurance allemande que jusqu'au 3 septembre 1968, elle n'était donc plus assurée lors de la survenance de son invalidité.

Saisie d'un recours, l'autorité juridictionnelle de première instance confirma cette décision par jugement du 9 juillet 1970.

R. H. a interjeté en temps utile un recours de droit administratif. Elle estime remplir toutes les conditions du droit à la rente et sollicite un examen bienveillant de son cas. La caisse de compensation, se référant à l'avis qu'elle avait exprimé en procédure de première instance (elle y avait déclaré que la réglementation internationale actuelle n'est pas satisfaisante), s'est abstenue de présenter une proposition. Quant à l'OFAS, il conclut au rejet du recours de droit administratif.

Le TFA a rejeté le recours pour les motifs suivants:

1. Aux termes de l'article 29, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, l'assuré a droit à la rente dès qu'il présente une incapacité permanente de gain de la moitié au moins (variante 1) ou dès qu'il a subi, sans interruption notable, une incapacité de travail de la moitié au moins en moyenne pendant 360 jours, autant qu'il présente encore une incapacité de gain de la moitié au moins (variante 2). Ainsi que le juge de première instance l'a constaté, c'est cette variante-ci qui est applicable en l'espèce. La recourante ayant été incapable de travailler d'une manière ininterrompue depuis le 5 septembre 1968 seulement, il a été admis avec raison que la survenance de l'événement assuré n'a pu avoir lieu, selon le droit suisse, avant le mois d'août 1969.

2. Selon l'article 6, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, la personne qui était assurée au moment de la survenance du cas d'assurance a droit aux prestations de l'AI suisse. L'article 19, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre b, de la convention germano-suisse de sécurité sociale, du 25 février 1964, prévoit que les ressortissants allemands affiliés à l'assurance-pensions allemande sont également considérés comme assurés au sens des dispositions légales suisses en ce qui concerne le droit aux rentes ordinaires de l'AI. Ce concept juridique de l'affiliation à l'assurance relève ici de l'interprétation de ladite convention, et non du droit interne. On doit partir du fait que les ressortissants des deux Etats bénéficient, selon l'article 4 de la convention, de l'égalité de traitement quant aux droits et obligations résultant pour eux de la législation des parties contractantes. Un ressortissant allemand ne peut donc exiger davantage, ou autre chose, des assurances sociales suisses qu'un citoyen suisse placé dans une situation analogue. Ce dernier, s'il était précédemment assuré en Suisse et a cessé d'appartenir à l'assurance obligatoire par suite du transfert de son domicile en Allemagne, ne peut voir subsister son droit potentiel à des prestations de l'AI suisse que s'il adhère à l'assurance facultative. Il doit, à cet effet, continuer à payer régulièrement des cotisations à l'assurance suisse. Grâce à la reconnaissance réciproque des périodes d'assurance, un ressortissant allemand qui était assuré en Suisse et transfère son domicile en Alle-

magne peut ainsi satisfaire à la condition posée par l'article 19, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre b, de la convention s'il compte des périodes de cotisations dans l'assurance allemande au moins jusqu'à un moment qui précède immédiatement la survenance de l'événement assuré selon le droit suisse. Sont également reconnues, à cet égard, des périodes sans cotisations, autant qu'elles influencent les données personnelles du calcul de la rente et que leur existence puisse être dûment prouvée. Cette conception a été portée à la connaissance du partenaire contractuel allemand par la délégation suisse, qui l'a exprimée dans les termes suivants (document établi à Fribourg-en-Brisgau le 31 mars 1967; ici en traduction):

« La délégation suisse fait savoir à la délégation allemande, en se référant aux questions soulevées par les organes allemands de liaison de l'assurance-pensions à propos de l'article 19, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre b, de la convention, que les organismes d'assurance suisses considèrent comme déterminant pour l'application de ladite disposition, sous réserve de la jurisprudence, le fait que le requérant ait accompli, immédiatement avant la survenance de l'événement assuré, des périodes de cotisations, effectives ou assimilées (Beitragszeiten oder Ausfallzeiten), dans l'assurance-pensions allemande. »

Cette interprétation, confirmée par une jurisprudence constante, n'a, semble-t-il, jamais été contestée par le partenaire contractuel allemand.

La question de savoir si ces conditions sont réalisées dans un cas d'espèce relève exclusivement du droit allemand. Force est donc aux autorités suisses de s'en remettre aux attestations de l'organe de liaison allemand. Du côté suisse, le seul point à examiner est celui de savoir si une telle attestation renseigne effectivement sur l'affiliation à l'assurance et si elle remplit, dans le cadre des arrangements pris au niveau international, les conditions mises à sa reconnaissance.

3. En l'espèce, la Landesversicherungsanstalt du pays de Bade a confirmé, le 26 août 1969, que d'après ses constatations, R. H. avait accompli en dernier lieu jusqu'au 3 septembre 1968 des périodes de cotisations, effectives ou assimilées, dans l'assurance-pensions allemande. Il n'est pas prétendu que la recourante ait encore été assurée en Allemagne au mois d'août 1969, au sens de l'article 19, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre b, de la convention; rien d'ailleurs ne permet, en l'état du dossier, d'admettre l'existence d'une affiliation à cette époque. Il n'y a donc pas lieu de se demander comment il faudrait procéder si la situation se présentait sous un jour différent.

De même, l'allusion de l'organe de liaison à la date de la survenance de l'événement assuré selon le droit allemand n'est d'aucune utilité pour la recourante. Lorsqu'on veut appliquer la disposition précitée de la convention germano-suisse, on doit rechercher uniquement quelles sont les périodes de cotisations effectivement accomplies ou assimilées. Dans tous les cas, la convention n'a nullement établi un principe d'attraction mutuelle dans l'octroi des rentes. Une telle concession en faveur du partenaire contractuel allemand n'apparaîtrait d'ailleurs conciliable avec l'égalité de traitement que dans des cas très exceptionnels (cf. considérant 2 ci-dessus).

4. La Cour de céans a pleine conscience de la complexité des problèmes qui sont liés à la situation juridique actuelle. Celle-ci résulte, comme c'est toujours le cas en matière de conventions internationales (et l'assurance sociale ne saurait échapper à cette règle), d'une construction bilatérale dominée par ses propres critères internes de pondération, devant lesquels le juge ne peut que s'incliner, tenu qu'il est de voir en eux l'expression de la commune volonté des parties tant et aussi longtemps, du moins, qu'elles n'ont pas convenu d'apporter d'elles-mêmes quelque retouche à l'édifice ainsi échafaudé.

## Prestations complémentaires

*Arrêt du TFA, du 2 février 1971, en la cause M. R.*

Article 3, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre a, LPC. Pour calculer la PC revenant à un associé d'une société en nom collectif, il faut tenir compte, en principe, non seulement du montant de ses prélèvements, mais encore de sa participation aux bénéfices ou aux pertes commerciales de la société.

*Articolo 3, capoverso 1, lettera a, della LPC. Per calcolare la PC spettante ad un socio di una società in nome collettivo, occorre tener conto, in principio, non soltanto dell'importo dei suoi prelievi, ma anche della sua quota di utile e perdita sociale.*

M. R., née en 1910, épouse de J. R., touche une rente simple d'invalidité de 2400 francs par an. En octobre 1969, elle a requis l'octroi d'une PC.

J. R. forme avec ses deux fils une société en nom collectif, qui exploite une entreprise de transports. Selon les indications figurant dans la demande de prestations, il touche un « salaire » de 14 400 francs par an. C'est ce chiffre qu'a retenu la caisse. Par décision du 14 novembre 1969, elle a donc refusé la prestation sollicitée, le revenu du couple dépassant la limite légale.

L'intéressée a recouru. S'appuyant sur la situation comptable de l'entreprise, elle faisait valoir que son époux avait prélevé en 1968, à titre de « salaire », un montant de 9462 fr. 60. Elle ajoutait que la fortune de la société avait diminué en 1968 de 15 580 fr. 56. Chacun des associés supportant un tiers de la perte, soit 5193 fr. 50, cette part devrait être déduite du revenu, le ramenant à 4269 fr. 10.

Le tribunal cantonal des assurances a retenu le chiffre de 9462 fr. 60 représentant le montant effectivement touché par J. R. La limite de revenu légale se trouvant néanmoins dépassée, il a débouté la recourante par jugement du 25 mars 1970.

M. R. a interjeté recours de droit administratif. Elle conclut, pièces à l'appui, à ce que soit retenu le montant de 4269 fr. 10, représentant le revenu fiscalement imposable.

La caisse de compensation et l'OFAS proposent de rejeter ce recours.

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

1. Le litige porte uniquement sur la détermination du revenu du mari.

Il est deux manières d'envisager la question, l'une mettant l'accent sur l'entité que constitue la société en nom collectif, l'autre sur son caractère de société de personnes.

a. La société en nom collectif est certes une société de personnes, mais qui possède certains des attributs de la personne morale. Elle peut ainsi, « sous sa raison sociale,

acquérir des droits et s'engager, actionner et être actionnée en justice » (art. 562 CO). Aussi la doctrine parle-t-elle parfois d'une « quasi-personnalité » (Brosset/Schmidt: *Guide des sociétés en droit suisse*, Genève 1962, tome I, p. 139), ou relève à tout le moins l'« unité » que représente la société envers les tiers (Guhl: *Das schweizerische Obligationenrecht*, 4<sup>e</sup> éd., 1948, p. 416) et l'« autonomie » dont elle jouit quant à ses biens (Hartmann: *Kommentar zum ZGB*, art. 562 CO, n. 2).

Cette nature hybride apparaît non seulement à l'égard des tiers, mais aussi dans les rapports des associés entre eux et avec la société. Ainsi, tandis que l'associé d'une société simple n'a jamais droit à indemnité pour son travail (art. 537, 3<sup>e</sup> al., OR) mais n'a droit qu'à sa part des bénéfices (art. 532 et 533 OR), et alors même qu'il en va en principe de même dans la société en nom collectif (art. 557, 2<sup>e</sup> al., CO), la loi dispose que le contrat peut prévoir le versement d'intérêts sur la part sociale même si elle a été diminuée par des pertes (art. 558, 2<sup>e</sup> al., CO) ou encore le paiement d'honoraires (art. 559 CO), qui sont assimilés à une dette de la société lors du calcul des bénéfices et des pertes (art. 558, 3<sup>e</sup> al., CO) et dont la créance peut être produite dans la faillite de la société (art. 570, 2<sup>e</sup> al., CO). De plus, aucun associé n'est tenu de compléter son apport réduit par des pertes; il ne pourra simplement pas retirer de bénéfices avant que sa part ait été reconstituée (art. 560 CO). Malgré la responsabilité personnelle illimitée — mais subsidiaire — des associés, il y a donc très nette distinction entre leur fortune et l'actif social de la société.

Si l'on tient cette distinction pour déterminante, dans le domaine en cause dans la présente procédure, on aboutit à la solution retenue par le juge cantonal. J. R. reconnaît en effet avoir prélevé en 1968 un montant de 9462 fr. 60 à titre de « salaire ». Ce prélèvement représente nécessairement des honoraires convenus (art. 559, 2<sup>e</sup> al., CO), auxquels il a droit même si la société fait des pertes. On pourrait même se demander si les honoraires convenus n'étaient pas de 14 400 francs, comme indiqué dans la demande de prestations, et si la part à laquelle l'intéressé aurait renoncé ne devrait pas être aussi prise en compte (art. 3, 1<sup>er</sup> al., lettre f, LPC); il est toutefois superflu de poursuivre l'enquête sur ce point, le résultat pratique (refus de prestations) demeurant identique. Quant aux pertes de la société, elles diminuent certes sa part de l'actif social (représentent donc une diminution de fortune), mais non pas le revenu précité, l'associé n'étant pas tenu de compléter son apport réduit par ces pertes; celles-ci se répercuteront uniquement sur les futures répartitions de bénéfices.

Cette solution, qui était celle des systèmes fiscaux imposant le seul produit du travail, a pour qualité essentielle de refléter fidèlement les disponibilités, comme le reconnaît d'ailleurs la recourante. Elle serre donc de très près la réalité du besoin actuel et paraît répondre par là au mieux au but visé par la LPC. Cependant, elle présente d'autre part des inconvénients, dont le plus grave sans doute découle du fait que les associés sont libres de ne pas prévoir d'honoraires (la preuve d'une convention contraire incomberait à l'administration). Même si la société faisait à nouveau de brillantes affaires, l'intéressé n'aurait alors des années durant aucun revenu (et aurait droit à des PC) aussi longtemps que sa part de l'actif social ne serait pas reconstituée par les bénéfices; voire peut-être au-delà, l'intéressé pouvant laisser cette part s'accroître selon l'article 559, 3<sup>e</sup> alinéa, CO (accroissement que l'on ne pourrait guère assimiler à un revenu, puisqu'on refuse une telle assimilation en cas de diminution de cette part). — Si elle serre de près la réalité du besoin actuel, la première solution ci-dessus exposée ne le fait donc que dans l'immédiat. Cependant, elle peut en déformer l'image dans l'avenir proche ou lointain, au point d'aboutir alors à des résultats manifestement contraires à cette même réalité.

b. La seconde manière d'envisager la question part du caractère de société de personnes qui, dans les rapports internes — en principe déterminants —, demeure

le trait dominant de la société en nom collectif. Elle considère que cette société n'est pas une personne morale qui, comme telle, existerait indépendamment de la personne de ceux qui la composent, mais qu'« elle se confond au contraire avec l'ensemble des associés actuels » (ATF 72 II 180). Si le Tribunal fédéral, dans l'arrêt précité, a adopté cette thèse pour calculer le dommage subi par la société du fait de la rupture d'un contrat, le droit fiscal — dans le système, aujourd'hui communément appliqué, de l'imposition du revenu global — l'adopte de même pour déterminer le revenu de chaque associé individuellement. C'est ainsi que la pratique fiscale attribuée à chacun des associés sa part aux bénéfices et aux pertes commerciales de la société, que ces dernières sont donc déduites du revenu personnel (voir par exemple Blumenstein: *System des Steuerrechts*, 2<sup>e</sup> éd., pp. 36 et 173; Känzig: *Wehrsteuer*, art. 18, n. 2-5, et art. 22, n. 88; Gygax: *Schweizerisches Steuer-Lexikon*, vol. 1, ch. 192).

Si l'on adopte cette méthode dans le domaine en cause dans la présente procédure, on aboutit à la solution requise par la recourante. Le montant prélevé par J. R. à titre de « salaire » devrait être en effet diminué de sa part aux pertes de la société durant la même période. Cette solution présente des avantages et des inconvénients inverses de ceux de la solution exposée sous lettre *a* ci-dessus. Son défaut principal est de ne guère refléter les disponibilités, donc de ne pas rendre un compte fidèle du besoin actuel; et cela parce que la diminution de l'apport, entraînée par la perte subie, ne doit pas être immédiatement comblée. Or, ainsi que le dit très justement le juge cantonal, l'octroi des PC devrait dépendre « du revenu effectif de l'ayant droit et non d'une situation théorique ». — Toutefois, cette deuxième solution n'est pas dépourvue de qualités. D'abord, elle évite le danger de « manipulation » des honoraires convenus ou du moins réduit considérablement sa portée. Ensuite, elle donne à moyenne et longue échéance une image plus exacte de la réalité économique, soit dès l'instant où la société réalise à nouveau des bénéfices et plus encore lorsque de tels bénéfices servent à accroître l'apport selon l'article 559, 3<sup>e</sup> alinéa, CO. Enfin, les indications sont aisément contrôlables — encore qu'avec un décalage dans le temps — sur la base des dossiers fiscaux, vu l'identité des principes. Et si l'on considère en sus que la solution retenue par le fisc est appliquée dans l'AVS en matière de cotisations déjà, ce dernier avantage prend un intérêt considérable non seulement sous l'aspect du contrôle, mais aussi sous celui de la plus grande unification possible des normes légales (voir par exemple en ce sens RCC 1968, p. 590, considérant 3). C'est donc en principe cette seconde solution qu'il faut retenir pour l'évaluation du revenu déterminant la PC. En revanche, il n'y a aucune raison de l'adopter dans ce domaine lorsque l'existence de réserves latentes considérables est prouvée. Là encore, on se fondera dans la mesure du possible sur le dossier fiscal (voir ATFA 1969, pp. 242 ss = RCC 1970, p. 479).

2. La conséquence en est l'admission du recours en son principe...

## CHRONIQUE MENSUELLE

Le Conseil fédéral a approuvé, le 11 octobre, le *message à l'Assemblée fédérale concernant la 8<sup>e</sup> révision de l'AVS*. Les propositions que contient ce document ont été rendues publiques le 21 octobre lors d'une conférence de presse. On trouvera à la page 502 un exposé du nouveau système prévu.

\*

La *commission des questions de réadaptation médicale dans l'AI* a tenu sa 11<sup>e</sup> séance le 19 octobre sous la présidence de M. Granacher, de l'Office fédéral des assurances sociales. Elle a achevé le réexamen de la circulaire concernant les mesures médicales dans l'AI, si bien que les instructions administratives valables pour l'ensemble du domaine de la réadaptation médicale sont à présent mises à jour. La commission a discuté, en outre, le problème des répercussions que pourrait avoir sur l'AI la future révision de l'assurance-maladie. Cette séance a eu lieu à Lausanne.

\*

Le Conseil fédéral a décidé, le 20 octobre, de fixer au 1<sup>er</sup> janvier 1972 l'entrée en vigueur de l'*ordonnance concernant les infirmités congénitales*, remaniée par la commission des questions de réadaptation médicale dans l'AI. Il y a été tenu compte des expériences acquises depuis la dernière révision en 1965, ainsi que des plus récentes découvertes médicales. La liste des infirmités donnant droit aux prestations a été élargie, et les obligations de l'AI ont été délimitées de façon différenciée. Enfin, en ce qui concerne les infirmités congénitales psychiques, les devoirs de l'assurance ont été redéfinis et étendus. Ces innovations sont exposées en détail et commentées à la page 509.

\*

La *fondation suisse « Pour la Vieillesse »* a tenu son assemblée des délégués à Saint-Gall, le 25 octobre. Son président, M. Tschudi, conseiller fédéral, a montré, à cette occasion, l'importance de l'activité qui incombera à la fondation même après la révision de l'AVS, notamment dans le domaine des soins aux personnes âgées. Il est prévu, a ajouté le conseiller fédéral, de créer une

base constitutionnelle qui assurera à ces œuvres sociales le soutien de la Confédération. La séance a été marquée, notamment, par un changement dans la présidence du comité de direction. M. Walter Saxer, professeur, qui a su donner à la fondation une orientation nouvelle en vue de son activité parallèle à celle de l'AVS, a présenté sa démission; des témoignages de gratitude bien mérités ont salué la fin de sa longue carrière de président. Le successeur de M. Saxer a été nommé à l'unanimité en la personne de M. Rudolf Meier, d<sup>r</sup> honoris causa et ancien conseiller d'Etat, Eglisau. M. Meier présidera donc désormais le comité de direction.

\*

Une *conférence des gérants des offices régionaux AI* s'est réunie à Berne le 26 octobre, pour la deuxième fois cette année, sur l'invitation de l'Office fédéral des assurances sociales. Elle était présidée de nouveau par M. Achermann. La discussion a porté tout d'abord (avec la participation de deux délégués de la commission intercantonale des bourses) sur la prise en compte des bourses de droit public en cas de formation professionnelle initiale. Ensuite, on a étudié le problème de la vocation qui peut se poser dans certains cas de réadaptation, ainsi que diverses questions touchant les prestations individuelles aux invalides.

\*

La *commission des cotisations* a siégé le 2 novembre sous la présidence de M. Wettenschwiler, de l'Office fédéral des assurances sociales. Elle a commencé à examiner les questions que posent, dans la 8<sup>e</sup> révision de l'AVS, les modifications du règlement d'exécution.

\*

Le *groupe de travail pour la coordination des contrôles d'employeurs de l'AVS et de la CNA* a tenu sa dernière séance le 4 novembre sous la présidence du professeur B. Lutz. Il a mis au point le texte de son rapport au Département fédéral de l'intérieur. La RCC publiera, en temps opportun, un résumé de ce document.

## **La 8<sup>e</sup> révision de l'AVS en route**

L'œuvre de perfectionnement de la prévoyance-vieillesse, survivants et invalidité est entrée dans un stade nouveau. Le 11 octobre, le Conseil fédéral a approuvé le texte du message à l'Assemblée fédérale concernant la 8<sup>e</sup> révision de l'AVS.

Le 21, M. Tschudi, conseiller fédéral, a commenté le projet devant les journalistes du Palais fédéral. Son exposé est reproduit ci-après, sous une forme condensée. M. Kaiser, privat-docent, conseiller mathématique des assurances sociales, et M<sup>lle</sup> Bridel, adjointe à l'Office fédéral des assurances sociales, prirent part à cette conférence et y traitèrent certaines questions touchant le nouveau système de prévoyance. Quelques données particulièrement intéressantes, sous forme de tableaux et de graphiques, sont publiées avec de brefs commentaires dans le présent numéro de la RCC; d'autres le seront dans le prochain.

### **Remarques introductives de M. H. P. Tschudi, conseiller fédéral**

Les Chambres fédérales, lors de l'examen du rapport de la commission fédérale d'experts chargée d'examiner les mesures propres à encourager la prévoyance professionnelle pour les cas de vieillesse, d'invalidité et de décès, se sont ralliées à la conception du Conseil fédéral quant à la garantie de moyens d'existence aux personnes âgées, aux invalides et aux survivants. Cette conception sera fondée sur une nouvelle teneur de l'article 34 quater de la Constitution. Jusqu'ici, on tendait à garantir le minimum vital; désormais, celui qui quitte la vie active se verra garantir dans une mesure appropriée le maintien de son niveau de vie antérieur. La vieillesse ne doit plus être la cause d'un déclassement social. Pour atteindre ce but, il faut développer les trois piliers de la prévoyance-vieillesse.

Le Conseil fédéral examinera dans un très proche avenir un message relatif à la revision de l'article 34 quater de la Constitution, message qui sera transmis aux Chambres avant la session d'hiver. Le nouvel article constitutionnel ne contiendra pas que des dispositions rendant obligatoire l'affiliation à des institutions de prévoyance d'association et d'entreprise et encourageant la prévoyance individuelle; il comportera aussi un développement important de l'AVS et de l'AI. On ne saurait plus considérer ces assurances comme des assurances de base; elles doivent désormais couvrir de manière appropriée les besoins vitaux.

Le Conseil fédéral est d'avis que le développement de la prévoyance-vieillesse est à ce point urgent qu'on ne peut attendre l'adoption par le peuple et les cantons du nouvel article constitutionnel pour modifier l'AVS et l'AI. Il propose donc dès maintenant une importante 8<sup>e</sup> revision de l'AVS accompagnée des adaptations indispensables de l'AI et des PC. L'examen de l'article constitutionnel et celui de la 8<sup>e</sup> revision de l'AVS pourront donc être faits parallèlement par les Chambres. Le nouveau parlement pourra entreprendre l'étude des deux projets.

La 8<sup>e</sup> révision de l'AVS comporte des améliorations sans comparaison avec celles des révisions précédentes. Les propositions suivantes en sont la preuve:

- les rentes, du moins leur minimum et leur maximum, seront presque doublées: rentes mensuelles pour les personnes seules variant entre 400 et 800 francs, et pour les couples entre 600 et 1200 francs;
- nouvelle augmentation des rentes, lors d'une seconde étape, le 1<sup>er</sup> janvier 1975;
- augmentation des limites de revenu déterminantes pour les prestations complémentaires:

dès 1973 pour les personnes seules	Fr. 5 400.— à 6 000.—
pour les couples	Fr. 8 100.— à 9 000.—
dès 1975 pour les personnes seules	Fr. 6 600.— à 7 200.—
pour les couples	Fr. 9 900.— à 10 800.—
- droit inconditionnel de la femme mariée de demander le paiement de la moitié de la rente pour couple;
- améliorations de la rente de la femme divorcée;
- nouvelle possibilité pour les Suisses de l'étranger d'adhérer à l'AVS et à l'AI facultatives;
- cotisations à l'AVS et à l'AI portées de 5,8 % à 8 %, plus tard à 8,6 % au maximum;
- contributions de la Confédération et des cantons dont le pourcentage reste le même, mais dont le montant absolu augmente fortement.

Les améliorations des prestations entraîneront en 1973 déjà des dépenses supplémentaires de 2,7 milliards de francs; cette année-là, les dépenses totales de l'AVS, de l'AI et des PC s'élèveront à 7,6 milliards; en 1975, elles seront de 9,3 milliards.

L'augmentation des limites de revenus déterminantes pour les PC est nécessaire pour compenser le renchérissement et pour faire participer les bénéficiaires de rentes nécessiteux à l'augmentation du produit national. Certes, on tend à faire disparaître les PC. Un premier pas dans ce sens sera fait à l'occasion de la 8<sup>e</sup> révision, car les dépenses et le nombre des bénéficiaires diminueront en raison de la forte augmentation des rentes AVS. Les PC seront supprimées pour les salariés dès que le deuxième pilier déploiera tous ses effets.

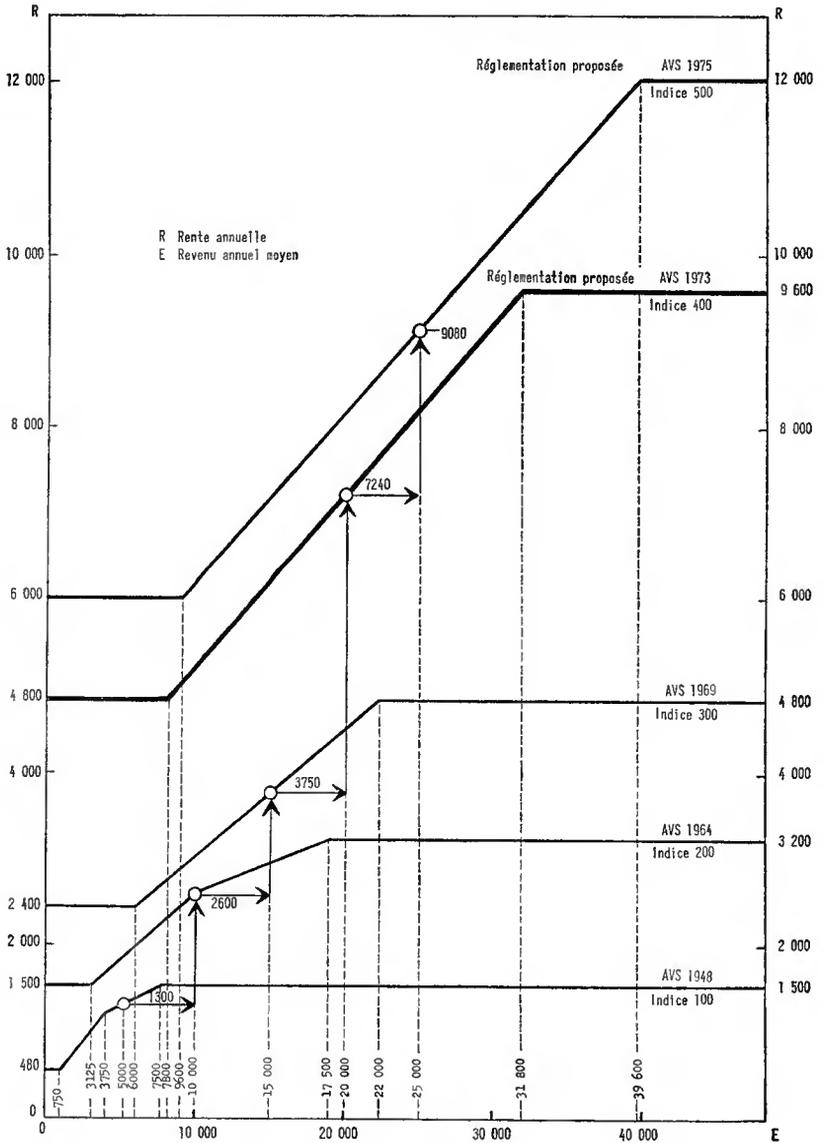
Un des avantages de la 8<sup>e</sup> révision de l'AVS consiste en ce que les bénéficiaires de rentes recevront les prestations augmentées dès l'entrée en vigueur de la loi. En revanche, les entreprises qui n'ont pas encore de caisse de pension (2<sup>e</sup> pilier) ou dont l'institution de prévoyance est insuffisante devront d'abord

en créer une. Le projet de nouvel article constitutionnel prévoit à cet effet un délai variant, selon le revenu, entre 10 et 20 ans. Ainsi, même pour les classes de revenus inférieures, il y aura un délai transitoire. Dans ces conditions, l'important développement de l'AVS a une signification toute particulière pour les actuels bénéficiaires de rentes et pour ceux qui atteindront bientôt l'âge à partir duquel la rente de l'AVS est versée.

Les cotisations accrues représentent une charge notable pour les assurés et pour les employeurs; il en va de même pour les pouvoirs publics dont le montant des contributions est augmenté. La prévoyance professionnelle obligatoire élèvera encore ces charges pour l'économie. Cependant, ces dépenses se justifient puisqu'elles sont indispensables pour garantir aux personnes âgées une vieillesse à l'abri des soucis financiers. On peut dire que la 8<sup>e</sup> révision de l'AVS permettra de faire un pas important vers la réalisation de la sécurité sociale pour les personnes âgées et les invalides.

# Rente simple de vieillesse

## Evolution de la rente complète depuis 1948

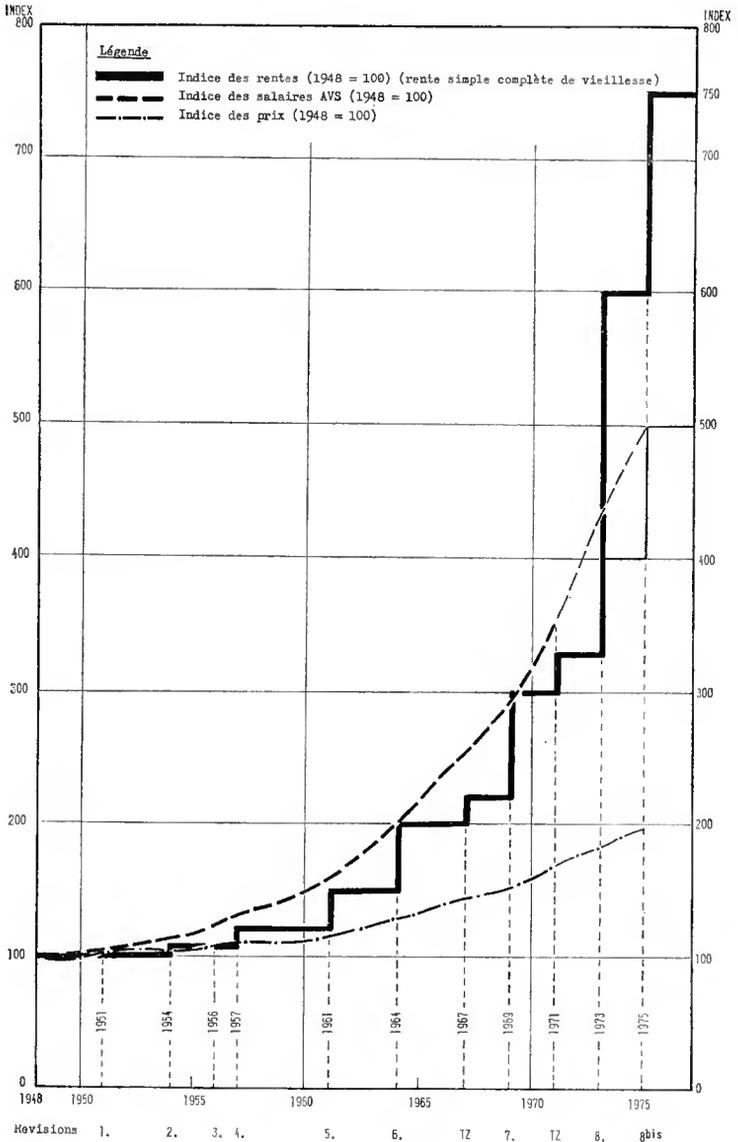


**Montants des rentes complètes à partir de 1973  
selon la réglementation proposée**

Montants en francs

Revenus annuels moyens E (indice de 400 points)	Rentes de vieillesse		Rentes de survivants		
	Simple	Couples	Veuves	Orphelins simples	Orphelins doubles
	<b>Montants annuels</b>				
jusqu'à 7 800	4 800	7 200	3 840	1 680	2 880
10 800	5 400	8 100	4 320	1 896	3 240
13 800	6 000	9 000	4 800	2 100	3 600
16 800	6 600	9 900	5 280	2 316	3 960
19 800	7 200	10 800	5 760	2 520	4 320
22 800	7 800	11 700	6 240	2 736	4 680
25 800	8 400	12 600	6 720	2 940	5 040
28 800	9 000	13 500	7 200	3 156	5 400
31 800 et plus	9 600	14 400	7 680	3 360	5 760
	<b>Montants mensuels</b>				
jusqu'à 7 800	400	600	320	140	240
10 800	450	675	360	158	270
13 800	500	750	400	175	300
16 800	550	825	440	193	330
19 800	600	900	480	210	360
22 800	650	975	520	228	390
25 800	700	1 050	560	245	420
28 800	750	1 125	600	263	450
31 800 et plus	800	1 200	640	280	480

## Evolution des indices depuis 1948



Les indices représentés sur le graphique fournissent une image claire de l'évolution suivie par les prix, les revenus et les rentes depuis l'introduction de l'AVS en 1948. L'indice des salaires AVS traduit la progression des revenus moyens annuels résultant de l'activité lucrative exercée par les cotisants de l'AVS, alors que l'indice des rentes correspond au développement de la rente moyenne simple et complète de vieillesse. En l'année 1948, époque de référence, chacun des trois indices est égal à 100 points.

Les rentes ont été adaptées par paliers à l'évolution des salaires au cours des sept révisions de l'AVS et grâce aussi aux augmentations de 1967 et 1971 conditionnées par le renchérissement (TZ). Il ressort du graphique que les rentes et les revenus ont à peu près triplé de 1948 jusqu'à l'entrée en vigueur de la 7<sup>e</sup> révision de l'AVS en 1969, mais que par contre les prix ne se sont accrus que de quelque 50 pour cent durant le même laps de temps, le pouvoir d'achat des rentes ayant ainsi environ doublé depuis 1948. Comparées aux revenus, et malgré toutes les améliorations apportées, les prestations ont gardé jusqu'alors le caractère de rentes de base; mais la 8<sup>e</sup> révision de l'AVS marque un net progrès, puisqu'il y est en effet proposé une amélioration des rentes même par rapport aux revenus, celle-ci étant à peu près de 50 pour cent en moyenne pour la rente simple de vieillesse. L'indice des rentes atteindra de la sorte 600 points (au lieu de 400) en 1973 et 750 (au lieu de 500) en 1975, tandis que les salaires sont censés plus ou moins quintupler et les prix doubler de 1948 à 1975. Durant cette même période, le pouvoir d'achat des rentes devrait augmenter dans la proportion de 1 à 3,8. Il est dès lors manifeste que si les propositions avancées par le Conseil fédéral en vue de la 8<sup>e</sup> révision sont acceptées, les rentes de l'AVS et de l'AI pourront être améliorées de telle façon qu'elles couvriront à l'avenir, dans une large mesure, les besoins vitaux des assurés.

## La révision de l'OIC

Selon l'article 13, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI, le Conseil fédéral désigne les infirmités congénitales pour le traitement desquelles les assurés mineurs ont droit à des mesures médicales. Il a exercé cette compétence en dressant dans une ordonnance particulière, le 5 janvier 1961, une liste des infirmités congénitales donnant droit aux prestations de l'AI. Cette liste a été soumise, le 10 août 1965, à une révision complète, où l'on a tenu compte des expériences faites jusqu'alors et des nouvelles découvertes de la médecine.

Les deux listes reposaient sur le principe selon lequel l'AI ne prend en charge des mesures médicales pour le traitement d'infirmités congénitales que si ces dernières peuvent, vu leur nature, provoquer une diminution de la capacité de gain. Un certain nombre d'infirmités qui peuvent revêtir diverses formes et atteindre un degré plus ou moins grave furent admises dans la liste de l'article 2 OIC avec un astérisque, ce qui signifiait que des mesures médicales ne pouvaient être accordées lorsque l'infirmité était sans influence sur la capacité de gain de l'assuré dans le cas particulier.

Ces règles, ainsi que la pratique suivie en conséquence par l'administration, ont souvent été contestées par la suite; c'est pourquoi l'on a modifié l'article 13 LAI à l'occasion de la révision de l'AI entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1968. La condition applicable jusqu'alors, selon laquelle l'infirmité congénitale devait, vu son genre, être susceptible d'entraîner une atteinte à la capacité de gain, a été abandonnée lors de cette révision; en revanche, le Conseil fédéral a reçu la compétence d'exclure du droit aux prestations les infirmités peu importantes.

Cette modification, ainsi que les progrès réalisés depuis lors dans le domaine de la médecine, ont nécessité un nouveau remaniement de l'OIC. En 1969, la Fédération des médecins suisses et l'Office fédéral des assurances sociales décidèrent de créer une commission spécialement chargée d'étudier les problèmes de la réadaptation médicale dans l'AI. La première tâche que cet organe se vit confier fut de préparer, précisément, la révision de ladite ordonnance. Ce travail consistait à tirer au clair, tout d'abord, des questions de principe touchant la délimitation et la terminologie, puis à mettre au point la liste des infirmités congénitales. Ses résultats, tels qu'ils se reflètent dans le nouveau texte de l'OIC, appellent les commentaires suivants:

Selon l'ordonnance valable jusqu'ici, certaines infirmités congénitales, marquées d'un astérisque dans la liste et pouvant se manifester sous une forme grave ou bénigne, ne donnaient droit à des mesures médicales en vertu de l'article 13 LAI — ainsi que nous venons de le rappeler — que si elles étaient suffisamment graves dans les cas particuliers. Afin de simplifier cette règle, dont l'application était souvent malaisée pour les commissions AI, l'on a éliminé les astérisques et précisé les conditions spéciales que devraient remplir les infirmités en question pour donner droit aux prestations de l'AI. Celles-ci consistent, en règle générale, dans un traitement particulier: opération, traitement hospitalier, appareillage, etc. (par exemple chiffres 101, 112, 174), ou localisation de l'infirmité (par exemple chiffres 104 et 109). Le travail des commissions AI et des médecins est en outre facilité par une définition plus précise de certaines infirmités congénitales et par une délimitation plus nette par rapport aux affections analogues qui ont été acquises; des précisions de ce genre ont été apportées, notamment, en ce qui concerne les affections de la mâchoire (chiffres 205 ss) et des yeux (chiffres 411 ss). En outre, certains chiffres, ainsi que la liste dans son ensemble, ont été développés, ainsi qu'il appert du tableau synoptique ci-après. D'autre part, en ce qui concerne certaines affections, le droit aux prestations a dû être restreint dans le sens des délimitations évoquées ci-dessus; quelques chiffres, qui ne correspondent pas à de véritables infirmités congénitales en l'état actuel de la science, ont été rayés de la liste. Toutefois, considérée dans son ensemble, la nouvelle OIC apporte des améliorations sensibles en faveur des assurés et bien des précisions concernant certaines infirmités, ce qui facilitera indubitablement la tâche, pas toujours aisée, des médecins et de l'administration.

## Tableau comparatif indiquant l'ancienne et la nouvelle teneur de l'OIC

De brefs commentaires suivent les articles et chiffres de l'OIC qui ont subi d'importantes modifications.

### ARTICLE PREMIER

<sup>1</sup> *Sont réputées infirmités congénitales au sens de l'article 13 de la loi les infirmités qui existent à la naissance accomplie de l'enfant et sont mentionnées dans la liste figurant à l'article 2, ou qui sont désignées ultérieurement comme telles par le Département fédéral de l'intérieur selon l'article 3, 2<sup>e</sup> alinéa. Le moment où une infirmité congénitale est reconnue comme telle n'importe pas. La prédisposition à une maladie n'est pas réputée infirmité congénitale.*

Pas de modification.

<sup>2</sup> *L'assuré n'a pas droit au traitement des infirmités désignées par un astérisque (\*) dans la liste figurant à l'article 2, lorsque l'infirmité en question est peu importante dans le cas particulier.*

<sup>2</sup> *Lorsque le traitement d'une infirmité congénitale n'est pris en charge que si une thérapeutique précisée à l'article 2 est nécessaire, le droit ne prend naissance qu'au début de l'application de cette prestation et il s'étend par la suite à toutes les mesures médicales nécessaires au traitement de l'infirmité congénitale.*

<sup>3</sup> *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.*

Pas de modification.

*2<sup>e</sup> alinéa.* — Cet alinéa se réfère au nouveau mode de délimitation, prévu par l'article 2 OIC, des droits aux prestations de l'AI en cas d'infirmités congénitales qui peuvent se présenter aussi bien sous une forme grave que sous une forme bénigne. Jusqu'à présent, lorsqu'on avait affaire à une infirmité dont le nom était accompagné d'un astérisque dans la liste de l'OIC, il fallait examiner dans chaque cas particulier si cette affection était importante ou non; désormais, l'article 2 prévoit des conditions particulières donnant droit aux prestations pour ces infirmités-là.

Le nouvel alinéa 2 fixe en outre le début et l'étendue du droit aux prestations. L'AI prend en charge tous les frais de traitement à partir du moment où une thérapie déterminée a commencé, et ceci dans tous les cas où le droit dépend de l'existence d'un traitement spécial (opération, traitement hospitalier,

appareillage, etc.). C'est ainsi, par exemple, qu'il existe également un droit aux prestations AI pour des mesures conservatrices qui sont nécessaires après l'achèvement d'un traitement spécial. En revanche, les mesures médicales préliminaires ne sont pas à la charge de l'AI, même s'il se révèle, après coup, qu'un traitement spécial est nécessaire et que par conséquent l'infirmité n'est pas peu importante. On espère réaliser ainsi une délimitation aussi simple que possible entre les diverses branches de la sécurité sociale en ce qui concerne les droits aux prestations.

## ART. 2

### I. Peau

- \* 101. *Cicatrices cutanées congénitales et aplasie tégumentaire du nouveau-né.*      101. *Cicatrices cutanées congénitales, lorsqu'une opération est nécessaire (voir aussi chiffre 112).*

*Chiffre 101.* — C'est la nécessité d'une opération qui permet la délimitation par rapport aux formes bénignes de cette affection. Pour les autres affections cutanées congénitales, qui figurent désormais sous le chiffre 112, un droit aux prestations n'est reconnu que si une hospitalisation est nécessaire.

102. *Ptérygion.*      Pas de modification.

- \* 103. *Kystes dermoïdes et épidermoïdes congénitaux.*      103. *Kystes dermoïdes de la région sacrée (voir aussi chiffres 232, 261, 424).*

*Chiffre 103.* — Seuls les kystes dermoïdes de la région sacrée continuent à figurer sous ce chiffre; ceux-ci nécessitent généralement, en effet, une intervention importante avec hospitalisation.

- \* 104. *Dysplasia ectodermalis congenita (dents, incontinentia pigmenti).*      104. *Dysplasie ectodermique (dents, incontinentia pigmenti), lorsque la peau n'est pas seule atteinte.*

*Chiffre 104.* — Selon la nouvelle teneur de l'OIC, des prestations ne peuvent être accordées pour cette infirmité que si la peau n'est pas seule atteinte; dans le cas contraire, l'affection est réputée bénigne.

105. *Epidermolyse bulleuse héréditaire.*      Pas de modification.

106. *Erythrodermie ichthyosiforme congénitale.*      Pas de modification.

107. *Ichthyose et kératose.*      Pas de modification.

108. *Lymphœdème congénital (éléphantiasis congénital).*

108. *Lymphœdème congénital, lorsqu'une opération est nécessaire.*

*Chiffre 108.* — La nécessité d'une opération est, ici aussi, le critère de délimitation par rapport aux formes bénignes de cette affection.

\* 109. *Naevi et xanthomes.*

109. *Naevi congénitaux, lorsqu'un traitement est nécessaire parce qu'ils sont manifestement inesthétiques ou qu'ils présentent un danger de dégénérescence maligne.*

*Chiffre 109.* — Dans la nouvelle liste, les naevi congénitaux ne doivent être reconnus comme des infirmités congénitales ouvrant droit à des prestations que si un traitement est nécessaire à cause de leur caractère manifestement inesthétique ou du danger de dégénérescence maligne qu'ils présentent. Les xanthomes ne figurent plus sous ce chiffre; les formes de cette affection qui exigent un traitement sont mentionnées désormais sous les chiffres 330 et 453.

110. *Urticaire pigmentaire.*

Pas de modification.

111. *Xeroderma pigmentosum.*

Pas de modification.

112. *Aplasies tégumentaires congénitales, lorsqu'un traitement hospitalier est nécessaire.*

113. *Amastie congénitale.*

*Chiffre 113.* — Cette dernière affection figurera désormais dans la liste.

## II. Squelette

### A. Affections systémiques du squelette

121. *Chondrodystrophie.*

Pas de modification.

122. *Chondromes multiples.*

Pas de modification.

\* 123. *Dysostoses (voir aussi chiffre 461).*

123. *Dysostoses congénitales.*

\* 124. *Exostoses.*

124. *Exostoses cartilagineuses, lorsqu'une opération est nécessaire.*

*Chiffre 124.* — Afin de faire la distinction par rapport aux formes bénignes de cette affection, il est précisé que seules les exostoses cartilagineuses sont reconnues comme infirmités congénitales, et cela seulement si une opération est nécessaire.

\* 125. *Hémihypertrophies et autres asymétries corporelles congénitales.*

125. *Hémihypertrophies et autres asymétries corporelles congénitales, lorsqu'une opération ou un traitement par le froid est nécessaire.*

*Chiffre 125.* — Des prestations en vertu de l'article 13 LAI ne devront désormais être accordées, pour ces affections, que s'il s'avère nécessaire d'entreprendre une opération ou un traitement par le froid.

126. *Osteogenesis imperfecta.*

Pas de modification.

127. *Ostéopétrose.*

Pas de modification.

## B. Malformations régionales du squelette

### a. Tête

141. *Lacunes congénitales du crâne.*

Pas de modification.

142. *Craniosynostoses.*

Pas de modification.

143. *Platybasie (impression basilaire).*

Pas de modification.

### b. Colonne vertébrale

151. *Scoliose congénitale.*

Pas de modification.

\* 152. *Malformations vertébrales.*

152. *Malformations vertébrales congénitales (vertèbre très fortement cunéiforme, vertèbres soudées en bloc [syndrome de Klippel-Feil], vertèbre bifide, vertèbre aplasique, vertèbre très fortement dysplasique).*

*Chiffre 152.* — Toutes les malformations vertébrales à considérer comme des infirmités congénitales au sens de l'article 13 LAI sont énumérées d'une manière exhaustive dans la nouvelle liste, sous ce numéro.

### c. Côtes, thorax et omoplates

\* 161. *Côtes cervicales.*

161. *Côtes cervicales, lorsqu'une opération est nécessaire.*

*Chiffre 161.* — Une infirmité congénitale grave, ouvrant droit à des prestations, n'existe que si une opération est nécessaire.

162. *Fissure sternale congénitale.*

162. *Fissure congénitale du sternum.*

163. *Thorax en entonnoir.*

Pas de modification.

164. *Thorax en carène.*

Pas de modification.

165. *Scapula alata congenita et déformation de Sprengel.*

Pas de modification.

166. *Torsion congénitale du sternum, lorsqu'une opération est nécessaire.*

*Chiffre 166.* — La torsion congénitale du sternum a été également admise dans la liste; dans ce cas, cependant, des prestations AI ne sont accordées que si une opération est nécessaire. Cette affection avait été reconnue comme infirmité congénitale en 1968 déjà par décision du Département fédéral de l'intérieur, en vertu de l'article 3, 2<sup>e</sup> alinéa, OIC.

### d. Extrémités

171. *Coxa vara congénitale.*

171. *Coxa vara congénitale. Coxa antetorta congénitale, lorsqu'une opération est nécessaire.*

*Chiffre 171.* — La coxa antetorta figure désormais aussi sous ce chiffre, mais elle n'est reconnue infirmité congénitale que si une opération est nécessaire.

172. *Genua vara, genua valga, crura vara congenita (pseudarthroses congénitales du tibia).*

172. *Pseudarthrose congénitale du tibia.*

173. *Pied bot varus et varus équin congénital.*

173. *Pied bot varus équin congénital et métatarsus varus congénital.*

\* 174. *Autres défauts et malformations des extrémités.*

174. *Malformations congénitales du squelette du pied, lorsqu'elles nécessitent une opération, un appareillage ou un traitement par appareil plâtré.*

*Chiffre 174.* — Contrairement à son ancienne teneur, le nouveau chiffre 174 prévoit uniquement les malformations du squelette du pied; celles-ci ne donnent droit à des prestations que si une opération, un appareillage ou un traitement par appareil plâtré sont nécessaires. Cette modification, apportée avant tout pour des raisons d'ordre statistique, ne limite pas le droit aux prestations, car les déficiences et malformations congénitales, plutôt rares, des autres extrémités sont mentionnées sous chiffre 177. Enfin, le chiffre 176 énumère les amélies, dysmélies et phocomélies, qui sont considérées dans tous les cas comme des infirmités congénitales graves.

175. *Malformations sirénoïdes.*

Pas de modification.

176. *Amélies, dysmélies, phocomélies.*

177. *Autres défauts congénitaux et malformations congénitales des extrémités, lorsqu'ils nécessitent une opération, un appareillage ou un traitement par appareil plâtré.*

### III. Articulations, muscles et tendons

181. *Arthromyodysplasie congénitale (arthrogrypose).*

Pas de modification.

\* 182. *Laxité articulaire congénitale.*

Abrogé.

*Chiffre 182.* — L'ancien chiffre 182 a été rayé de la liste; en effet, d'après l'opinion qui prédomine dans les milieux spécialisés, la laxité articulaire n'est pas une infirmité congénitale.

183. *Luxation congénitale de la hanche et dysplasie congénitale de la hanche.*

Pas de modification.

184. *Dystrophie musculaire progressive et autres dystrophies musculaires familiales.*

Pas de modification.

185. *Myasthénie grave congénitale.*

Pas de modification.

186. *Myotonie congénitale.*

Pas de modification.

- |   |                      |
|---|----------------------|
| 187. <i>Myotonie et dystrophie myotonique congénitales.</i> | Pas de modification. |
| 188. <i>Torticolis congénital.</i>                          | Pas de modification. |
| * 189. <i>Myosite ossifiante progressive congénitale.</i>   | Pas de modification. |

190. *Aplasie ou très forte hypoplasie d'un ou de plusieurs muscles striés.*

*Chiffre 190.* — L'aplasie ou très forte hypoplasie de muscles striés a été admise dans la liste; cette infirmité, en effet, a déjà été reconnue par décision du Département en vertu de l'article 3, 2<sup>e</sup> alinéa, OIC.

191. *Ténovaginite sténosante congénitale.*

*Chiffre 191.* — L'admission de cette infirmité dans la liste a permis de combler une lacune de plus dans l'OIC.

#### IV. Face

- |  |   |
|--|---|
| 201. <i>Cheilo-gnatho-uranoschisis (fissure labiale et maxillaire, division palatine).</i> | 201. <i>Cheilo-gnatho-uranoschisis (fissure labiale, maxillaire, division palatine).</i>  |
| 202. <i>Fissures faciales obliques ou transverses congénitales.</i>                        | Pas de modification.  |
| 203. <i>Fistules du nez et des lèvres.</i>   | 203. <i>Fistules congénitales du nez et des lèvres.</i>   |
| 204. <i>Nez en bec, proboscis lateralis.</i>   | 204. <i>Nez en bec et proboscis lateralis.</i>  |
| 205. <i>Amelo-dentinogenesis imperfecta generalisata.</i>                                  | 205. <i>Amelo-dentinogenesis imperfecta generalisata, lorsque toutes les douze dents antérieures sont certainement atteintes.</i>   |
| 206. <i>Anodontie totale ou partielle grave, congénitale.</i>                              | 206. <i>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.</i> |

- \* 207. *Hyperodontie.*
207. *Hyperodontie congénitale, lorsqu'elle gêne considérablement le développement des mâchoires et qu'après l'extirpation des dents surnuméraires, un traitement au moyen d'appareils est nécessaire pour garantir des conditions orthodontiques suffisantes.*
208. *Micrognathie inférieure grave congénitale.*
208. *Micromandibulie congénitale si elle entraîne, au cours de la première année de la vie, des troubles de la déglutition et de la respiration nécessitant un traitement ou si, au cours des stades postérieurs du développement, son appréciation céphalométrique montre un retard de croissance de la mâchoire inférieure par rapport à la mâchoire supérieure mesuré par un angle ANB de 9° et plus.*
- \* 209. *Mordex apertus gravis congenitus.*
209. *Mordex apertus aut clausus congénital, lorsqu'il entraîne une béance ou une supraclusion entre toutes les six dents antérieures et que l'appréciation céphalométrique montre un angle maxillo-basal de 41° et plus ou de 9° et moins.*
- \* 210. *Prognathie inférieure grave congénitale.*
210. *Prognathie inférieure congénitale, lorsque l'appréciation céphalométrique montre un excès de croissance de la mâchoire inférieure par rapport à la mâchoire supérieure mesuré par un angle ANB de — 2° ou moins.*

*Chiffres 205-210.* — A propos des infirmités des mâchoires figurant déjà sous les chiffres 205 à 210, on a défini, en collaboration avec la Société suisse d'odonto-stomatologie, des conditions spéciales du droit aux prestations permettant de faire la distinction entre les cas bénins et les infirmités congénitales qui doivent être traitées aux frais de l'AI. Ces conditions peuvent être d'ordre morphologique, telles qu'elles sont déjà décrites sous une forme analogue dans la circulaire (chiffre 206); elles peuvent concerner un certain mode de traitement (chiffre 207) ou consister dans des critères céphalométriques spéciaux dont l'existence est mise en évidence, dans les cas particuliers, par la téléradiographie (chiffres 208 à 210).

- |  |  |
|--|--|
| 211. <i>Epulis mélanique congénitale.</i>    | 211. <i>Epulis du nouveau-né.</i>  |
| 212. <i>Atrésie postérieure des choanes.</i> | Pas de modification.   |
| 213. <i>Glossoschizis.</i>                   | 213. <i>Glossoschisis.</i>   |
| * 214. <i>Macroglossie congénitale.</i>      | 214. <i>Macroglossie et microglossie congénitales, lorsqu'une opération de la langue est nécessaire.</i> |

*Chiffre 214.* — Dans la nouvelle liste, la microglossie est traitée de la même manière que la macroglossie; un droit à des prestations de l'AI en vertu de l'article 13 LAI n'existe que si l'affection nécessite une opération de la langue.

- |   |                      |
|---|----------------------|
| 215. <i>Kystes congénitaux et tumeurs congénitales de la langue.</i>  | Pas de modification. |
| 216. <i>Affections congénitales des glandes salivaires et de leurs canaux excréteurs (fistules, sténoses, kystes, tumeurs, ectasies).</i> | Pas de modification. |

#### V. Cou

- |  |                      |
|--|----------------------|
| 231. <i>Goitre congénital.</i>   | Pas de modification. |
| 232. <i>Kystes congénitaux du cou, fistules et fentes cervicales congénitales.</i> | Pas de modification. |

#### VI. Poumons

- |   |   |
|---|---|
| 241. <i>Bronchiectasies congénitales.</i> | 241. <i>Bronchectasies congénitales.</i>                  |
| 242. <i>Emphysème lobaire congénital.</i> | Pas de modification.                                      |
| 243. <i>Agénésie des poumons.</i>         | 243. <i>Agénésie partielle et hypoplasie des poumons.</i> |

*Chiffre 243.* — Par rapport à l'ancienne teneur, voici une innovation: l'hypoplasie des poumons est reconnue comme infirmité congénitale.

- |  |   |
|--|---|
| 244. <i>Kystes et tumeurs congénitaux des poumons.</i> | 244. <i>Kystes congénitaux et tumeurs congénitales des poumons.</i> |
|--|---|

245. *Séquestration pulmonaire.*

245. *Séquestration pulmonaire congénitale.*

246. *Pneumothorax congénital.*

Pas de modification.

247. *Syndrome des membranes hyalines.*

*Chiffre 247.* — Cette forme particulière du syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né a été reconnue par la jurisprudence comme infirmité congénitale, compte tenu de récentes découvertes médicales. Bien qu'il s'agisse ici d'une lésion périnatale au sens du chiffre 496 OIC, on a créé, pour des raisons d'ordre systématique et statistique, un nouveau chiffre 247. Tous les autres cas de syndrome de détresse respiratoire congénital, nécessitant un traitement spécial, sont à classer en revanche, comme jusqu'à présent, sous le chiffre 496 OIC.

## VII. Voies respiratoires

251. *Sténoses congénitales du larynx et de la trachée.*

251. *Sténose congénitale du larynx et de la trachée.*

## VIII. Médiastin

261. *Tumeurs et kystes congénitaux du médiastin.*

261. *Tumeurs congénitales et kystes congénitaux du médiastin.*

## IX. Œsophage, estomac et intestins

271. *Atrésie et sténoses congénitales de l'œsophage, fistules œsophago-trachéales.*

271. *Atrésie congénitale et sténose congénitale de l'œsophage, fistule œsophago-trachéale.*

272. *Mégacœsophage congénital.*

Pas de modification.

273. *Sténose hypertrophique du pylore.*

Pas de modification.

274. *Atrésie et sténoses congénitales de l'estomac, de l'intestin, du rectum et de l'anus.*

274. *Atrésie congénitale et sténose congénitale de l'estomac, de l'intestin, du rectum et de l'anus.*

275. *Kystes, tumeurs, duplicatures et diverticules congénitaux du tube digestif.*

Pas de modification.

276. *Anomalie du situs intestinal.*

276. *Anomalie du situs intestinal, caecum mobile exclu.*

*Chiffre 276.* — En ce qui concerne les anomalies du situs intestinal, il a été précisé que le caecum mobile n'est pas une infirmité congénitale.

277. *Iléus du nouveau-né.*

Pas de modification.

278. *Mégacôlon congénital.*

Pas de modification.

279. *Coeliakie congénitale (comme l'intolérance à la gliadine et à l'albumine du lait de vache).*

279. *Coeliakie congénitale (intolérance à la gliadine et à l'albumine du lait).*

280. *Hernie hiatale congénitale de l'enfant.*

280. *Hernie hiatale congénitale.*

281. *Eversion et hernie diaphragmatique congénitales.*

Pas de modification.

## X. Foie et voies biliaires

291. *Atrésie des voies biliaires.*

Pas de modification.

292. *Kyste congénital du cholédoque.*

Pas de modification.

293. *Kystes congénitaux du foie.*

Pas de modification.

294. *Fibrose congénitale du foie.*

*Chiffre 294.* — L'admission de la fibrose congénitale du foie dans la liste est justifiée par une décision du Département de l'intérieur, prise en vertu de l'article 3, 2<sup>e</sup> alinéa, OIC.

## XI. Paroi abdominale

301. *Hernie ombilicale (seulement en cas de naissance prématurée selon le chiffre 494).*

301. *Hernie ombilicale chez les prématurés selon chiffre 494.*

302. *Omphalocèle.*

Pas de modification.

303. *Hernie inguinale latérale.*

303. *Hernie inguinale oblique externe.*

304. *Aplasia congénitale de la musculature abdominale.* Abrogé.

*Chiffre 304.* — Ce chiffre a été biffé; en effet, l'aplasie congénitale de la musculature abdominale peut être classée sous le nouveau chiffre 190.

## XII. Cœur, vaisseaux et système lymphatique

\* 311. *Hémangiomes caverneux.* 311. *Hémangiome caverneux ou tubéreux.*

\* 312. *Lymphangiomes.* 312. *Lymphangiome congénital, lorsqu'une opération est nécessaire.*

*Chiffre 312.* — La nécessité d'une opération constitue le critère permettant la délimitation par rapport aux formes bénignes de cette affection.

313. *Malformations congénitales du cœur et des vaisseaux.* Pas de modification.

## XIII. Sang, rate et système réticulo-endothélial

321. *Anémies, leucopénies et thrombocytopénies du nouveau-né.* Pas de modification.

322. *Anémies, leucopénies et thrombocytopénies congénitales hypoplastiques ou aplastiques.* 322. *Anémies congénitales hypoplastiques ou aplastiques, leucopénies et thrombocytopénies congénitales.*

323. *Anémies hémolytiques congénitales (altérations des érythrocytes, des enzymes ou de l'hémoglobine).* 323. *Anémies hémolytiques congénitales (affections des érythrocytes, des enzymes ou de l'hémoglobine).*

324. *Coagulopathies et thrombocytopathies congénitales (hémophilies et autres défauts des facteurs de coagulation).* Pas de modification.

325. *Anémie hémolytique du nouveau-né.* Pas de modification.

326. *Syndromes de carence congénitale d'anticorps.* 326. *Syndrome de carence congénitale d'anticorps.*

- |   |   |
|---|---|
| 327. <i>Hyperbilirubinémie grave du nouveau-né (si une exsanguino-transfusion a été nécessaire).</i>        | 327. <i>Hyperbilirubinémie du nouveau-né, si une exsanguino-transfusion a été nécessaire.</i>   |
| 328. <i>Méthémoglobinémie enzymopénique congénitale.</i>  | Pas de modification.  |
| 329. <i>Leucémie du nouveau-né.</i>   | Pas de modification.  |
| 330. <i>Histiocytoses (granulome eosinophilique, maladies de Hand-Schüller-Christian et Letterer-Siwe).</i> | Pas de modification.  |
|   | 331. <i>Polyglobulie congénitale, lorsqu'une soustraction thérapeutique de sang (saignée) avec remplacement par du plasma a été nécessaire.</i> |

*Chiffre 331.* — Sous XIII (Sang, rate et système réticulo-endothélial), on a admis la polyglobulie congénitale. Cette affection, cependant, n'ouvre droit aux prestations de l'AI en vertu de l'article 13 LAI que si une soustraction thérapeutique de sang (saignée) avec remplacement par du plasma a été nécessaire.

#### XIV. Système uro-génital

- |  |   |
|--|---|
| 341. <i>Dystopie du rein.</i>  | Pas de modification.  |
| 342. <i>Malformations, dédoublement et altérations congénitales des reins, y compris l'hypoplasie et l'agénésie.</i> | Pas de modification.  |
| 343. <i>Tumeurs et kystes congénitaux des reins.</i>   | Pas de modification.  |
| 344. <i>Hydronéphrose congénitale.</i>   | Pas de modification.  |
| 345. <i>Malformations des uretères (sténoses, atrésies, urétérocèles, dystopie).</i>                                 | 345. <i>Malformations urétérales (sténose, atrésie, urétérocèle, dystopie, mega-uretère).</i> |

346. <i>Béance congénitale des orifices urétéraux.</i>	Pas de modification.
347. <i>Sténose du col de la vessie (Marion) et autres malformations du col vésical.</i>	Pas de modification.
348. <i>Malformations de la vessie (diverticules de la vessie, vessie géante, etc.).</i>	348. <i>Malformations de la vessie (par exemple: diverticule de la vessie, vessie géante).</i>
349. <i>Tumeurs congénitales de la vessie.</i>	Pas de modification.
350. <i>Exstrophie de la vessie.</i>	Pas de modification.
351. <i>Atrésie et sténoses congénitales de l'urètre, diverticules de l'urètre.</i>	351. <i>Atrésie congénitale et sténose congénitale de l'urètre, diverticule de l'urètre.</i>
352. <i>Hypospadias et épispadias.</i>	Pas de modification.
353. <i>Fistules vésico-ombilicales congénitales.</i>	353. <i>Fistule vésico-ombilicale congénitale.</i>
354. <i>Fistules recto-uro-génitales.</i>	354. <i>Fistules recto-uro-génitales congénitales.</i>
355. <i>Cryptorchidie (unilatérale et bilatérale).</i>	Pas de modification.
* 356. <i>Hydrocèle testiculaire et kyste du cordon.</i>	356. <i>Hydrocèle testiculaire, kystes du cordon spermatique ou du ligament rond, lorsqu'une opération est nécessaire.</i>
<p>Chiffre 356. — Désormais, l'hydrocèle ne donne droit à des prestations que si une opération est nécessaire. On a admis également dans la liste, avec cette condition, les kystes du cordon spermatique ou du ligament rond.</p>	
357. <i>Atrésie du vagin.</i>	Pas de modification.
* 358. <i>Hydroméetrocolpos et hématocolpos.</i>	358. <i>Hydromètre, hydroméetrocolpos, hématomètre, hématoméetrocolpos.</i>
359. <i>Hermaphrodisme vrai et pseudo-hermaphrodisme.</i>	Pas de modification.

*Chiffre 360.* — Cette affection, elle aussi, a été reconnue et admise dans la liste en vertu d'une décision du Département.

## XV. Système nerveux

### a. Système nerveux central

- |  |   |
|--|---|
| 381. <i>Malformations du système nerveux central et de ses enveloppes (encéphalocèle, kyste arachnoïdien, myélocèle et hydromyélie, ménin-gocèle, myéloméningocèle, mégal-encéphalie, diplomyélie, diastéma-tomyélie).</i> | 381. <i>Malformations du système nerveux central et de ses enveloppes (en-céphalocèle, kyste arachnoïdien, myéloméningocèle et hydromyélie, ménin-gocèle, mégalencéphalie, di-plomyélie, diastématomyélie).</i> |
| 382. <i>Sclérose cérébrale diffuse, fami-liale.</i>  | Pas de modification.  |
| 383. <i>Hérédo-dégénérescences spino-cé-rébelleuses (par exemple: ataxie de Friedreich).</i>   | Pas de modification.  |
| 384. <i>Médulloblastome, épendymome et gliome, papillome des plexus cho-roïdes.</i>  | 384. <i>Médulloblastome, épendymome, gliome, papillome des plexus cho-roïdes, chordome.</i>   |
| <i>Chiffre 384.</i> — L'énumération des infirmités figurant sous ce chiffre a été complétée par le chordome.   |   |
| 385. <i>Cranio-pharyngiome.</i>  | Pas de modification.  |
| 386. <i>Hydrocéphalie congénitale.</i>   | Pas de modification.  |
| 387. <i>Epilepsie endogène centrencépha-lique, y compris le tic de salaam (épilepsie maligne du nourrisson) et l'épilepsie-myoclonie.</i>  | 387. <i>Epilepsie endogène dite centrencé-phalique; épilepsie maligne du nourrisson ou syndrome de West (hypsarythmia); épilepsie myoclo-nique.</i>   |
| 388. <i>Epilepsie symptomatique due à des affections congénitales du cerveau et des os du crâne.</i>   | Pas de modification.  |

- |  |  |
|--|--|
| 389. <i>Epilepsie symptomatique due à des traumatismes du cerveau lors de l'accouchement.</i>          | Pas de modification.   |
| 390. <i>Paralysies, athétoses et dyskinésies cérébrales congénitales et périnatales.</i>               | 390. <i>Paralysies, athétoses et dyskinésies cérébrales congénitales.</i>  |
| 391. <i>Analgésie congénitale.</i>   | Pas de modification.   |
| 392. <i>Dysautonomie familiale.</i>  | Pas de modification.   |
| 393. <i>Atrophies musculaires d'origine spinale ou neurale (Werdnig-Hoffmann, Kugelberg-Welander).</i> | Pas de modification.   |
| * 394. <i>Adynamie épisodique héréditaire.</i>   | Pas de modification.   |
| <b>b. Système nerveux périphérique</b>   |  |
| 396. <i>Sympathogoniome, neuroblastome.</i>  | 396. <i>Sympathogoniome (neuroblastome sympathique).</i>   |
| 397. <i>Paralysies congénitales.</i>   | 397. <i>Paralysies congénitales (y compris celles des muscles de l'œil) et parésies congénitales (à l'exclusion des parésies des muscles extrinsèques de l'œil).</i> |

*Chiffre 397.* — L'ancien chiffre 397 a été rédigé d'une manière plus précise; il a été complété par la mention des paralysies des muscles de l'œil. On a relevé expressément que les parésies congénitales des muscles extrinsèques de l'œil ne donnent pas droit aux prestations prévues par l'article 13 LAI.

## XVI. Maladies mentales et retards graves du développement

- |  |   |
|--|---|
| 401. <i>Autisme infantile de Kanner.</i> | 401. <i>Psychoses primaires du jeune enfant, lorsque leurs symptômes se sont manifestés avant la fin de la cinquième année.</i> |
|--|---|

*Chiffre 401.* — Jusqu'à présent, seul l'autisme infantile de Kanner figurait sous ce chiffre. Ce choix s'est révélé trop restrictif. Il existe, selon l'opinion qui prédomine aujourd'hui chez les spécialistes de la psychiatrie infantile, d'autres formes de psychose qui doivent aussi être traitées comme des infirmités congé-

nitales. Selon la nouvelle teneur de la liste, ces déficiences doivent également être considérées comme des infirmités congénitales donnant droit aux prestations, si elles se sont manifestées avant l'âge de 5 ans révolus.

402. *Infantilisme primaire essentiel.*

Pas de modification.

403. *Oligophrénie congénitale (seulement pour le traitement du comportement éréthique ou apathique).*

Pas de modification.

404. *Troubles cérébraux héréditaires, ou acquis avant ou pendant l'accouchement, qui ont pour conséquence prépondérante des symptômes psychiques ou intellectuels, lorsqu'ils se sont manifestés avant la fin de la huitième année (syndrome psycho-organique, psychosyndrome dû à une lésion localisée du cerveau). [L'oligophrénie congénitale est classée sous chiffre 403.]*

*Chiffre 404.* — Ce nouveau chiffre englobe les troubles cérébraux héréditaires ou consécutifs à une atteinte cérébrale prénatale, ou survenue au cours de l'accouchement, dont les symptômes sont surtout d'ordre psychique ou intellectuel; il tranche ainsi la question, souvent controversée dans l'application du chiffre 496 OIC, du droit aux prestations AI en cas d'infirmités psychiques congénitales. Quant au traitement des troubles de la parole, on notera qu'il doit être considéré en principe comme une mesure pédago-thérapeutique et par conséquent jugé selon l'article 19 LAI. Rien ne s'oppose alors à la prise en charge d'une thérapie médicamenteuse appliquée parallèlement, si l'absence de cette thérapie risque de compromettre le succès de la réadaptation. D'autre part, des prestations peuvent être accordées en vertu de l'article 13 LAI, en corrélation avec le chiffre 404 OIC, chaque fois que les troubles de la parole, du langage parlé ou écrit constituent seulement un des symptômes d'un syndrome psycho-organique nécessitant des soins.

## XVII. Organes des sens

### a. Œil

*Lorsque la reconnaissance d'une infirmité congénitale dépend d'une certaine diminution de l'acuité visuelle, celle-ci doit être mesurée après correction du vice de réfraction. Lorsque l'acuité visuelle n'est pas mesurable, on admet qu'elle est de 0,2 ou moins si l'œil en cause ne peut pas fixer centralement (chiffres 416, 418, 419, 423, 425, 426, 427). (Nouveau texte.)*

- |  |  |
|--|--|
| * 411. <i>Malformations des paupières (blépharochalasis, entropion, colobome, ankyloblépharon).</i>  | 411. <i>Malformations des paupières (colobome et ankyloblépharon).</i>   |
| * 412. <i>Ptose, inclus phénomène de Marcus-Gunn.</i>  | 412. <i>Ptose congénitale de la paupière.</i>  |
| * 413. <i>Malformations des voies lacrymales.</i>  | 413. <i>Aplasia des voies lacrymales.</i>  |
| 414. <i>Paralysies congénitales d'un ou de plusieurs muscles extrinsèques de l'œil.</i>  | Abrogé.  |
| 415. <i>Buphtalmie, glaucome congénital.</i>   | 415. <i>Anophtalmie, buphtalmie et glaucome congénital.</i>  |
| 416. <i>Opacités et staphylomes congénitaux de la cornée.</i>  | 416. <i>Opacités congénitales de la cornée avec acuité visuelle de 0,2 ou moins (après correction du vice de réfraction).</i>            |
| * 417. <i>Anomalies congénitales de la pupille.</i>  | Abrogé.  |
| * 418. <i>Anomalies congénitales de l'iris et colobome de l'uvée, avec amblyopie.</i>  | 418. <i>Anomalies congénitales de l'iris et de l'uvée avec acuité visuelle de 0,2 ou moins (après correction du vice de réfraction).</i> |
| * 419. <i>Opacités congénitales du cristallin ou du corps vitré.</i>   | 419. <i>Opacités congénitales du cristallin avec acuité visuelle de 0,2 ou moins (après correction du vice de réfraction).</i>           |
| 420. <i>Fibroplasie rétrolentale et pseudogliome congénital.</i>   | Pas de modification.   |
| 421. <i>Rétinoblastome.</i>  | Pas de modification.   |
| 422. <i>Dégénérescences tapétorétiniennes congénitales (rétinite pigmentaire, atrophie gyrata de la choroïde et de la rétine, choroïdérémie, amaurose tapétorétinienne).</i> | 422. <i>Dégénérescences tapétorétiniennes congénitales.</i>  |

423. *Anomalies du nerf optique avec amblyopie.*

423. *Malformations et affections congénitales du nerf optique avec acuité visuelle de 0,2 ou moins (après correction du vice de réfraction).*

424. *Tumeurs congénitales de l'orbite.*

Pas de modification.

425. *Anomalies congénitales très prononcées de la réfraction.*

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 correction des vices de réfraction).

426. *Amblyopie congénitale (de 0,2 et moins, après correction du vice de réfraction).*

Pas de modification.

\* 427. *Strabisme concomitant.*

427. *Strabisme concomitant unilatéral s'il existe une amblyopie de 0,2 ou moins, après correction du vice de réfraction.*

*Chiffres 411-427.* — Le chapitre consacré aux infirmités de l'œil a été rédigé d'une manière plus précise et plus stricte. On a laissé tomber la blépharo-chalasis et l'entropion (chiffre 411, malformations des paupières), le phénomène de Marcus-Gunn dans les cas de ptose (chiffre 412), les malformations des voies lacrymales, excepté l'aplasie (chiffre 413), les paralysies des muscles extrinsèques de l'œil (ancien chiffre 414; ce cas est réglé désormais sous chiffre 397) et les anomalies de la pupille (ancien chiffre 417). En revanche, on a admis l'anophtalmie (chiffre 415). En outre, l'octroi de prestations AI est soumis, en ce qui concerne plusieurs affections figurant dans la nouvelle liste, à la condition que l'acuité visuelle ait diminué dans une proportion donnée, ce qui n'était prévu jusqu'à présent que pour l'amblyopie congénitale. Est déterminante à cet égard la valeur obtenue après correction optique.

#### b. Oreille

441. *Atrésie congénitale de l'oreille.*

441. *Atrésie congénitale de l'oreille, y compris l'otite et la microtie.*

\* 442. *Malformations du pavillon de l'oreille, à l'exclusion de la correction plastique des anomalies de position.*

442. *Malformations congénitales du squelette de l'oreille.*

443. *Persistence de fentes dans la région auriculaire et fistules de l'oreille moyenne, défauts congénitaux du tympan.*

443. *Fentes congénitales dans la région de l'oreille, fistules congénitales de l'oreille moyenne, défauts congénitaux du tympan.*

444. *Otite moyenne chronique accompagnant une gueule de loup.*

Abrogé.

*Chiffre 444.* — L'ancien chiffre 444, jugé superflu, a été rayé de la liste; en effet, l'otite moyenne chronique accompagnant une gueule de loup est une conséquence directe de l'infirmité figurant sous chiffre 201 (cheilo-gnathouranoschisis).

445. *Surdi-mutité.*

445. *Surdité congénitale totale.*

446. *Surdité très prononcée.*

446. *Surdité congénitale partielle avec, à l'audiogramme tonal, une perte de l'audition de 30 décibels au moins dans le domaine des fréquences de la conversation ou des tonalités élevées.*

*Chiffre 446.* — Afin de préciser les conditions d'octroi des prestations, on a indiqué qu'il faut entendre par surdité partielle une perte de l'audition de 30 décibels au moins, à l'audiogramme tonal, dans le domaine des fréquences de la conversation ou des tonalités élevées.

## XVIII. Métabolisme et glandes endocrines

451. *Troubles congénitaux du métabolisme des hydrates de carbone (glycogénoses, galactosémie, intolérance héréditaire au fructose, hypoglycémie de Mc Quarrie, 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 est incontestablement congénital).*

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).*

*Chiffre 451.* — L'énumération des troubles du métabolisme des hydrates de carbone a été complétée, grâce à de nouvelles découvertes médicales, par l'admission de deux autres formes d'hypoglycémie.

452. Troubles congénitaux du métabolisme des acides aminés et des protéines (phénylcétonurie, cystinose, cystinurie, oxalose, diabète glucoaminophosphaté — syndrome de Toni-Debré-Fanconi — syndrome oculo-cérébro-rénal — syndrome de Lowe).
453. Troubles congénitaux du métabolisme des graisses (idiotie amaurotique, maladie de Niemann-Pick, maladie de Gaucher, hypercholestérolémie héréditaire, hyperlipémie héréditaire, leucodystrophies).
454. Troubles congénitaux du métabolisme des mucopolysaccharides (maladie de Pfaundler-Hurler, maladie de Morquio).
455. Troubles congénitaux du métabolisme des purines et pyrimidines (xanthinurie).
456. Troubles congénitaux du métabolisme des métaux (maladie de Wilson, hémochromatose).
457. Troubles congénitaux du métabolisme de la myoglobine, de l'hémoglobine et de la bilirubine (porphyrie, myoglobinurie).
458. Troubles congénitaux de la fonction du foie (ictères héréditaires non hémolytiques).
459. Troubles congénitaux de la fonction du pancréas (mucoviscidose, insuffisance primaire du pancréas).
460. Troubles congénitaux de la fonction des reins (diabète insipide néphrogène, acidose rénale tubulaire, hypokaliémie rénale, hypercalciurie primaire).
452. Troubles congénitaux du métabolisme des acides aminés et des protéines (par exemple: phénylcétonurie, cystinose, cystinurie, oxalose, diabète glucoaminophosphaté [syndrome de Toni-Debré-Fanconi], syndrome oculo-cérébro-rénal [syndrome de Lowe]).
453. Troubles congénitaux du métabolisme des graisses (par exemple: idiotie amaurotique, maladie de Niemann-Pick, maladie de Gaucher, hypercholestérolémie héréditaire, hyperlipémie héréditaire, leucodystrophies).
454. Troubles congénitaux du métabolisme des mucopolysaccharides (par exemple: maladie de Pfaundler-Hurler, maladie de Morquio).
- Pas de modification.

- |  |   |
|--|---|
| 461. Troubles congénitaux du métabolisme des os ( <i>hypophosphatasie, dysplasie diaphysaire progressive de Camurati-Engelmann, ostéodystrophie de Jaffé Lichtenstein, rachitisme résistant au traitement par la vitamine D, etc.</i> ). | 461. Troubles congénitaux du métabolisme des os ( <i>par exemple: hypophosphatasie, dysplasie diaphysaire progressive de Camurati-Engelmann, ostéodystrophie de Jaffé-Lichtenstein, rachitisme résistant au traitement par la vitamine D</i> ). |
| 462. Troubles congénitaux de la fonction hypothalamohypophysaire ( <i>nanisme hypophysaire, diabète insipide, puberté précoce idiopathique, syndrome de Prader-Willi</i> ).  | 462. Troubles congénitaux de la fonction hypothalamohypophysaire ( <i>nanisme hypophysaire, diabète insipide, syndrome de Prader-Willi</i> ).   |
| <b>Chiffre 462.</b> — Dans la nouvelle liste, la puberté précoce idiopathique n'est plus reconnue comme une infirmité congénitale donnant droit à des prestations.   |   |
| 463. Troubles congénitaux de la fonction de la glande thyroïde ( <i>athyroïdie, hypothyroïdie, crétinisme</i> ).   | Pas de modification.  |
| 464. Troubles congénitaux de la fonction des glandes parathyroïdes ( <i>hypoparathyroïdisme et pseudo-hypoparathyroïdisme</i> ).   | Pas de modification.  |
| 465. Troubles congénitaux de la fonction des glandes surrénales ( <i>syndrome adrénogénital, insuffisance surrénale, neuroblastome, phéochromocytome</i> ).  | Pas de modification.  |
| 466. Troubles de la fonction des gonades ( <i>syndrome de Turner, malformations congénitales des ovaires, anorchie congénitale, syndrome de Klinefelter</i> ).   | 466. Troubles congénitaux de la fonction des gonades ( <i>syndrome de Turner, malformations des ovaires, anorchie, syndrome de Klinefelter</i> ).   |

## XIX. Malformations avec atteinte de plusieurs systèmes d'organes

- |  |                      |
|--|----------------------|
| 481. Neurofibromatose.   | Pas de modification. |
| 482. Angiomasose cérébrale et rétinienne ( <i>von Hippel-Lindau</i> ). | Pas de modification. |

- |   |                      |
|---|----------------------|
| 483. <i>Angiomatose encéphalo-trigémînée (Sturge-Weber-Krabbe).</i> | Pas de modification. |
| 484. <i>Syndrome télangiectasies-ataxie (Louis Bar).</i>            | Pas de modification. |
| 485. <i>Syndrome de Marfan (arachnodactylie).</i>                   | Pas de modification. |
| 486. <i>Tératomes.</i>  | Pas de modification. |
| 487. <i>Sclérose cérébrale tubéreuse (Bourneville).</i>             | Pas de modification. |

## XX. Autres infirmités

- |   |  |
|---|--|
| 491. <i>Tumeurs malignes du nouveau-né.</i>   | Pas de modification.   |
| 492. <i>Monstres doubles (par exemple: frères siamois, épignathe).</i>  | Pas de modification.   |
| 493. <i>Embryopathies et fœtopathies, maladies infectieuses congénitales comme par exemple la luèss congénitale, la toxoplasmose, la tuberculose, la listériose).</i>   | 493. <i>Séquelles d'embryopathies et de fœtopathies (l'oligophrénie congénitale est classée sous chiffre 403); maladies infectieuses congénitales (par exemple: luèss, toxoplasmose, tuberculose, listériose, cytomégallie).</i> |
| 494. <i>Prématurés ayant à la naissance un poids inférieur à 2000 grammes jusqu'à la reprise d'un poids de 3200 grammes, y compris le traitement de la hernie ombilicale chez ces prématurés.</i>                 | 494. <i>Prématurés ayant à la naissance un poids inférieur à 2000 grammes, jusqu'à la reprise d'un poids de 3200 grammes. (Hernie ombilicale chez ces prématurés, voir chiffre 301).</i>   |
| 495. <i>Troubles de la maturation intra-utérine (par exemple: insuffisance placentaire, croissance insuffisante en cas de grossesse arrivée à terme) si le poids à la naissance est inférieur à 2000 grammes.</i> | Pas de modification.   |

496. *Lésions périnatales graves.*

496. *Lésions physiques périnatales graves qui se manifestent au cours de la première semaine de la vie, sont en relation avec un événement pathologique survenu lors de la naissance et nécessitent des mesures spéciales.*

*Chiffre 496.* — Faute d'une délimitation claire, l'ancien chiffre 496 avait provoqué des difficultés dans l'application pratique; il a donc été précisé. On notera, en particulier, que la nouvelle définition exclut la prise en charge d'infirmités psychiques sous ce chiffre; celles-ci sont englobées sous les nouveaux chiffres 401 et 404. Il a fallu prévoir aussi une limite de temps; on a précisé, par conséquent, que les mesures spéciales nécessaires dans les cas particuliers ne peuvent être assumées par l'AI que si la lésion due à un événement pathologique survenu lors de la naissance se manifeste au cours de la première semaine de la vie.

### ART. 3

<sup>1</sup> *Cette ordonnance entre en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 1965. L'ordonnance concernant les infirmités congénitales du 5 janvier 1961 est abrogée à la même date.*

<sup>1</sup> *Cette ordonnance entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1972. L'ordonnance concernant les infirmités congénitales du 10 août 1965 est abrogée à la même date.*

<sup>2</sup> *Le Département fédéral de l'intérieur est chargé de l'exécution. Il est autorisé à désigner comme infirmités congénitales, au sens de l'article 13 de la loi, des infirmités manifestes, qui existent à la naissance accomplie de l'enfant et ne sont pas mentionnées dans la liste figurant à l'article 2.*

Pas de modification.

## Problèmes d'application

### AI. Remboursement des frais de transport en cas d'utilisation de véhicules à moteur privés<sup>1</sup>

*(art. 51 LAI; abrogation du N° marginal 940 du Bulletin AI, publié dans RCC 1969, p. 677)*

En vertu des nouvelles instructions du Département fédéral des finances et des douanes sur l'usage de véhicules privés pour des voyages de service, du 8 juin 1971, la restriction en vigueur jusqu'ici, selon laquelle le remboursement de 31 centimes par kilomètre n'était accordé que pour les 5000 premiers kilomètres parcourus dans l'année civile, est levée.

Le N° marginal 940 du Bulletin AI du 3 novembre 1969 n'est donc plus valable.

Le taux de 31 centimes par kilomètre sera dès lors remboursé sans limitation du nombre de kilomètres parcourus.

#### EN BREF

#### La tenue des CI par les employeurs

Selon l'article 136, 1<sup>er</sup> alinéa, RAVS, les caisses de compensation peuvent confier aux employeurs, à certaines conditions, la tenue des comptes individuels (CI). Afin de savoir dans quelle mesure il a été fait usage de cette possibilité, l'Office fédéral des assurances sociales a mené récemment une enquête dont voici les principaux résultats:

<sup>1</sup> Extrait du Bulletin de l'AI N° 138.

Dix-sept caisses de compensation sur 104, soit 3 caisses cantonales et 14 caisses professionnelles, ont confié la tenue des CI entièrement (1) ou partiellement (16) aux employeurs qui leur sont affiliés. Les 3 caisses cantonales, ainsi que 8 caisses professionnelles, ont chargé les employeurs non seulement de la tenue proprement dite, mais encore de l'ouverture des CI et, en partie aussi, de l'établissement des certificats d'assurance. Sur les quelque 300 000 employeurs, 700 environ tiennent les CI d'un peu plus de 525 000 assurés.

**Extrait du  
rapport annuel  
d'une  
commission AI**

« Le nombre des demandes présentées continue à croître. Pendant l'exercice, 313 nouvelles demandes ont été déposées, soit 23 de plus que l'année précédente. Sur ce nombre, il y avait 178 cas d'enfants et jeunes gens et 135 cas d'adultes. Le secrétariat a reçu 207 demandes; 73 ont été enregistrées par les agences et 33 ont été présentées par l'intermédiaire de services officiels et d'institutions. Les assurés préfèrent en général traiter directement avec le secrétariat; au cours de l'année, 20 adultes seulement se sont adressés à une agence. Cela est parfaitement naturel, car la plupart des assurés n'aiment pas à étaler publiquement, plus qu'il n'est vraiment nécessaire, des soucis qui sont souvent très lourds. Parmi les services officiels et institutions qui transmettent les demandes, on trouve principalement des autorités tutélaires qui s'occupent d'invalides, ainsi que des fournisseurs de moyens auxiliaires qui se mettent en rapport le plus souvent avec des déficients de l'ouïe, afin de les inciter à faire valoir leurs droits envers l'AI. Parfois aussi, il arrive que d'autres commissions AI nous transmettent un cas à la suite d'un changement de domicile de l'assuré.

Aux chiffres ci-dessus, il faut encore ajouter environ 150 demandes complémentaires, c'est-à-dire les demandes d'assurés qui avaient précédemment fait valoir des prétentions et touchent déjà des prestations, mais qui revendiquent par exemple la prolongation d'une mesure dont l'application prend fin, ou une mesure supplémentaire. Il convient de mentionner ici, en outre, les cas dont le réexamen était prévu dans le courant de l'année. Sur les 40 cas de révision de cette période, 32 ont pu être liquidés pendant l'exercice et 5 l'ont été dans la nouvelle année. Entre-temps, deux assurés étaient décédés et un cas avait été transmis à une autre commission AI. Ainsi, le nombre total des nouveaux cas à étudier s'élevait à environ 500.

Ceux qui viennent, jour après jour, se présenter à notre guichet ne sont pas tous en mesure de nous soumettre une demande concrète. Beaucoup d'entre eux tiennent avant tout à discuter avec une personne compétente et à se renseigner sur les possibilités d'une aide de l'AI dans leur cas particulier. Nous pensons ici, par exemple, à ce paysan dont le fils unique, âgé de 16 ans, a perdu le pouce droit dans un accident et ne peut plus traire. Comment se tirer d'affaire, dans un tel cas ? Un autre agriculteur, âgé de 62 ans, a dû subir l'amputation de la jambe droite par suite d'une occlusion artérielle et se trouve subitement placé dans une situation qu'il ne pouvait prévoir. Cet homme dirigeait une exploitation agricole; n'ayant pas d'enfants, il ne lui resta plus qu'à

vendre tout son cheptel. Dans des cas de ce genre, il s'agit moins d'obtenir des secours en espèces d'une institution quelconque que de trouver quelqu'un qui puisse aider le requérant à surmonter ses difficultés. On pourrait faire la même remarque à propos de la mère de cet enfant autistique qui n'a longtemps obtenu, au cours de ses démarches, que des encouragements, mais pas une aide réelle. Cette mère, qui fait tout ce qu'elle peut pour sa famille, n'a plus qu'une ressource, celle de s'adresser au secrétariat AI, afin de rechercher avec lui une solution acceptable. On pourrait encore citer de nombreux exemples de ce genre.

Nous savons bien que l'AI est une assurance et non pas une institution d'assistance. Toutefois, dans les assurances sociales, les exigences administratives et les considérations humanitaires ne doivent pas s'exclure mutuellement. L'AI est regardée comme une assurance populaire, et tout solliciteur espère que son problème personnel sera examiné avec compréhension. Certes, un tel examen prendra plus de temps qu'une « liquidation » du cas strictement administrative, mais le secrétariat AI ne saurait ignorer cet aspect idéaliste de ses attributions. »

**Du rôle de la volonté dans la réadaptation** Un assuré s'étant informé de son droit à une rente AI, l'Office fédéral des assurances sociales lui a répondu notamment ce qui suit:

« Vous demandez comment il se fait qu'un assuré soit en quelque sorte puni de travailler assidûment, malgré son invalidité, en se voyant à cause de cela refuser une rente.

Les possibilités de gain d'un assuré sont déterminées en premier lieu par sa capacité de travail résiduelle. Dans ce cas, on considérera comme raisonnablement exigible l'effort que le médecin estime encore exigible. La mise à profit judicieuse de la capacité de travail dépend, elle, de circonstances personnelles (formation professionnelle et sociale, âge), de mesures de réadaptation éventuelles et de la situation du marché du travail. Or, il est dans la nature des choses que tel individu, de constitution plus faible, ne se défend guère contre le mal qui attaque sa santé, alors que tel autre, qui jouit d'une nature robuste, relève le défi de son infirmité et lutte contre elle tant qu'il peut, si bien que son état général est en fin de compte meilleur que celui d'autres invalides, alors même que son handicap est aussi grave, voire plus grave. Etant donné que les résultats obtenus dans ces différents cas ne sont pas toujours pareils, du point de vue économique, mais que le degré d'invalidité dépend précisément de ces critères, le premier assuré recevra éventuellement une rente parce que, vu son état général, on ne peut guère exiger de lui qu'il mette mieux à profit sa capacité de gain réduite, alors que l'autre se verra refuser cette prestation. A vous de juger si ce dernier n'est pas, tout de même, dans une situation plus enviable, et ceci d'autant plus qu'il trouvera probablement une satisfaction plus grande dans son travail que dans la perception d'une rente. »

## Secours suisse d'hiver

Aucune assurance, aucune œuvre d'assistance sociale ne peut venir à bout de toutes les situations pénibles qui peuvent se présenter. C'est la raison pour laquelle des institutions telles que le Secours suisse d'hiver restent indispensables. L'ancien directeur de l'Office fédéral des assurances sociales, M. Saxer, *dr honoris causa*, assume la présidence du Secours suisse d'hiver. Cette institution a tenu à Zurich, le 28 octobre 1971, une assemblée générale très fréquentée, suivie d'une conférence de presse. Voici quelques extraits de l'allocution de son président :

« Quand on parle aujourd'hui en faveur d'une œuvre d'assistance sociale *nationale*, il faut presque s'en excuser, puisque nous vivons à une époque où l'on fait appel à la générosité de la population pour tant d'œuvres d'assistance internationales, et où l'on rappelle presque chaque jour, à la TV notamment, une quantité de numéros de comptes de chèques, en incitant le public à verser une contribution pour soulager la détresse à *l'étranger*.

Cependant, pour une institution d'assistance œuvrant à *l'intérieur du pays*, s'ajoutent encore deux autres difficultés: D'une part, la haute conjoncture et le suremploi, qui donnent l'impression qu'il n'y a, pour ainsi dire, plus de travail pour l'assistance sociale en Suisse; d'autre part, l'extension de la sécurité sociale d'Etat qui, fondée sur une base légale, intervient toujours davantage dans les situations difficiles. Quoi d'étonnant, par conséquent, qu'un périodique, dont on ne voudrait pourtant pas contester l'attitude sociale, ait exprimé récemment l'opinion que le secours d'hiver était une « *vieillesse à supprimer* »! C'est évidemment là une erreur, et nous y avons répondu d'une manière adéquate.

Il faut, naturellement, toujours se demander si une œuvre sociale qui sollicite la générosité du peuple est réellement *nécessaire* et *utile*. L'assistance, en effet, a sa raison d'être non pas simplement parce qu'elle existe, mais seulement dans la mesure où elle est susceptible d'atteindre un but réel.

Bien que l'assistance privée ait précédé l'aide fournie par l'Etat, elle est aujourd'hui, en fait, réellement très influencée par celui-ci. Le renforcement et l'extension des secours accordés par l'Etat ont pour effet de décharger l'assistance privée. Nous ne rappellerons à ce propos que l'effet bénéfique de l'AVS et de l'AI. Dans ce domaine important, on aspire à une certaine garantie des moyens d'existence, alors qu'au début de ces deux assurances, l'on se contentait de parler de « *rentes de base* ».

Cette évolution contribue vraiment à influencer le champ d'activité de l'assistance privée. Afin de rationaliser notre travail d'assistance, nous avons convenu avec la fondation « Pour la vieillesse » que les cas de vieillesse lui seraient confiés. Ceci sera le cas, dans une plus ample mesure encore, quand la 8<sup>e</sup> révision de l'AVS sera un fait accompli.

Toutefois, les cas de vieillesse ne sont pas notre seul souci. Le rapport annuel montre qu'il reste encore, outre cela, beaucoup à faire.

Dans la décision par laquelle il autorise la collecte de cette année, le Conseil d'Etat soleurois a déclaré notamment:

« Le problème de l'aide aux pays en voie de développement n'a pas perdu son caractère urgent. Néanmoins, nous n'avons le droit d'aider les pays lointains que si nous avons consacré toutes nos forces à secourir les *indigents de notre propre pays*. Il est notoire que notre haute conjoncture ne profite pas à chacun de nous. Beaucoup de nos concitoyens, qui vivent modestement, tombent dans la gêne par quelque coup du sort, tel que maladie, accident survenu au soutien de famille, décès, etc. Grâce à une aide rapide et pas trop schématisée, il a été possible, au cours de l'exercice écoulé, d'empêcher beaucoup de concitoyens de tomber à la charge de l'assistance publique. Le secours d'hiver permet à ces personnes frappées par le sort de se tirer d'affaire par leurs propres moyens. Il ne faut pas oublier non plus que le renchérissement touche le plus ceux qui sont économiquement faibles. Ceux qui sont dans la gêne doivent savoir qu'ils ne sont pas seuls, que des amis discrets les soutiennent jusqu'à ce qu'ils aient surmonté leurs difficultés. Ainsi, durant l'exercice écoulé, on a pu aider efficacement de nombreuses personnes indigentes par des dons de pommes de terre et de fruits ou par la délivrance de bons. La remise gratuite de lits aux nécessiteux a également fait plaisir et a suscité une grande reconnaissance. Voilà déjà quelques indices prouvant que le secours d'hiver n'a pas perdu sa raison d'être. Nous espérons que cette année également, la population n'oubliera pas nos concitoyens dans le besoin. »

Ces arguments du Conseil d'Etat soleurois sont pertinents et pourraient s'appliquer aussi à d'autres cantons. Il ne faut donc pas s'étonner si l'activité sociale du secours d'hiver n'a pas diminué, mais a, au contraire, augmenté de 3,3 à 3,8 millions de francs pour l'année écoulée. Les recettes ont heureusement suivi le rythme des dépenses, puisqu'elles ont passé de 3,5 à 4 millions de francs. Pendant l'année écoulée, le secours d'hiver a pu aider efficacement environ 29 000 concitoyens, dont le sort ne peut nous être indifférent.

Le secours d'hiver est la seule grande œuvre sociale suisse qui ne reçoive pas de subvention fédérale; il dépend donc entièrement de la générosité du peuple suisse. »

La RCC ne peut qu'approuver ces recommandations.

## BIBLIOGRAPHIE

Robert Adam: *Probleme der privaten Pensionsfonds für Arbeitnehmer in den USA*. Revue suisse des assurances sociales, 1971, pp. 234-238. Editions Stämpfli, Berne 1971.

Rudolf Blum: **Querschnitt durch die europäischen Vorsorgesysteme.**  
Revue suisse des assurances sociales, 1971, pp. 169-186. Editions  
Stämpfli, Berne 1971.

Ilse Lehmann: **Das körperbehinderte Kind und seine Umwelt.**  
88 pages. Editions Ernst Reinhardt, Bâle 1970.

Hermann Wintsh: **Le handicapé en tension entre l'égalité des droits  
et l'impotence ou l'indigence.** (En allemand; résumé français dans la  
revue « Pro Infirmis » 1971, fasc. 7/8, p. 7.) Tirage à part, 8 pages.  
Editions Pro Infirmis, Zurich 1971.

## INFORMATIONS

### Interventions parlementaires

Motion Müller-Berne du 6 octobre 1971 M. Richard Müller, conseiller national, a présenté la motion suivante:

« Le Conseil fédéral est invité à préparer le plus rapidement possible, à titre de revision partielle de la LAI, un projet permettant de verser aux aveugles une indemnité pour infirmité (prestation aux aveugles). »

Petite question Rasser du 6 octobre 1971 M. Rasser, conseiller national, a posé la petite question suivante:

« L'Office fédéral des transports a laissé entrevoir que l'abonnement à demi-tarif que reçoivent déjà plus de 300 000 rentiers de l'AVS serait également remis aux bénéficiaires de rentes d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> novembre 1971, date de l'entrée en vigueur de la nouvelle revision des tarifs des CFF.

Or, le Département des transports et communications et de l'énergie a, contre toute attente, refusé cette proposition.

Le Conseil fédéral est invité à exposer au plus vite les motifs de ce revirement, qui désavantage les bénéficiaires de rentes d'invalidité par rapport aux rentiers de l'AVS. »

Petite question  
Baumann  
du 7 octobre 1971

M. Baumann, conseiller national, a posé la petite question suivante:

« Dans diverses requêtes, l'Association suisse des invalides a tenté de faire délivrer, par les Chemins de fer fédéraux et les chemins de fer privés, un abonnement à prix réduit pour demi-billets aux bénéficiaires de rentes d'invalidité également.

Quels sont les motifs pour lesquels on n'a pas pu faire droit à cette demande justifiée?

Dans le cadre de la revision prochaine des tarifs de chemins de fer, il serait tout indiqué, semble-t-il, de prendre désormais en considération les titulaires de rentes de l'AI et de les mettre sur le même pied que les rentiers de l'AVS. »

Interventions  
parlementaires  
acceptées ou ayant  
reçu une réponse

Les trois postulats suivants ont été développés et transmis au Conseil fédéral lors de la séance du Conseil national du 7 octobre 1971:

*Postulat Flubacher*, du 14 décembre 1970, concernant les mesures en faveur des invalides inaptes à l'intégration professionnelle après leur sortie de l'école spéciale (RCC 1971, p. 22). L'auteur du postulat demande que ces invalides, qui ne peuvent exercer une activité lucrative, reçoivent au moins une occupation correspondant à leurs possibilités. Selon le droit en vigueur et conformément à ses principes, l'AI vise avant tout la réadaptation à la vie professionnelle lorsqu'elle accorde ses prestations en nature et ses mesures d'encouragement; elle ne peut donc assumer des mesures destinées à procurer aux invalides une occupation non rétribuée. Cependant, le Conseil fédéral croit que le nouvel article constitutionnel 34 quater, actuellement à l'étude, autorisera la Confédération à soutenir les œuvres d'assistance aux invalides et à utiliser à cette fin les ressources financières de l'AI. Dès que les travaux de revision de la Constitution seront achevés, on pourra examiner si et de quelle manière on pourra donner suite à la requête de M. Flubacher par la voie législative.

*Postulat Junod*, du 26 janvier 1971, concernant une charte sociale pour l'agriculture suisse (RCC 1971, p. 143). Cette intervention demande — en ce qui concerne le caractère obligatoire du deuxième pilier — des mesures sociales particulières en faveur de l'agriculture et propose la mise sur pied d'une loi-cadre qui coordonnerait les mesures sociales prises sur le plan fédéral (y compris les allocations familiales, l'assurance-maladie et accidents). Dans sa réponse, le Conseil fédéral admet, avec M. Junod, que les mesures économiques prises en faveur de l'agriculture doivent être complétées par des mesures adéquates dans le domaine de la sécurité sociale.

Toutefois, avant d'arrêter tous les détails d'une loi consacrée à cet objet, il faudrait attendre que la nouvelle base constitutionnelle ait reçu sa forme définitive. Un avant-projet de loi fédérale sur la prévoyance professionnelle sera mis au point, néanmoins, avant la consultation populaire. Les problèmes agricoles évoqués par le postulat devront-ils être résolus dans le cadre d'une loi générale sur la prévoyance professionnelle, ou bien une loi particulière conviendrait-elle mieux dans ce cas? C'est là une question qui n'est pas encore tranchée. En tout cas, le choix des solutions les meilleures ne se fera pas sans que les organisations agricoles aient été consultées.

*Postulat Sauser*, du 15 mars 1971, concernant les moyens auxiliaires et les subventions aux cours nécessités par les vieillards handicapés (RCC 1971, p. 185). Le Conseil fédéral répond qu'une solution partielle a déjà été trouvée depuis la dernière revision de la LPC, puisque les bénéficiaires de PC peuvent désormais déduire de leur revenu déterminant les frais de moyens auxiliaires. De plus, les contributions accordées à la fondation suisse « Pour la Vieillesse » ont été augmentées de manière à encourager la remise de moyens auxiliaires aux assurés touchant la rente de vieillesse. Les travaux de la Commission fédérale de l'AVS/AI ont fait entrevoir une solution qui permettrait de combler en bonne partie les lacunes signalées par le postulat. Quant aux cours pour les personnes âgées (par exemple lecture labiale pour les personnes dures d'oreille, gymnastique, etc.), la Confédération les a déjà favorisés par des subventions à la fondation « Pour la Vieillesse ». Le Conseil fédéral est prêt à examiner si l'on pourrait, par une revision de la LAVS, permettre le versement direct de subventions AVS analogues à celles de l'AI.

Enfin, le 8 octobre, dernier jour de session de la législature qui vient de s'achever, le Conseil national a transmis au Conseil fédéral, avec d'autres interventions, la *motion Wyer* du 23 juin (RCC 1971, p. 412) demandant une unification du droit des assurances sociales. Le Conseil fédéral déclare à ce propos qu'il s'occupe depuis longtemps déjà, notamment depuis qu'il a reçu le postulat Hofstetter du 28 juin 1968, de la coordination des dispositions concernant la sécurité sociale; cette tâche, cependant, exige beaucoup de temps. Déjà, des tentatives d'harmoniser l'assurance-maladie et accidents, l'assurance-chômage et l'assurance militaire sont en cours. Le perfectionnement de l'AVS et sa transformation en un vaste système de prévoyance-vieillesse, survivants et invalidité, plus tard la combinaison des lois fédérales sur l'AVS et sur l'AI seront des progrès importants sur la voie de l'uniformisation et de la simplification.

**Autres interventions  
ayant reçu  
une réponse:**

**Postulat Bussey  
du 16 mars 1971**

**Postulat Dafflon  
du 1<sup>er</sup> juin 1971**

**Petite question  
Dellberg  
du 1<sup>er</sup> juin 1971**

**Petite question  
urgente Allgöwer  
du 20 septembre 1971**

Le Conseil fédéral a répondu par écrit, en date du 11 octobre, à ces interventions parlementaires, qui demandent toutes l'octroi d'une compensation du renchérissement sous forme d'une augmentation des rentes AVS et AI. Voici un résumé de cette réponse:

« Le Conseil fédéral estime qu'il va de soi qu'une compensation du renchérissement doit être allouée aux bénéficiaires de rentes AVS et AI. Aussi a-t-il proposé que ces rentes soient augmentées de 10 pour cent au début de cette année. Quant aux limites de revenu déterminantes pour les PC, qui sont de toute importance pour les bénéficiaires de rentes ayant des ressources modestes, elles ont été élevées dans une proportion beaucoup plus forte.

Le Conseil fédéral a indiqué aux Chambres fédérales, dans son message du 1<sup>er</sup> avril 1970 déjà, comment et dans quel délai il envisageait que l'AVS fût révisée.

L'horaire prévu, qui avait trouvé l'assentiment des Chambres, est respecté. Le Département fédéral de l'intérieur a déjà soumis au Conseil fédéral un projet de message très complet relatif à la 8<sup>e</sup> révision de l'AVS. Ce message pourra être remis aux Chambres dans le courant du mois d'octobre. (Ce qui a été fait le 11 octobre 1971, cf. p. 502 du présent fascicule.) Cette révision n'a pas pour but unique de compenser le renchérissement; elle modifiera fondamentalement le système des rentes. En effet, le principe de la rente de base paraît dépassé et il faut qu'à l'avenir, les rentes couvrent dans une mesure appropriée les besoins vitaux. C'est pourquoi il est proposé qu'à l'occasion de la 8<sup>e</sup> révision de l'AVS, les rentes soient à peu près doublées. Une nouvelle amélioration suivra au début de 1975. Le projet de loi prévoit encore d'autres améliorations non négligeables.

Aux termes de l'article 43 ter de la LAVS, le Conseil fédéral doit, 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, faire examiner l'équilibre financier de l'assurance ainsi que l'état des rentes en relation avec les prix; au besoin, il propose une modification de la loi en vue de maintenir le pouvoir d'achat des rentes. Il faut donc examiner à quel moment les conditions prescrites pour une nouvelle adaptation au renchérissement seront réunies, et si cette adaptation doit avoir lieu — contrairement à l'avis exprimé jusqu'ici par les Chambres également — avant l'entrée en vigueur de la 8<sup>e</sup> révision de l'AVS.

Le 1<sup>er</sup> janvier 1969, lorsque la 7<sup>e</sup> révision de l'AVS est entrée en vigueur, l'indice national des prix à la consommation se situait au niveau de 107,8 points. Le 1<sup>er</sup> janvier 1971, les rentes AVS et AI ont été augmentées de 10 pour cent. Le renchérissement était dès lors compensé jusqu'à un niveau de

118,6 points, l'indice au 1<sup>er</sup> janvier 1971 étant à 116,3 points. Par conséquent, un nouvel examen de l'état des rentes en relation avec les prix n'est prescrit que pour l'époque où l'indice aura atteint le niveau de 128,1 points (118,6 + 8%) et non pas déjà pour celle où il en sera à 125 points.

Le 1<sup>er</sup> octobre 1971, l'indice national des prix à la consommation était de 121,3 points; il y avait donc eu, par rapport à la situation initiale, une augmentation des prix de 2,3 pour cent. Il n'est pas possible de prévoir avec certitude l'évolution ultérieure. Il n'est pas exclu qu'on en arrive un peu avant 1973 à l'époque où un nouvel examen des rentes s'imposera; mais cet examen sera alors certainement en cours, car les débats parlementaires sur la 8<sup>e</sup> révision auront atteint un stade avancé. On devra cependant déterminer si, dans le cadre de la révision de la loi, des mesures pourraient être prévues pour faire bénéficier les rentiers d'une augmentation des rentes, sous une forme quelconque, avant le 1<sup>er</sup> janvier 1973.

Toute adaptation de rentes nécessite une révision de la loi selon la procédure normale. Par conséquent, si une augmentation des rentes devait entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1972 déjà, les Chambres devraient, à la présente session, non pas traiter de postulats et de petites questions, mais bien avoir déjà pris une décision de modification de la loi. Le délai d'opposition de 90 jours arriverait à expiration, dans ces conditions, à la fin de l'année. Nous avons soumis les postulats Bussey et Dafflon à la Commission fédérale de l'AVS/AI chargée par la loi de donner son avis sur les projets de révision; à une forte majorité (30 voix contre 3), elle s'est opposée à la réalisation de ces demandes. Elle a relevé en particulier qu'une augmentation des rentes au 1<sup>er</sup> janvier 1972 n'était pas possible et qu'une révision ayant effet rétroactif devait être exclue pour d'importantes raisons administratives.

Le fort renchérissement a des effets particulièrement pénibles pour ceux qui ne sont plus dans la vie active. C'est pourquoi le Conseil fédéral est d'accord avec les conseillers nationaux Bussey, Dafflon, Dellberg et Allgöwer pour estimer que l'on ne saurait repousser le moment où les bénéficiaires de rentes de l'AVS et de l'AI doivent recevoir une compensation du renchérissement. Vu sa conviction, il se déclare prêt à accepter les deux postulats en question.

Au cas où le renchérissement devrait effectivement augmenter rapidement, le Conseil fédéral est disposé à examiner, dans le cadre de la 8<sup>e</sup> révision de l'AVS, la possibilité d'avancer la date de l'entrée en vigueur de certaines prestations. »

Allocations familiales  
dans le canton  
d'Appenzell Rh. Ext.

Le 26 octobre 1971, le Grand Conseil a relevé de 25 à 35 francs par mois et par enfant le taux minimum de l'allocation pour enfant. Cette décision prendra effet le 1<sup>er</sup> janvier 1972.

Allocations familiales dans le canton des Grisons	Le 30 septembre 1971, le Grand Conseil a décidé de relever de 30 à 35 francs par mois et par enfant le taux minimum de l'allocation pour enfant. Cette décision prendra effet le 1 <sup>er</sup> janvier 1972.
Nouvelles personnelles OFAS	<p>A l'occasion de la réorganisation de l'OFAS (cf. RCC 1971, p. 370), le Conseil fédéral a encore procédé aux promotions suivantes, qui prendront effet au 1<sup>er</sup> janvier 1972:</p> <p>Subdivision des cotisations et des prestations AVS/AI/APG</p> <p>M. <i>Anton Wettenschwiler</i>, chef de la section des cotisations, devient chef de section Ia et suppléant du chef de la subdivision;</p> <p>Subdivision de l'organisation AVS/AI/APG</p> <p>M. <i>Albrik Lütby</i>, chef de la section des centres de réadaptation et des organisations de l'aide aux invalides, devient chef de section Ia et suppléant du chef de cette subdivision;</p> <p>M. <i>Fritz Möll</i>, chef de la section de la comptabilité et de l'organisation technique, devient chef de section I;</p> <p>Section des PC et problèmes de la vieillesse</p> <p>M. <i>Armand Bise</i>, suppléant du chef de la section, devient adjoint scientifique I;</p> <p>Services généraux de la prévoyance-vieillesse, survivants et invalidité</p> <p>M. <i>Otto Büchi</i> devient adjoint I;</p> <p>Section de la protection de la famille</p> <p>M. <i>Germain Bouverat</i>, suppléant du chef de la section, devient adjoint scientifique I;</p> <p>Subdivision mathématique et statistique</p> <p>M. <i>Werner Gfeller</i>, chef de la section de la prévoyance professionnelle, devient chef de section I.</p>
Centrale de compensation	M. <i>André Colliard</i> , licencié en droit, chef de la Centrale de compensation, va prendre sa retraite à la fin de l'année. Le Conseil fédéral a nommé son successeur en la personne de M. <i>Jakob Wegmüller</i> . Celui-ci était jusqu'à présent au service de la Caisse suisse de compensation, où il s'occupait des conventions internationales et du secrétariat de la commission AI pour les assurés à l'étranger. La RCC parlera plus en détail, dans son prochain numéro, de ce départ et de cette nouvelle promotion.

# JURISPRUDENCE

---

## Assurance-vieillesse et survivants

### PROCÉDURE

*Arrêt du TFA, du 12 mai 1971, en la cause K. W.*

Article 84, 1<sup>er</sup> alinéa, LAVS. Eléments permettant d'admettre qu'une décision notifiée par simple lettre est parvenue à son destinataire dans un délai normal. (Considérant 1.)

Une décision est considérée comme valablement notifiée même si elle a été déposée non pas dans la case postale, mais dans la boîte aux lettres du destinataire. (Considérant 2.)

Article 85, 1<sup>er</sup> alinéa, LAVS. La question de la restitution du délai d'un recours en première instance est régie par le droit cantonal. Le TFA n'a donc pas à en connaître. (Considérant 3.)

*Articolo 84, capoverso 1 della LAVS. Elementi, da cui si può dedurre, che una decisione notificata con una semplice lettera sia pervenuta al destinatario entro il termine usuale. (Considerando 1.)*

*Una decisione è da considerare come notificata anche quando è stata rimessa nella cassetta delle lettere del destinatario e non nella casella postale. (Considerando 2.)*

*Articolo 85, capoverso 1 della LAVS. La questione della restituzione per inosservanza di un termine per il ricorso alle autorità di prima istanza è regolata dal diritto cantonale; il TFA non deve quindi statuire in merito. (Considerando 3.)*

Le 8 avril 1970, la caisse de compensation rendit cinq décisions réclamant le paiement de cotisations dues par l'employeur K. W. Elle les lui notifia par une simple lettre. K. W. possède une case postale. Sa boîte aux lettres n'est normalement pas utilisée par la poste. Il prétend cependant avoir trouvé les décisions au début de mai dans sa boîte aux lettres, qui n'est vidée qu'au début de chaque mois. Le 27 mai 1970, K. W. écrivit à la caisse de compensation qu'il n'acceptait pas ces décisions. Il s'excusa de n'avoir pu en informer la caisse plus tôt, ayant été absent ainsi que son comptable. La caisse transmit la lettre de K. W. à l'autorité juridictionnelle de première instance. Cette autorité a toutefois refusé l'examen du recours, celui-ci ayant été déposé après l'expiration du délai de trente jours. K. W. a porté l'affaire devant le TFA, qui a rejeté son recours de droit administratif pour les motifs suivants:

1. La commission cantonale de recours a retenu en fait, en substance: que la caisse de compensation a fait parvenir ses décisions à K. W. le 8 avril 1970; que

K. W. a recouru de deux à trois semaines après l'échéance d'un délai de trente jours courant dès la réception des décisions et qu'il le reconnaît; que le recourant attribue ce retard à un voyage.

Ces faits ne sont pas manifestement inexacts et ils n'ont pas été établis au mépris de règles essentielles de la procédure (art. 105, 2<sup>e</sup> al., OJ). En effet, au début de sa lettre du 27 mai 1970 qui a été considérée comme un recours, K. W. a écrit à la caisse de compensation:

« Nous vous prions de bien vouloir excuser M. W. de ne pas avoir répondu plus tôt à votre décompte de primes et au contrôle AVS que vous avez effectué dans nos bureaux.

M. W. s'est absenté et son comptable était également en voyage; malgré toute notre bonne volonté, nous n'avons pas pu vous répondre plus rapidement. »

...

De ces lignes, ainsi que de l'examen des doubles des décisions (cf. l'arrêt J. T., RCC 1964, p. 287), le premier juge pouvait déduire que les décisions expédiées le 8 avril 1970 étaient parvenues au recourant dans un délai normal, que le recourant reconnaissait agir tardivement et que ce retard était de deux à trois semaines. La situation était différente dans le cas A. S., jugé le 12 mai 1950 (RCC 1950, p. 340), où manquaient tous indices de l'existence d'une notification. Au vrai, bien que ni la loi, ni le règlement (voir art. 128 RAVS; N<sup>os</sup> 13 et 16 de la circulaire de l'OFAS sur le contentieux, valable dès le 1<sup>er</sup> octobre 1964; cf. l'art. 34 PA), ni la jurisprudence (voir par exemple l'arrêt R. AG, RCC 1957, p. 185) n'obligent les caisses à envoyer leurs décisions par lettre recommandée, il est regrettable que cette précaution ne soit pas prise lorsque, comme ici, des sommes importantes sont en jeu.

Les explications fournies par le recourant dans l'instance fédérale n'affaiblissent pas la constatation du premier juge. En effet, le recourant n'allègue pas que la poste aurait acheminé avec retard les décisions attaquées, mais seulement qu'elle les a déposées dans la boîte aux lettres et non dans la case postale. Le retard avec lequel le recourant a pris connaissance des décisions proviendrait, toujours selon lui, de ce que sa boîte aux lettres n'est relevée que les tout premiers jours de chaque mois, époque où les ouvriers y déposent des fiches de travail, des fiches de salaire et des feuilles de paie; il n'aurait donc eu connaissance des décisions que les tout premiers jours de mai. Cette version n'est pas incompatible avec celle de la commission cantonale de recours: les décisions ayant été, selon toute vraisemblance, déposées dans un délai normal dans la boîte aux lettres, soit le mercredi 9 ou le jeudi 10 avril, la lettre du 27 mai a bel et bien été expédiée 47 ou 48 jours plus tard. La version actuelle du recourant apporte cependant à la version de la commission un complément, qui en droit n'est pas dénué d'intérêt. De ce complément, le TFA peut tenir compte, car le premier juge n'a pas instruit sur les circonstances de la notification des décisions, probablement parce que le recourant ne les avait pas mises en cause. Sur ce point, l'exposé des faits figurant dans le jugement est manifestement incomplet, au sens de l'article 105, 2<sup>e</sup> alinéa, OJ.

2. Les décisions attaquées étant donc censées avoir été acheminées par la poste dans le délai usuel, il importe de déterminer le lieu où elles ont été mises à la disposition du recourant. Normalement, ce devrait être à la case postale, auquel cas le recours serait évidemment tardif, mais l'administration de la poste n'exclut pas qu'en l'occurrence ce courrier ait pu être déposé dans la boîte aux lettres du destinataire. Encore que le recourant n'ait rien dit de semblable dans sa lettre de recours du 27 mai 1970, cette version n'est pas d'emblée invraisemblable. Il faut se demander,

par conséquent, si le dépôt de décisions dans la boîte aux lettres du titulaire d'une case postale constitue une notification valable, au sens de l'article 84, 1<sup>er</sup> alinéa, LAVS (voir aussi les art. 86, 1<sup>er</sup> al., LAVS et 106, 1<sup>er</sup> al., OJ), quand bien même la poste a pour consigne d'acheminer à la case le courrier de l'intéressé.

S'agissant de la notification prévue à l'article 16, 1<sup>er</sup> alinéa, première phrase, LAVS, le TFA a dit dans l'arrêt K., du 22 décembre 1956 (ATFA 1957, p. 49 = RCC 1957, p. 97), que, pour être valablement notifiée, la décision doit non seulement être expédiée, mais encore être mise à la disposition du destinataire ou de son représentant à leur juste adresse (verbindliche Adresse).

Conformément à la jurisprudence, l'OFAS prescrit dans la circulaire sur le contentieux, valable dès le 1<sup>er</sup> octobre 1964:

- « 14. Une décision est réputée notifiée à son destinataire dès qu'elle est parvenue en sa possession, c'est-à-dire dès que lui-même ou un représentant autorisé a eu la possibilité d'en prendre connaissance (arrêt du TFA du 22 décembre 1956, RCC 1957, p. 97).
15. Est réputée notifiée au destinataire la décision remise à un membre de sa famille faisant ménage commun avec lui (arrêt du TFA du 10 novembre 1949, RCC 1950, p. 35) ou encore à un aide (arrêt du TFA du 12 décembre 1962, RCC 1963, p. 263) ou un service administratif (arrêt du TFA du 21 décembre 1959, RCC 1960, p. 130) apparaissant, aux yeux de tiers, habilité à recevoir telle communication. »

Quant à la notion d'aide qui semble habilité à recevoir une décision, le TFA l'avait précisée dans l'arrêt M. F. (RCC 1963, p. 263). Il s'agit notamment des employés, lorsque l'exploitant a organisé ses rapports écrits avec autrui de telle manière qu'un tiers puisse considérer la notification à un employé comme également valable pour l'exploitant.

L'adresse de l'entreprise du recourant figure dans l'annuaire du téléphone et — sans mention de la case postale — sur le papier à lettres de l'entreprise. Les décisions ont été envoyées à cette adresse, donc à la bonne adresse. Elles y sont parvenues dans la boîte aux lettres à ce qu'il faut admettre. La boîte aux lettres d'un bureau est un lieu où l'on peut déposer des messages, dans l'idée que le personnel compétent pour traiter le courrier en prendra possession chaque jour ouvrable. La boîte aux lettres n'est pas réservée aux communications postales; elle est accessible à tout correspondant. Il aurait été loisible à la caisse de compensation d'y faire porter ses décisions par un employé. En conséquence, les décisions attaquées, placées dans la boîte aux lettres du bureau de l'entreprise le 9 ou le 10 avril 1970, ont été dès ce moment-là à la disposition du recourant ou du personnel réputé le représenter. Si vraiment il s'est organisé de façon telle que sa boîte aux lettres ne soit vidée qu'une fois par mois, ce qui n'est guère vraisemblable, il l'a fait à ses risques et périls.

Le fait que la poste aurait dû user d'un autre mode d'acheminement, selon les articles 156 et 167 de l'ordonnance sur les postes du 1<sup>er</sup> septembre 1967 (RO 1967, p. 1447), ne change rien à l'affaire. Il est d'ailleurs bien connu que les erreurs de ce genre sont relativement courantes, surtout lorsque les titulaires de cases postales n'invitent pas leurs correspondants à y adresser directement le courrier.

3. Dès lors, les décisions attaquées étaient à la disposition de leur destinataire à la bonne adresse de ce dernier, le 10 avril 1970 au plus tard. Elles indiquaient les voies de droit. Le délai de recours de trente jours de l'article 84, 1<sup>er</sup> alinéa,

LAVS expirait ainsi le 10 mai 1970, au plus tard également. A supposer que le personnel du bureau n'ait vraiment trouvé les décisions que les tout premiers jours de mai, il lui restait encore un peu de temps pour recourir, ne fût-ce que par une lettre de quelques lignes comme celle que K. W. a écrite le 27 mai 1970.

On ignore d'ailleurs si K. W. et son comptable étaient tous les deux absents au début de mai. Le recourant ne le précise ni dans la lettre de recours qu'il a adressée à la caisse de compensation, ni dans le mémoire par lequel il a formé un recours de droit administratif. Au contraire, dans ce mémoire, il semble dire qu'il a trouvé les décisions lui-même. Quoi qu'il en soit, le commerçant qui s'éloigne de son entreprise pour un certain temps doit prendre des dispositions pour que les affaires urgentes soient traitées en son absence.

C'est pourquoi, mais en premier lieu parce qu'il incombait au recourant de lever sa boîte aux lettres régulièrement, la cause paraît sérieusement compromise même sur le terrain de la restitution du délai, à supposer que le jugement du 2 juillet 1970 ne bénéficia pas en cela également de l'autorité de la chose jugée. Cependant, il s'agit là de l'application du droit cantonal (art. 85, 2<sup>e</sup> al., LAVS), dont le TFA n'a pas à connaître. L'article 16, 3<sup>e</sup> alinéa, du règlement du 9 avril 1948 pour la commission cantonale de recours AVS s'exprime en ces termes:

« Un recours tardif est recevable seulement si le recourant rend plausible que lui-même ou son mandataire ont été empêchés par une cause indépendante de leur volonté d'agir en temps utile et qu'ils ont présenté le recours dans les trente jours après la disparition de l'empêchement. »

4. Le litige ne portant pas sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurance, il n'existe aucun motif en l'espèce de s'écarter de la règle de l'article 156, 1<sup>er</sup> alinéa, OJ, selon laquelle les frais judiciaires sont en général mis à la charge de la partie qui succombe (cf. art. 134 et 135).

*Arrêt du TFA, du 14 mai 1971, en la cause M. W. (traduction de l'allemand).*

Article 108, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> alinéas, OJ. La déclaration par laquelle le recourant indique qu'il « n'admet pas la décision... et qu'il forme recours », sans mentionner la décision attaquée, ne contient ni des conclusions, ni des motifs juridiquement suffisants.

Il n'est possible de remédier à ces irrégularités que pendant le délai de recours. Un tel cas ne justifie pas l'octroi d'un délai supplémentaire au sens de l'article 108, 3<sup>e</sup> alinéa, OJ.

*Articolo 108, capoversi 2 e 3 dell'OG. La dichiarazione del ricorrente secondo la quale egli non è d'accordo... « con la decisione... e interpone ricorso », senza menzionare nemmeno la decisione impugnata non costituisce nè un motivo, nè una conclusione giuridicamente sufficiente.*

*Una correzione di questa irregolarità è possibile solo entro il termine di ricorso, in quanto questo caso non giustifica l'assegnazione di un termine suppletorio in virtù dell'articolo 108, capoverso 3 dell'OG.*

Le 16 mars 1971, dame X, mère de l'assuré, a communiqué au tribunal « qu'elle n'admet pas la décision rendue... et qu'elle forme recours ». Elle ajouta qu'une « motivation détaillée du recours » suivrait dans peu de temps. Le 18 mars 1971, le TFA lui fit connaître les exigences légales auxquelles le recours de droit administratif est soumis et lui indiqua que le délai de recours est de trente jours. S'il lui faut un délai supplémentaire pour « compléter les motifs », il lui incombe de présenter une demande

dans ce sens au tribunal. Le mandataire de l'assuré présenta une telle requête le 20 avril 1971, mais le tribunal n'entra pas en matière sur le recours, et cela pour les motifs suivants:

Dans sa demande du 16 mars 1971, dame X a communiqué « qu'elle n'admet pas la décision et qu'elle forme recours ». Or, cette demande n'était pas accompagnée d'un texte de la décision cantonale attaquée; elle ne donnait aucune précision concernant l'autorité qui l'avait rendue et la date à laquelle elle avait été prise. Cette dernière indication était absolument indispensable. Le « recours » aurait dû par ailleurs énoncer les motifs et les conclusions indiquant la solution qui aurait dû être adoptée à la place de la décision attaquée. Contrairement à l'avis du représentant juridique, la lettre du 16 mars 1971 ne contient ni proposition qui soit juridiquement valable, ni exposé des motifs. C'est la raison pour laquelle le TFA a signalé à dame X, le 18 mars 1971, soit un jour après la réception du « recours », qu'un recours de droit administratif doit, pour être valable, énoncer des motifs et des conclusions puis être déposé dans les trente jours dès la notification de la décision (art. 106 et 108 OJ). Si le tribunal a ajouté que l'autorité de recours pouvait, sur demande, accorder une prolongation de délai aux fins de compléter la motivation, cela ne signifiait pas pour autant que le « recours » du 16 mars 1971 — bien qu'ayant besoin de compléments — soit déjà motivé. Le TFA entendait seulement, et d'une manière générale, informer dame X que le recourant peut, s'il a énoncé des conclusions et des motifs dans le délai de 30 jours, obtenir une prolongation de ce délai pour compléter ces motifs.

Un mémoire de recours satisfaisant aux exigences légales, c'est-à-dire indiquant les conclusions et les motifs, ne fut présenté que le 29 avril 1971. Or, à cette date, le délai de trente jours prévu par la loi était déjà échu et ne pouvait plus être prolongé (art. 33, 1<sup>er</sup> al., OJ). Le tribunal ne peut donc pas entrer en matière, et cela pour cause de tardiveté du recours.

Au demeurant, à supposer que ce recours eût été recevable, le tribunal n'aurait, sur le fond, pas pu adopter les conclusions qui y étaient énoncées.

Les conditions fixées à l'article 109 OJ étant remplies, le TFA a renoncé à un échange d'écritures.

## Assurance-invalidité

### CONDITIONS D'ASSURANCE DONNANT DROIT AUX PRESTATIONS

*Arrêt du TFA, du 22 janvier 1971, en la cause J. S. (traduction de l'allemand).*

**Article 6, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI.** Ni la convention franco-suisse en matière d'AVS, ni aucun autre accord conclu avec la France ne permettent d'octroyer des prestations AI à un ressortissant français qui ne satisferait pas aux conditions prévues par l'article 6, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI.

*Articolo 6, capoverso 2, LAI. Nè la convenzione tra la Svizzera e la Francia in materia di AVS, nè altro accordo concluso con la Francia, possono giustificare l'elargizione di prestazioni AI ad un cittadino francese, che non adempie le condizioni previste dall'articolo 6, capoverso 2, LAI.*

J. S., ressortissant français, né en 1939, a payé ses cotisations obligatoires aux assurances sociales suisses dès juin 1965 et jusqu'en mars 1968, en qualité de manœuvre

au service d'une compagnie aérienne suisse. Il n'a cependant jamais eu de domicile en Suisse. Le 23 novembre 1965, il eut un accident de travail qui provoqua, par la suite, des altérations psychiques d'origine organique avec défaillance des fonctions cérébrales. Par jugement de l'autorité de première instance du 27 février 1970, il a été mis au bénéfice d'une rente de la CNA sur la base d'une invalidité de 70 pour cent. Le 24 octobre 1969, il avait demandé une rente AI à la Caisse suisse de compensation. Cette demande fut rejetée par décision du 3 novembre 1969 parce que les conditions d'assurance n'étaient pas remplies.

J. S. recourut et demanda l'octroi d'une rente entière, ainsi que la gratuité de la procédure et de l'assistance judiciaire. La commission compétente a rejeté le recours, mais a octroyé l'assistance judiciaire gratuite.

L'assuré a renouvelé sa demande par voie de recours de droit administratif en reprenant ses conclusions de première instance. 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. La question litigieuse en l'espèce consiste à déterminer si le recourant peut être considéré comme assuré en Suisse pour faire valoir un droit éventuel à une rente AI. Si l'article 6, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI est applicable, comme l'admettent la caisse de compensation et la commission de recours, le recourant n'a pas droit aux prestations de l'AI. Il ne s'est en effet pas créé un domicile en Suisse et n'a pas payé des cotisations pendant dix années au moins.

3. Se fondant sur les dispositions des traités internationaux mentionnés ci-après dans le considérant 4, le recourant pense toutefois que l'article 6, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI ne lui est pas applicable. Aussi faut-il rechercher d'abord, de manière toute générale, quels sont les principes d'interprétation applicables au domaine des traités internationaux. Ils sont énoncés sommairement comme suit dans un arrêt du Tribunal fédéral (ATF 94 I 673, considérant 4):

« Il faut interpréter le traité international si sa teneur n'est pas claire ou si, d'après la teneur claire, la signification donnée apparaît à contresens.

Pour l'interprétation des traités internationaux, les négociations qui ont conduit à leur conclusion peuvent être prises en considération, dans la mesure où elles font apparaître clairement la volonté des puissances contractantes (...). Les traités internationaux doivent être interprétés de façon que le but poursuivi par les parties soit atteint (...). Une interprétation extensive n'entre en ligne de compte que si l'on peut déduire avec certitude du contexte et de la genèse de la disposition que l'expression de la volonté des parties a par mégarde été rendue de façon inexacte (...). Les traités internationaux sont, de par leur nature même, des « actes de bonne foi » (*bonae fidei negotia*); il faut appliquer de façon générale à leur interprétation la théorie dite de la confiance (...) » (Journal des Tribunaux 1970 I 317.)

Guggenheim (*Traité de droit international public*, vol. I, 1967, pp. 246 ss) mentionne sous le titre « Hiérarchie des règles d'interprétation » (p. 248), comme critères d'interprétation, l'intention des puissances contractantes, le sens clair, et enfin le but poursuivi.

On considère en principe que chaque traité international représente un ensemble exhaustif de concessions négociées réciproquement, réalisant un équilibre intrinsèque. C'est ainsi que les clauses dites de la nation la plus favorisée ne visent, en règle générale, que les relations juridiques formant l'objet de la convention contenant une telle clause (ATF 80 III 165).

4. Les traités internationaux invoqués par le recourant appellent les remarques suivantes:

a. *Traité sur l'établissement des Français en Suisse et des Suisses en France*, du 23 février 1882 (RS 11, p. 612).

Le recourant fait valoir que la convention italo-suisse en matière d'assurances sociales met sur un pied d'égalité Italiens et Suisses. C'est ainsi qu'il existe un droit aux rentes ordinaires AVS/AI dès que des cotisations ont été payées pendant une année entière. Si l'on se fonde sur la clause de la nation la plus favorisée, contenue dans l'article 6 du traité d'établissement signé avec la France, il faudrait admettre ce droit, estime le recourant, également pour les ressortissants français. Le recourant fait valoir que la rente AI qu'il réclame ne relève pas de l'assistance sociale, dont traite Guggenheim dans la fiche 662 des fiches juridiques suisses (FJS), soit d'une institution régie par la *lex patriae* et exclue de la clause de la nation la plus favorisée. Il s'agit, tout au contraire, du domaine de l'assurance sociale proprement dite, dérivant d'un rapport de travail, et dont les prestations correspondent, en dernière analyse, à des cotisations versées par l'assuré.

Guggenheim a fait toutefois mention, dans le passage précité concernant les traités d'établissement (FJS 662, pp. 6 ss, VIII), du principe qui veut que l'égalité de traitement accordée aux étrangers trouve une limite dans les règles d'interprétation fondées sur le droit international coutumier. Il relève, tout d'abord, que les traités d'établissement visent à supprimer les entraves qui étaient imposées aux étrangers avant que le libéralisme n'eût introduit en leur faveur le droit de se déplacer librement. Le principe de l'égalité de traitement et la clause de la nation la plus favorisée devaient ainsi garantir aux étrangers, à conditions égales, un traitement semblable à celui que la législation de chaque Etat réserve aux nationaux quant à leur personne et à leurs biens. Ce principe n'empêche pas les Etats contractants d'édicter des lois en faveur de leurs seuls nationaux, s'ils l'estiment politiquement nécessaire à l'intérêt du pays.

Le Traité d'établissement avec la France a pour but, selon son préambule,

« de régler, d'un commun accord et par un traité spécial, les conditions auxquelles sera soumis l'établissement des Français en Suisse et des Suisses en France ».

Ce qu'il faut entendre par « conditions auxquelles est soumis l'établissement » ressort de l'article premier, où il est dit:

« Les Français seront reçus et traités dans chaque canton de la Confédération, relativement à leurs personnes et à leurs propriétés, sur le même pied et de la même manière que le sont ou pourront l'être à l'avenir les ressortissants des autres cantons. Ils pourront, en conséquence, aller, venir et séjourner temporairement en Suisse, en se conformant aux lois et règlements de police. Tout genre d'industrie et de commerce permis aux ressortissants des divers cantons le sera également aux Français, et sans qu'on puisse en exiger aucune condition pécuniaire ou autre plus onéreuse. »

Il s'ensuit sans ambiguïté que d'après son sens réel, le traité n'a rien à voir avec l'assurance sociale ni avec l'assistance sociale. Il se rapporte exclusivement à l'établissement et à l'activité lucrative (cf. exposé du Département fédéral de justice et police concernant les demandes de réparation des sinistrés de guerre suisses et les traités d'établissement, du 13 décembre 1930; FF 1932 I, p. 915 ss). C'est aussi dans ces limites restreintes que la clause de la nation la plus favorisée de l'article 6 du Traité d'établissement doit être interprétée.

b. *Convention internationale concernant l'égalité de traitement des travailleurs étrangers et nationaux en matière de réparation des accidents du travail*, du 5 juin 1925 (RS 14, p. 61). L'assertion du recourant, qui allègue que cette convention ne concernerait pas uniquement les droits prévus par la LAMA, mais régirait également les

autres prestations d'assurance sociale que peut entraîner un accident du travail, repose, elle aussi, sur une interprétation par trop extensive, donc erronée. Aux termes de cette convention, l'événement concerné par ses dispositions est l'accident du travail, par opposition à l'accident non professionnel, soit à toute atteinte à la santé qui n'est pas imputable à un accident du travail. Ainsi, de toute évidence, l'égalité de traitement ne peut se rapporter qu'aux prestations qui sont en corrélation spécifique avec un accident du travail, pris en soi. Les prestations de l'AVS et de l'AI ne relèvent pas de cette convention. Ce sont des prestations supplémentaires qui peuvent, il est vrai, dans un cas donné, faire suite à un accident du travail, mais qui ne présupposent pas essentiellement la survenance d'un tel accident. On ne voit pas par quel cheminement de pensée le recourant croit pouvoir déduire une autre solution du protocole général relatif à la convention entre la Suisse et la France sur l'AVS (RO 1950, p. 1171). Ce protocole a trait à des questions toutes différentes. Il est donc également superflu d'examiner la question, soulevée par le recourant, du lieu de l'accident et du travail, au sens de la convention sur l'égalité de traitement et de la convention franco-suisse du 9 juillet 1949.

c. *Convention entre la Suisse et la France relative à l'AVS*, du 9 juillet 1949 (RO 1950, p. 1164).

Du côté suisse, cette convention ne s'applique, conformément à son article 2, paragraphe 1er, chiffre 1, qu'à l'AVS et en tout cas pas à l'AI. Cette dernière n'avait d'ailleurs pas encore été créée lors de la conclusion de la convention en 1949. Ainsi qu'il appert de l'arrangement administratif relatif aux modalités d'application de la convention sur l'AVS, cité par le recourant (RO 1950, p. 1186), il existait déjà en France, apparemment, certaines rentes d'invalidité. Ainsi, l'on s'est manifestement accommodé du fait qu'en Suisse, il n'existait pas encore d'AI. Cette convention ne peut donc être invoquée, du moins en tant que point d'appui direct, par le recourant lorsqu'il fait valoir ses prétendus droits. A ce propos, l'on peut assurément se référer à une communication de l'OFAS relevant que la France, elle non plus, ne considère pas l'AI suisse comme étant régie par la convention. Cette conception des autorités administratives des deux parties est un autre indice essentiel, qui éclaire le but poursuivi et la volonté commune des puissances contractantes. Il en va de même de la constatation de l'OFAS faisant état des travaux préliminaires en cours pour une révision des accords en vigueur, qui tendrait à inclure notamment l'AI dans la réglementation contractuelle.

d. *Convention franco-suisse relative à la construction et à l'exploitation de l'aéroport de Bâle-Mulhouse, à Blotzheim*, du 4 juillet 1949 (RO 1950, p. 1334); modification du cahier des charges (annexe II à la convention) du 25 septembre 1961 (RO 1961, p. 846).

La convention de 1961, soit son annexe II, article 14 bis, prévoit que les deux gouvernements peuvent déterminer, d'un commun accord, les conditions dans lesquelles certaines dérogations peuvent être apportées à la législation française, notamment en matière de sécurité sociale. Le recourant se réfère à un protocole du 11/12 avril 1961 et allègue qu'ainsi un accord complémentaire aurait été conclu, selon lequel les employés des compagnies aériennes ayant leur siège en Suisse seraient soumis à la législation suisse en matière de sécurité sociale. Ce protocole n'a pas été publié et le recourant ne peut en produire qu'une copie. Il ressort de celle-ci qu'il s'agit seulement d'une proposition des deux délégations à leurs gouvernements. D'ailleurs, aucun argument en faveur du recourant ne peut être tiré de ce document.

Il est vrai que la convention de 1961 prévoit que les deux gouvernements peuvent, d'un commun accord, déroger à certaines dispositions françaises en matière de sécurité sociale. Au vu de quoi, les employés (suisse et français) des compagnies aériennes

ayant leur siège en Suisse ont été soumis à la législation sociale de notre pays. Cependant, cela signifie seulement que la LAI, notamment, est applicable à ces personnes, et que dans le cas présent, faute de convention internationale contraire, les droits du recourant doivent être examinés à la lumière de l'article 6, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI. Il ne ressort aucunement de la teneur du protocole que cette disposition légale puisse être érudée, ni que les ressortissants français soient assimilés aux Suisses. Même si le recourant prétend qu'il y aurait là une rigueur insupportable pour lui, cela ne modifie en rien une situation juridique non équivoque. D'après les principes d'interprétation des conventions internationales mentionnées ci-dessus, il ne faut rien ajouter à celles-ci, par voie d'interprétation, qui soit contraire à la teneur de leurs prescriptions et à la volonté clairement exprimée des puissances contractantes.

Enfin, le recourant se réclame encore du chiffre 2, lettre d, du protocole précité, où il est dit que l'OFAS et les ministères français compétents peuvent conclure des arrangements spéciaux. Le recourant propose qu'en cas de rejet des autres points de son argumentation, le TFA sollicite l'OFAS de conclure un tel arrangement avec le ministère français compétent, afin que les ressortissants français qui deviennent invalides au service d'une entreprise suisse bénéficient des prestations de l'AI suisse, alors même qu'ils garderaient leur domicile en France. Selon une communication de l'OFAS, qui connaît le problème, des discussions en la matière sont d'ores et déjà engagées. En attendant, le recourant devra bien se résigner à ce que l'on ait accepté, du côté français, la situation juridique actuelle, lors de la conclusion du traité.

## RÉADAPTATION

*Arrêt du TFA, du 26 mai 1971, en la cause R. S. (traduction de l'allemand).*

Articles 4 LAI et 9, 1<sup>er</sup> alinéa, RAI. Toute atteinte à la santé mentale constitue une invalidité propre à ouvrir un droit à des prestations si, à cause d'elle, la fréquentation de l'école publique n'est pas possible ou pas exigible. (Confirmation de la jurisprudence.)

Article 19 LAI. Lorsque le placement et la formation scolaire dans un home sont nécessités par des motifs d'ordre social seulement (conditions familiales défavorables, éducation déficiente) et qu'il n'y a pas de développement pathologique grave du psychisme qui constituerait une invalidité exigeant une formation scolaire spéciale, l'assuré n'a pas droit à des prestations selon l'article 19 LAI.

*Articoli 4 e 9, capoverso 1, della LAI. Ogni danno alla salute psichica è reputato invalidità dante diritto a prestazioni, se rende impossibile o inesigibile la frequenza della scuola pubblica. (Conferma della giurisprudenza.)*

*Articolo 19 della LAI. Quando il ricovero e l'istruzione scolastica in un istituto sono resi necessari unicamente da ragioni d'ordine sociale (ambiente familiare sfavorevole, educazione insufficiente) et se non esiste una grave deficienza di sviluppo psichico, che potrebbe giustificare un'invalidità, tale da rendere necessaria un'istruzione scolastica speciale, non vi è nessun diritto a prestazioni secondo l'articolo 19 della LAI.*

L'assuré est né en 1956, quatre mois et demi après le mariage de ses père et mère âgés alors de 21 et 17 ans. Peu après la naissance, l'office des mineurs a dû se charger de cette famille, car la mère s'occupait trop peu de son enfant et le soignait mal; elle quitta le foyer conjugal en juillet 1957.

L'enfant fut placé d'abord dans un home d'enfants et, à la fin de l'été 1957, dans une famille, où il a résidé — avec quelques interruptions — pendant une année et demie.

Le divorce de ses parents fut prononcé en décembre 1957; l'enfant fut attribué à son père. Pour des raisons de santé, l'enfant suivit une cure à X au début de l'année 1958 et au printemps 1959, puis il fut confié à une tante. En 1960, juste après avoir contracté un nouveau mariage, le père reprit son fils. Au commencement, la belle-mère exerçait une activité lucrative; l'enfant fut alors placé pendant la journée dans une crèche, puis plus tard dans un home de jour. La belle-mère ayant cessé son activité lucrative au printemps 1961, l'enfant put rester auprès d'elle toute la journée. Cependant, ayant accouché au début de l'année 1962, elle ne s'occupa plus autant de l'enfant; celui-ci devint alors très jaloux et montra un esprit d'opposition. La belle-mère, déjà peu capable de résoudre les problèmes d'éducation de cet enfant, le fut encore moins quand éclatèrent des querelles avec son époux; celui-ci, en effet, rentrait fréquemment ivre et incurait plusieurs peines.

A l'âge requis, au printemps 1963, l'enfant entra en première classe de l'école primaire. Cependant, son rendement insuffisant et ses troubles de comportement nécessitèrent une consultation auprès du psychiatre scolaire. Le 5 mars 1964, ce médecin constata qu'entre sa 2<sup>e</sup> et sa 3<sup>e</sup> année, l'enfant avait commencé à souffrir de certains tics (jactation de la tête et onychophagie; en outre, il se léchait constamment la lèvre inférieure). Il résuma le résultat de son examen de la manière suivante:

« Physiquement, l'enfant est normalement développé, mais il présente de l'agitation motrice. Il a de la peine à se concentrer; son pouvoir de perception est superficiel et imprécis, tant du point de vue acoustique que visuel. QI d'après Kramer = 91. »

Le service médical scolaire a décidé, le 12 mars 1964, d'envoyer le garçon dans le home d'enfants de Y. Il justifia cette mesure en invoquant le mauvais travail scolaire, les symptômes nerveux, le milieu familial défavorable et enfin le danger que courait l'enfant d'être constamment abandonné à lui-même.

L'assuré se plut dans ce home d'enfants, où il dut répéter sa première année scolaire. Après avoir passé ses vacances chez son père, il revenait toujours très volontiers dans cet établissement; il faut dire qu'il y avait souvent, au domicile paternel, des disputes entre le père, qui le gâtait, et la belle-mère qui ne l'aimait pas. Comme l'enfant souffrait visiblement de cet état de choses, la direction du home s'opposa à la requête du père qui avait demandé, au début de 1966, de reprendre son fils. Se fondant sur l'article 284 CCS, l'office des mineurs décida, le 27 avril 1966, de laisser l'enfant à l'établissement de Y.

Il ressort du dossier de l'office des mineurs que le second mariage du père de l'assuré est, lui aussi, sur le point d'être dissous par le divorce. Il serait question de transférer le jeune garçon à l'orphelinat de Z au printemps 1971.

D'après le rapport de la direction du home, l'enfant s'est développé favorablement pendant son séjour à Y. Les troubles moteurs et du comportement, ainsi qu'une partie des tics, ont disparu peu à peu. L'enfant, assez replié sur lui-même au début, a trouvé toujours mieux le contact avec ses éducateurs et ses camarades; il donne l'impression d'être plus ouvert et plus content de son sort. Après qu'il eut répété la première classe, il a pu poursuivre sa scolarité normalement, sans redoubler encore une fois. Une tentative de le préparer au collège scientifique, après la quatrième classe, a toutefois échoué. Un examen d'intelligence (cette fois d'après des tests suisses), passé en avril/mai 1967, montra un quotient d'intelligence de 84; l'enfant poursuivit alors ses classes à l'école secondaire. En deuxième année secondaire, il fut un élève assez

médiocre; en troisième, il eut quelques difficultés en arithmétique et dans les travaux écrits; il n'était guère apte à penser logiquement.

Au mois de septembre 1969, la direction du home a caractérisé l'enfant, en résumé, de la façon suivante:

« Pas très intelligent, caractère encore très retardé; puéril, il a besoin de tendresse et montre peu d'intérêt intellectuel. Bon garçon au demeurant, mais peu doué. »

Le père de l'assuré mineur demanda des subsides pour la formation scolaire spéciale à Y. Par décision du 25 juillet 1969, la caisse de compensation a refusé d'octroyer ces subsides, en alléguant que l'assuré ne nécessitait pas de formation scolaire spéciale au sens de l'AI, ni en raison du genre de l'atteinte à sa santé, ni en raison de la gravité de ses répercussions.

Le chef de l'office d'assistance scolaire a recouru au nom de l'assuré contre cet acte administratif en alléguant que de grandes négligences dans l'éducation, ainsi que « l'hospitalisme », avaient marqué l'enfant dans ses premières années, si bien qu'il avait dû être placé dans l'établissement de Y au printemps 1964, malgré son quotient d'intelligence de 91. Il fonda son recours sur un arrêt du TFA publié dans la RCC 1968, p. 367.

La commission de recours a admis en principe le recours le 11 décembre 1969 et a retourné le dossier à la commission AI, avec prière d'examiner si les subsides pourraient être accordés, bien que le home en question n'ait pas été reconnu comme école spéciale au sens de la LAI; la commission AI aurait ensuite à fixer le montant des subsides pour la formation scolaire spéciale.

Contre ce jugement de première instance, l'OFAS a interjeté un recours de droit administratif auprès du TFA, en demandant l'annulation du jugement cantonal et le rétablissement de la décision du 25 juillet 1969. L'OFAS fait valoir entre autres que l'assuré ne remplit pas les conditions d'octroi de subsides pour la formation scolaire spéciale requises à l'article 9 RAI sur la base de l'article 19 LAI. Il constate d'ailleurs que dans le cas présent, où une atteinte à la santé devrait être prouvée, un rapport du psychologue de l'administration scolaire ne saurait suffire et qu'il faudrait requérir une expertise psychiatrique.

L'office d'assistance scolaire conclut au rejet du recours de droit administratif.

Le TFA a demandé une expertise au Dr C. Haffter, privat-docent, de la Polyclinique psychiatrique universitaire pour enfants et adolescents à Bâle.

Le 8 septembre 1970, la question suivante a été posée, entre autres, à ce spécialiste:

« Selon l'arrêt publié dans ATFA 1961, p. 327, il y a infirmité mentale au sens de l'article 9, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre g, RAI si la santé mentale de l'enfant est atteinte à tel point qu'il ne peut pas être élevé dans sa propre famille ou dans une famille nourricière vivant dans des conditions normales, ni suivre une école publique dans une classe ordinaire ou une classe de développement.

Existait-il, à l'époque qui est déterminante pour le présent litige (c'est-à-dire en 1968 et 1969), une infirmité mentale d'une telle importance, ou y avait-il un danger d'une rechute imminente d'une telle infirmité? »

L'expertise a été déposée le 10 décembre 1970.

S'appuyant sur les conclusions de cette expertise, l'OFAS maintient que l'assuré n'a pas droit à des subsides pour sa formation scolaire spéciale. Quant au représentant de celui-ci, il ne s'est pas prononcé sur ladite expertise.

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

1. Aux termes de l'article 19, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, des subsides sont alloués pour la formation scolaire spéciale des mineurs éducatibles mais qui, « par suite d'invalidité »,

ne peuvent suivre l'école publique ou dont on ne peut attendre qu'ils la suivent. Les assurés mineurs qui n'exercent pas d'activité lucrative sont réputés invalides lorsqu'ils présentent une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident qui aura probablement pour conséquence une incapacité de gain (art. 4 et 5, 2<sup>e</sup> al., LAI). Se fondant sur l'article 19, 3<sup>e</sup> alinéa, LAI, le Conseil fédéral a précisé à l'article 9 RAI les conditions nécessaires à l'octroi des subsides. Ainsi, les subsides sont alloués pour les débiles mentaux mineurs dont le quotient d'intelligence ne dépasse manifestement pas 75 (lettre a). En outre, ils peuvent être alloués, à certaines conditions, aux mineurs aveugles, de faible acuité visuelle, sourds-muets et sourds, durs d'oreille, atteints de graves difficultés d'élocution (lettres b à f), ainsi qu'à ceux qui, à cause d'une autre « infirmité physique ou mentale », ne peuvent suivre l'école publique ou dont on ne peut attendre qu'ils la suivent (lettre g). Les mineurs que plusieurs déficiences empêchent de suivre l'école publique bénéficient également de subsides, selon l'article 9, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI, même si les conditions à remplir par les diverses déficiences prises isolément ne sont pas réalisées. De plus, l'article 8, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI précise que l'on entend par école publique tout enseignement du cycle de la scolarité obligatoire, y compris l'enseignement dans des classes spéciales ou de développement.

Il ressort clairement du dossier que l'assuré ne présente aucune des infirmités énumérées à l'article 9, 1<sup>er</sup> alinéa, lettres a à f, RAI. Etant donné qu'il ne présente manifestement pas non plus « d'autres infirmités physiques » selon la lettre g, il faut alors se demander s'il présente une infirmité mentale au sens de cette disposition, qui l'empêcherait de suivre l'école publique ou qui serait telle que cette fréquentation ne serait pas exigible. C'est ce qu'affirme l'office d'assistance scolaire et ce que l'OFAS conteste.

Par « infirmité mentale », au sens de l'article 9, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre g, RAI, on ne peut entendre qu'une atteinte à la santé mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, selon l'article 4 LAI, car la réglementation spéciale des articles 19 LAI et 9 RAI est subordonnée à la définition légale de l'invalidité. Selon la jurisprudence du TFA (ATFA 1961, p. 163 = RCC 1961, p. 383), cette « atteinte à la santé mentale » est une notion juridique qui a été fixée par la LAI pour permettre à l'assurance d'atteindre son but; c'est sous cette perspective qu'il convient de décider si un phénomène donné doit être considéré comme une atteinte à la santé mentale au sens de la LAI. Dans leur expertise sur des questions de principe de l'AI, MM. Probst, professeur, et Haffter, privat-docent, déclarent que dans les cas d'éducation difficile, on ne peut en général tracer une limite précise entre la maladie psychique et de simples anomalies de caractère. Toute évolution psychique est, dès l'origine, le résultat de deux facteurs qui agissent constamment l'un sur l'autre: la prédisposition et les influences extérieures. Les cas de troubles psychiques manifestes, pouvant éventuellement donner droit à des subsides de l'AI, n'ont jamais pour point de départ une simple prédisposition, mais résultent aussi toujours d'une altération du développement psychique, c'est-à-dire d'une infirmité. Ne sont déterminantes que la gravité des troubles et leur répercussion sur l'aptitude à recevoir une formation et une instruction scolaire, non leurs causes. Se fondant sur cette expertise, le TFA a adopté la conclusion des experts, selon laquelle la question déterminante est de savoir si la santé mentale de l'enfant est atteinte à tel point qu'il ne puisse être élevé dans sa propre famille ou dans une famille nourricière, vivant dans des conditions normales, ni suivre une école publique dans une classe ordinaire ou une classe de développement (ATFA 1961, p. 327 = RCC 1962, p. 36). Il faut donc s'en tenir à ce critère de différenciation.

Vu ce qui précède, l'assuré n'aurait par conséquent droit aux subsides pour la formation scolaire spéciale que s'il existait encore, à l'époque qui est déterminante pour le présent litige, une infirmité mentale d'une telle importance, ou le danger d'une rechute imminente d'une telle infirmité. Dans son expertise, le Dr Haffter, privat-docent, estime qu'il s'agit là d'un cas typique d'abandon précoce provoqué par la négligence de la mère, les nombreux changements de home et de famille nourricière dans les premières années de la vie, ainsi que par l'insécurité dans la famille de la belle-mère, dont la stabilité était gravement compromise par l'inconstance et la délinquance du père. Le danger de voir cet état d'abandon se prolonger a été écarté grâce à une longue éducation dans un home, qui a permis au caractère de l'assuré de se développer favorablement. Certes, les tests d'intelligence et la fréquentation de l'école ont indiqué que la défaillance du garçon en première classe primaire était imputable non seulement à l'abandon, mais aussi à l'intelligence inférieure à la moyenne. Néanmoins, il arrive fréquemment que des enfants issus d'un milieu non perturbé et présentant le même degré d'intelligence doivent répéter une classe. Il est cependant improbable que l'enfant serait tombé au niveau d'un élève d'une classe de développement si l'on ne l'avait pas placé dans le home-école. Il a dû être placé dans ce home parce qu'il ne vivait pas dans un milieu familial normal. L'expert est arrivé aux conclusions suivantes:

« On ne peut pas déterminer d'une façon certaine si, au moment où l'assuré a été placé dans le home d'enfants, sa santé mentale était atteinte à tel point qu'il n'aurait pu être élevé dans sa famille ou dans une famille nourricière vivant dans des conditions normales ni suivre une école publique dans une classe ordinaire ou une classe de développement. En tout cas, à l'époque qui est déterminante pour le présent litige (c'est-à-dire en 1968 et 1969), il n'existait pas d'infirmité mentale d'une telle importance, ni le danger d'une rechute imminente d'une telle infirmité.

Même si l'assuré avait présenté une telle atteinte à sa santé lors de l'admission dans ce home, la continuation de son instruction ne dépendait que de facteurs sociaux déjà en 1966, et assurément en 1968 et 1969, c'est-à-dire était influencée par un milieu familial défavorable, mais non pas par l'affection comme telle. »

D'après cette expertise convaincante, la fréquentation de l'école publique aurait été absolument possible si elle n'avait pas été contrecarrée par des motifs sociaux. Contrairement à l'arrêt publié dans la RCC 1968, p. 367, auquel se réfère à tort l'office d'assistance scolaire, il n'y a pas en l'espèce de développement pathologique grave du psychisme ayant pour conséquence probable une incapacité de gain permanente ou de longue durée; l'assuré ne présente donc pas une invalidité impliquant le besoin d'une formation scolaire spéciale. Par conséquent, il n'a pas droit aux prestations prévues par l'article 19 LAI.

*Arrêt du TFA, du 1<sup>er</sup> février 1971, en la cause M. F.*

**Article 12 LAI.** Si le traitement de l'affection secondaire est si étroitement lié à celui de l'infirmité principale qu'il ne peut en être séparé sans en compromettre gravement le succès ou les effets, on considère comme déterminants la nature et le but de cet ensemble de mesures. (Confirmation de la jurisprudence.)

**Article 13 LAI.** Par analogie, dans le domaine des infirmités congénitales, est déterminante l'indication médicale de traiter en étroite connexité l'infirmité congénitale principale et l'affection secondaire entre lesquelles il y a un rapport de causalité adéquate évident. Dans ce cas, il n'y a donc pas

lieu de tenir compte du degré de gravité de l'affection secondaire prise isolément.

*Articolo 12 della LAI. Se il trattamento dell'affezione secondaria è così strettamente legato a quello dell'infermità principale da non poterne essere separato senza compromettere gravemente il successo o gli effetti, si considera come determinante la natura e lo scopo dell'insieme dei provvedimenti. (Conferma della giurisprudenza.)*

*Articolo 13 della LAI. Per analogia, nel campo delle infermità congenite, il medico dovrà chiarire, se la necessità di curare l'infermità congenita principale in stretto collegamento con l'affezione secondaria, è dovuta ad un rapporto evidente di causalità.*

*In questo caso, non è necessario di esaminare se l'affezione secondaria presenta, isolatamente, un grado di gravità sufficiente.*

L'assurée, née en 1961, a souffert de méningocèle cervico-thoracique et d'hydrocéphalie interne, affections congénitales dont l'AI a assumé dès la naissance et assume encore le traitement. L'enfant paraît aujourd'hui capable de suivre l'école publique.

Elle a présenté en sus, très tôt, un début de strabisme et une forte hypermétropie. Le traitement de ces troubles oculaires, qui se limitait à l'époque à quelques contrôles ainsi qu'au port de lunettes, a été également pris en charge par l'AI; ceci jusqu'au 18 avril 1966, date à laquelle la caisse de compensation rendit une décision refusant l'octroi d'une nouvelle paire de lunettes, la faiblesse de vue chez l'enfant n'atteignant pas la gravité requise.

Le 13 février 1969, le père de l'assurée demanda à l'AI de revenir sur cette décision, en faisant valoir qu'au dire des médecins, l'hydrocéphalie est la cause très probable du défaut de convergence; celui-ci exige depuis 1968 surtout un traitement chirurgical et médicamenteux. Invité à présenter ses observations, l'oculiste traitant, le Dr D., remarqua le 17 mars 1969 ce qui suit: « L'hypermétropie n'est pas une conséquence de l'hydrocéphalie. L'hypermétropie est responsable du strabisme. Il est possible que l'hydrocéphalie ait joué le rôle d'un facteur déclenchant de la convergence. »

La commission AI s'adressa alors à l'OFAS qui, sur la base des renseignements du Dr D., nia un rapport de cause à effet entre l'hydrocéphalie et les troubles oculaires, qui en soi ne présentent pas le degré de gravité requis pour que le traitement en soit assumé au titre d'infirmité congénitale. La commission AI rendit en conséquence un prononcé négatif qui fit l'objet d'une décision datée du 13 octobre 1969.

Le père de l'assurée recourut en maintenant les conclusions de sa demande du 13 février 1969. Il renvoya à un certificat médical du 21 janvier 1970 dans lequel le Dr D. complétait sa déclaration du 17 mars 1969 comme il suit: « Il faut préciser ici que l'hydrocéphalie a fort bien pu jouer ce rôle déclenchant en affaiblissant momentanément les muscles oculomoteurs abducteurs (qui sont les antagonistes des muscles adducteurs ayant entraîné la convergence). »

Cet avis fut confirmé par le professeur Z., médecin en chef du service de neurochirurgie d'un hôpital universitaire, dont la conclusion, communiquée au Tribunal cantonal des assurances en date du 17 mars 1970, est la suivante: « Chez l'assurée, c'est la coordination des mouvements des globes oculaires qui est déficiente. Cette atteinte est très probablement la suite de l'hypertension intracrânienne. » Sur quoi, par jugement du 8 avril 1970, le Tribunal cantonal des assurances a constaté qu'entre l'hydrocéphalie et le strabisme existait un lien de causalité, voire de connexité suffisant pour que le traitement de la première doive englober aussi celui des manifestations oculaires.

L'OFAS a recouru et conclu au rétablissement de la décision administrative de refus; il invoque à cet effet l'arrêt non publié R. B. du 20 janvier 1966.

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

1. Suivant l'article 13 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1968, les assurés mineurs ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales (1<sup>er</sup> al.). Cette disposition légale charge le Conseil fédéral d'établir une liste de ces infirmités et l'autorise à exclure la prise en charge du traitement « d'infirmités peu importantes » (2<sup>e</sup> al.). Dans la liste qu'il a dressée, le Conseil fédéral a désigné par un astérisque celles des infirmités ainsi exclues lorsqu'elles sont peu importantes « dans le cas particulier » (art. 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> al., OIC). La pratique a tracé pour chacune de ces dernières infirmités des limites définissant leur degré requis d'importance; de telles limites objectives sont à l'évidence indispensables pour assurer l'égalité de traitement, et la jurisprudence en a confirmé le bien-fondé dans tous les cas tranchés jusqu'ici.

En principe, c'est la symptomatologie et non la pathogénèse de l'affection qui est déterminante pour fixer le domaine d'application de l'article 13 LAI (de même que celui de l'art. 12 LAI). La jurisprudence a toutefois admis que le droit découlant de l'article 13 peut, dans de rares cas, s'étendre au traitement d'affections secondaires qui n'appartiennent certes plus à la symptomatologie de l'infirmité congénitale mais qui, à la lumière des connaissances médicales, en sont une conséquence fréquente; en d'autres termes, il doit exister entre l'infirmité congénitale et l'affection secondaire un lien très étroit de causalité adéquate (voir par exemple ATFA 1965, p. 156 = RCC 1966, p. 103, et les arrêts qui y sont cités). L'arrêt non publié R. B. du 20 janvier 1966, auquel se réfère l'OFAS, rappelle ces règles jurisprudentielles et formule, dans le cadre de l'article 13 LAI, la triple condition:

- a. que le rapport de cause à effet entre l'infirmité congénitale et l'affection secondaire atteigne le degré susmentionné;
- b. que le traitement de cette affection soit indiqué du point de vue médical;
- c. que ce traitement revête une certaine importance eu égard à la capacité de gain, ce qui — précise l'arrêt — n'est pas le cas lorsque l'affection secondaire, prise isolément, présente le symptôme d'une autre infirmité congénitale sans que celui-ci suffise à fonder par lui-même un droit aux prestations de l'article 13.

Dans sa nouvelle teneur, l'article 13 LAI ne fait plus de l'atteinte à la capacité de gain une condition du droit au traitement des infirmités congénitales. La dernière condition ci-dessus est donc devenue caduque, s'agissant de telles infirmités.

2. La question est désormais de savoir si une affection secondaire, qui présente le symptôme d'une infirmité congénitale, doit nécessairement atteindre le degré d'importance requis pour fonder en elle-même un droit à prestations.

Il sied de confirmer, d'une part, que des limites objectives définissant le degré d'importance de celles des infirmités congénitales dont le traitement est exclu lorsqu'elles sont peu importantes sont indispensables pour assurer l'égalité de traitement et, d'autre part, que c'est en principe la symptomatologie et non la pathogénèse qui est déterminante pour fixer le domaine d'application de l'article 13 LAI. On ne saurait donc, du seul fait que diverses infirmités congénitales sont entre elles en relation de cause à effet, déroger aux limites tracées pour chacune d'elles. Il se peut cependant que le traitement de l'affection secondaire soit si étroitement lié à celui de l'infirmité principale qu'il ne peut en être séparé sans en annihiler ou entraver

gravement le succès ou les effets. Or, l'ordre légal n'exige point de considérer isolément chacune des mesures formant ensemble un complexe médicalement inséparable. Dans le cadre de l'article 12 LAI, la jurisprudence a constaté que sont alors déterminants en principe la nature et le but de cet ensemble de mesures (voir par exemple ATFA 1961, p. 311 = RCC 1962, p. 252). Par analogie, il est permis de dire que l'indication médicale de traiter en étroite connexité l'infirmité congénitale principale et l'affection secondaire, entre lesquelles il y a un rapport de causalité adéquate évident, doit l'emporter sur le caractère d'infirmité en soi « peu importante » de cette dernière.

3. ...

L'indication médicale du traitement oculaire en soi étant incontestée, il reste à voir s'il est en étroite connexité avec celui de l'infirmité congénitale principale. Or, si le strabisme n'atteint pas le degré de gravité requis pour ouvrir droit par lui-même à prestations selon l'article 13 LAI, il revêt un aspect différent pour un enfant souffrant d'une hydrocéphalie et de ses séquelles. Ainsi que le relève l'OFAS, le traitement de la symptomatologie due à l'hydrocéphalie et celui des troubles qui lui sont directement liés exigent une étroite collaboration entre les divers spécialistes, sous le contrôle général d'un neurologue. Cela signifie, en d'autres termes, que le traitement de l'infirmité congénitale principale ne peut faire abstraction de l'infirmité secondaire et de ses répercussions; mais cela signifie aussi que, à défaut de traitement, le strabisme et le handicap en découlant pour l'enfant peuvent mettre en danger les résultats acquis grâce au traitement de l'infirmité principale. Considérant les circonstances d'ensemble du cas particulier, notamment le risque de voir annihilés ou gravement entravés les effets du traitement de l'infirmité principale, il faut mettre à la charge de l'AI le traitement du strabisme dans le cadre de celui de l'hydrocéphalie.

*Arrêt du TFA, du 5 juillet 1971, en la cause M. K. (traduction de l'allemand).*

Cet arrêt, publié dans la ZAK de novembre, paraîtra dans la RCC de décembre.

*Arrêt du TFA, du 21 mai 1971, en la cause R. I.*

Articles 19, 2<sup>e</sup> alinéa, lettre c, LAI et 8, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre c, RAI. Pour admettre qu'une mesure est de nature pédo-pédagogique, le caractère pédagogique de celle-ci doit prédominer. Tel n'est pas le cas de la psychothérapie dont le caractère de traitement médical est prédominant.

Articles 5, 2<sup>e</sup> alinéa, et 12 LAI. Lorsqu'il s'agit d'une affection évolutive, un traitement psychothérapeutique peut être à la charge de l'AI lorsqu'il est destiné à compléter la formation scolaire spéciale ou d'autres mesures de nature pédagogique et qu'il ne peut en être séparé sans compromettre les chances de succès. De même, un traitement visant en soi l'affection comme telle peut être à la charge de l'AI lorsqu'il est destiné à prévenir, chez un assuré mineur, l'installation à brève échéance de séquelles stables.

Contrairement à une psychose fortement structurée, un état psychotique reste, sauf exception, longtemps évolutif chez un enfant; dès lors, un traitement psychothérapeutique appliqué à un enfant souffrant de troubles de

cette sorte n'est généralement pas destiné à éviter l'installation à brève échéance de séquelles stables.

*Articoli 19, capoverso 2, lettera c della LAI ed 8, capoverso 1, lettera c dell'OAI. Per poter ammettere che un provvedimento è di natura pedagogico-terapeutica, deve predominare il carattere pedagogico dello stesso. Questo non è il caso per la psicoterapia nella quale è predominante il carattere di trattamento sanitario.*

*Articoli 5, capoverso 2, e 12 della LAI. Qualora si tratti di un'affezione in fase evolutiva, un trattamento psicoterapeutico può essere posto a carico dell'AI, quando è destinato a completare la formazione scolastica speciale o altri provvedimenti di natura pedagogica e non può essere separato senza comprometterne la probabilità di successo.*

*Allo stesso modo, un trattamento con cui si tende alla cura del male come tale, viene riconosciuto dall'AI qualora è destinato a prevenire, in un assicurato minorenni, l'insorgere a breve scadenza di conseguenze stabili.*

*Contrariamente ad una psicosi sintomatica, lo stato psicotico in un bambino rimane — salvo eccezioni — per lungo tempo in fase evolutiva; di conseguenza un trattamento psicoterapeutico applicato ad un bambino sofferente di disturbi di tale natura, generalmente non serve ad impedire l'insorgere a breve scadenza di conseguenze stabili.*

L'assuré, né en 1962, est le fils d'un médecin suisse, que sa profession oblige à changer parfois de domicile. Il semble que l'enfant ait mal supporté d'être dépaycé. A l'âge de deux ans et demi déjà, transplanté de G. en Suisse aux USA, il eut des difficultés d'adaptation, qui se traduisirent notamment par de l'indiscipline. Le même phénomène se produisit lors du retour à G. En septembre 1968, le garçon entra à l'école primaire. A partir de ce moment, il eut des angoisses, des crises de larmes et s'éveilla la nuit en criant. Son rendement scolaire était mauvais; il s'isolait et évitait ses camarades. Il rétrograda de la première année à la deuxième année enfantine. Les parents consultèrent un service médico-pédagogique, qui suivit l'enfant de décembre 1968 à février 1969. Le 13 février 1969, le père demanda des subsides pour la formation scolaire spéciale de son fils. Dans un rapport du 2 avril 1969, le Dr D., du service médico-pédagogique, posa le diagnostic de troubles graves de la motricité et « d'organisation psychotique de la personnalité avec graves répercussions sur l'adaptation sociale et scolaire chez un enfant bien doué ». Il prescrivit un traitement de rééducation psychomotrice et ajouta : « D'autres mesures seront certainement nécessaires à l'avenir: intégration au centre d'observation de X ou dans une autre institution, psychothérapie. » Le 23 mai 1969, la caisse de compensation notifia au père de l'assuré que l'AI prenait à sa charge la rééducation psychomotrice, à titre de mesure pédagogique-thérapeutique, toute autre mesure demeurant réservée.

En automne 1969, les parents de l'assuré lui firent suivre un traitement psychothérapeutique chez une psychologue, qui annonça le fait à la commission AI le 10 novembre 1969. Interpellé à ce propos, le service médico-pédagogique ne remplit pas le questionnaire que la commission AI lui adressa. Sous la signature du Dr A., il se référa aux réponses données à un premier questionnaire par le Dr D. et déclara avoir institué le traitement psychothérapeutique parce que ce dernier lui avait paru nécessaire, conformément aux prévisions du Dr D., faute de quoi l'adaptation sociale et l'évolution scolaire de l'enfant, qui se trouvait alors en première année primaire, eussent semblé compromises. Le 11 mars 1970, la caisse de compensation notifia au

père de l'assuré que la psychothérapie ne pouvait être prise en charge par l'AI, n'ayant pas été prescrite par un médecin.

Le père recourut contre la décision du 11 mars 1970, en alléguant que le traitement litigieux avait été demandé par le Dr D. dans son rapport du 2 avril 1969. La commission AI répondit que, dans ledit rapport, le Dr D. n'avait pas ordonné, mais seulement envisagé une psychothérapie, que le service médico-pédagogique avait refusé de remplir un nouveau questionnaire et qu'en conséquence la décision attaquée devait être maintenue. Le 17 juillet 1970, la commission de recours considéra que le rapport du Dr D. et la lettre du Dr A. prouvaient la nécessité du traitement litigieux quant à la réadaptation sociale et scolaire de l'assuré, et que d'ailleurs ce traitement ne faisait que compléter la physiothérapie. La juridiction cantonale admit donc le recours, mit à la charge de l'AI le traitement psychothérapeutique et renvoya le dossier à la commission AI pour détermination de la durée et de l'ampleur du traitement accordé, « en fonction de la durée de la rééducation psycho-motrice ».

L'OFAS a recouru en temps utile contre le jugement cantonal; il conclut au rétablissement de la décision de la caisse. Selon le recourant, la psychothérapie doit être considérée, en l'occurrence, non comme une mesure de réadaptation, mais comme un traitement médical tendant à soigner une affection comme telle, alors que cette affection n'est pas congénitale, d'une part, et que, d'autre part, le traitement ne constitue pas un simple complément de la physiothérapie prise en charge par l'AI.

Le père de l'intéressé conclut au rejet du recours.

Le TFA a admis le recours pour les motifs suivants:

1. Selon les premiers juges, la psychothérapie litigieuse était indiquée du point de vue médical. Le recourant ne le conteste pas, cela à juste titre. En effet, s'il est vrai que le Dr D. avait seulement prévu cette mesure sans l'ordonner, le service médico-pédagogique a ensuite institué le traitement. Le fait que ce service l'ait déclaré dans une lettre, sans répondre à un questionnaire qui faisait double emploi avec celui auquel avait répondu le Dr D., ne saurait porter préjudice à l'assuré.

2. L'AI a pris à sa charge la physiothérapie à titre de gymnastique spéciale destinée à développer la motricité des mineurs souffrant de troubles des organes sensoriels, soit de mesure pédago-thérapeutique, au sens des articles 19, 2<sup>e</sup> alinéa, lettre c, LAI et 8, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre c, RAI.

Quant à la psychothérapie, une première question se pose, que ni les premiers juges, ni le recourant n'ont examinée: Un tel traitement ne peut-il pas, dans certaines circonstances, être qualifié lui aussi de mesure pédago-thérapeutique, même s'il n'est pas associé à l'une des mesures énumérées dans la loi et le règlement? Car la liste des articles 19, 2<sup>e</sup> alinéa, lettre c, LAI et 8, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre c, RAI n'est pas exhaustive. La loi parle des mesures de nature pédago-thérapeutique qui sont nécessaires en plus de l'enseignement de l'école spéciale, *telles que* des cours d'orthophonie, etc. Le règlement mentionne des mesures de nature pédago-thérapeutique que l'invalidité rend nécessaires pour compléter la formation scolaire spéciale ou pour permettre aux mineurs de fréquenter l'école publique (ce second terme de l'alternative élargit la définition légale), *telles que* des cours d'orthophonie, etc. Cependant, dans toutes les mesures énumérées, le caractère *pédagogique* prédomine. Il s'agit bien là d'enseignement, quoique de nature particulière. Un traitement essentiellement médical, même s'il est utile à la scolarisation, n'est point pédagogique. C'est ce qu'exprime le Conseil fédéral dans son message du 27 février 1967, ad art. 19 LAI p. 24, lorsqu'il déclare que l'indemnité « ne peut être accordée pour des traitements qui font partie intégrante

d'un plan établi par le médecin, et qui appartient donc aux mesures prévues par les articles 12 et 13 ». Tel est le cas de la psychothérapie, dont le caractère de traitement médical est prédominant.

C'est pourquoi le litige doit bien être tranché au regard des articles 12 et 13 LAI, comme les premiers juges l'ont fait et comme le recourant propose de le faire.

3. Ainsi que les intéressés le reconnaissent, l'intimé ne souffre pas d'une affection congénitale, de sorte que l'article 13 LAI n'est pas applicable.

Seule reste donc à examiner la question de la qualification du traitement en cause au regard de l'article 12 LAI. En principe, n'est pas à la charge de l'AI toute mesure médicale tendant essentiellement à guérir ou atténuer une affection évolutive. Cependant, il est des exceptions à cette règle :

a. Il se peut en effet qu'un traitement médical visant en soi l'affection comme telle soit si étroitement lié à des mesures de réadaptation appliquées simultanément qu'il ne peut pas en être séparé sans compromettre les chances de succès. Cela étant, sont déterminants la nature et le but de cet ensemble de mesures. Un traitement psychothérapeutique peut ainsi être à la charge de l'AI lorsqu'il est destiné à compléter la formation scolaire spéciale ou d'autres mesures de nature pédagogique, pourvu qu'il n'ait pas, à lui seul, une ampleur reléguant les autres mesures à l'arrière-plan.

En l'espèce, aucune pièce du dossier ne permet cependant de constater une telle interdépendance entre la psychothérapie et les mesures accordées sous forme de rééducation psychomotrice.

b. Une mesure médicale visant en soi l'affection comme telle peut être à la charge de l'AI lorsqu'elle est destinée à prévenir, chez un assuré mineur, l'installation à brève échéance de séquelles présentant un caractère stable (cf. art. 5, 2<sup>e</sup> al., LAI).

A ce propos, l'OFAS relève qu'un état psychotique reste longtemps évolutif chez un enfant, au point qu'on ne peut, sauf exception, en estimer les séquelles qu'à la fin de l'adolescence. C'est précisément le fait que l'état ne peut être considéré comme stable, du moins pas avant la majorité, qui constitue une des raisons majeures d'appliquer des thérapies prolongées, en particulier des psychothérapies. Cela interdit de penser que l'on puisse se trouver, chez des assurés mineurs souffrant de troubles de cette sorte, devant l'installation à brève échéance de séquelles présentant un caractère stable, à moins que la psychose ne se soit déjà fortement structurée. Or, le rapport médical du Dr D. permet d'espérer que tel n'est pas encore le cas. Il semble en effet que le conflit intérieur de l'enfant ne soit pas résolu, qu'il n'ait pas encore réussi à créer des barrières suffisantes entre son moi et le monde extérieur pour que celui-ci ne l'angoisse plus. On peut donc espérer calmer cette angoisse et éviter la perte de contact définitive qui caractérise la psychose refermée sur elle-même. Ce sont d'ailleurs très vraisemblablement des raisons de cet ordre qui ont incité le Dr D. à parler d'une organisation psychotique de la personnalité et non d'une psychose. L'OFAS avance à juste titre que cette nuance semble suffisamment importante, compte tenu des perspectives d'amélioration qu'elle ouvre, pour nier l'installation actuelle ou immédiate de séquelles présentant un caractère stable.

La réponse de l'intimé n'affaiblit pas cette démonstration de l'OFAS. Que le traitement en cause, dont le premier objectif est d'agir sur l'ensemble de la personnalité de l'enfant, soit sans doute du même coup utile à la scolarisation ne change rien à ce qu'il n'est ni un élément indissociable d'un complexe de mesures pédagogiques, ni destiné à éviter l'installation à brève échéance de séquelles stables. C'est donc à tort que les premiers juges ont mis à la charge de l'AI les frais du traitement litigieux de psychothérapie.

## CHRONIQUE MENSUELLE

Le 27 octobre, un *arrangement administratif relatif aux modalités d'application de la convention de sécurité sociale entre la Suisse et l'Espagne*, du 13 octobre 1969, a été signé par M. le ministre C. Motta, de l'Office fédéral des assurances sociales, et par l'ambassadeur d'Espagne à Berne, M. J. F. de Alcover y Sureda.

\*

M. P. Graber, conseiller fédéral, chef du Département politique, et M. Cemil Vafi, ambassadeur de Turquie en Suisse, ont échangé, le 11 novembre, les instruments de ratification de la *convention de sécurité sociale entre la Suisse et la Turquie*, signée à Ankara le 1<sup>er</sup> mai 1969. La convention entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1972, avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 1969. Elle est la première de son genre entre la Suisse et la Turquie et s'applique, du côté suisse, à l'AVS, à l'AI, à l'assurance contre les accidents professionnels et non professionnels et contre les maladies professionnelles, ainsi qu'à la législation fédérale sur les allocations familiales aux travailleurs agricoles et aux petits paysans; du côté turc, elle s'étend aux assurances-pensions et aux assurances contre les maladies et les accidents professionnels. La convention repose sur le principe de l'égalité de traitement des ressortissants des Etats contractants. Elle contient des dispositions facilitant le passage de l'assurance-maladie d'un Etat contractant à celle de l'autre et le paiement des rentes et des cotisations d'un Etat contractant dans l'autre.

\*

La *commission des rentes* a siégé le 17 novembre sous la présidence de M. Achermann, de l'Office fédéral des assurances sociales. Elle a abordé la discussion sur les problèmes d'application qui se poseront dans la 8<sup>e</sup> révision de l'AVS et a examiné, en particulier, des questions touchant la conversion des rentes en cours.

\*

La *dixième séance des médecins des commissions AI* a eu lieu le 18 novembre sous la présidence de M. Granacher, sous-directeur, de l'Office fédéral. La discussion a été consacrée à l'ordonnance sur les infirmités congénitales révisée qui va entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1972, ainsi qu'à la circulaire, également remaniée, concernant les mesures médicales. Des représentants de l'Office fédéral ont brièvement montré les principaux aspects juridiques et médicaux des nouvelles réglementations. La RCC reparlera de cette séance plus en détail dans un prochain numéro.

✱

La *commission des cotisations* a tenu sa deuxième séance les 1<sup>er</sup> et 2 décembre sous la présidence de M. Wettenschwiler, de l'Office fédéral. Elle a traité des questions qui se posent, dans la 8<sup>e</sup> révision de l'AVS, à propos de la modification du RAVS.

## Une année s'achève

Nous voici arrivés à la fin d'une importante « année AVS » et au seuil d'une année plus marquante encore. L'AVS, qui sera bientôt vieille d'un quart de siècle, se trouve actuellement en pleine transformation. Jusqu'à présent, ses rentes n'étaient que des prestations de base; il fallait les compléter par les prestations complémentaires dans le cas des assurés qui n'avaient pas d'autres revenus. Cela va changer. La conception des « trois piliers » prévoit un renforcement du premier pilier, c'est-à-dire de l'AVS qui doit, désormais, assurer l'existence des personnes âgées et des survivants. Le deuxième pilier représente la prévoyance collective professionnelle et d'association; son but est le maintien du niveau de vie au-delà de la limite d'âge. Quant au troisième pilier, il comprend la prévoyance individuelle, c'est-à-dire l'épargne, les assurances individuelles, la construction de maisons privées, etc.

Il s'agit de passer maintenant à la réalisation de ces transformations du régime en vigueur jusqu'ici; les travaux nécessités par cette réforme ont caractérisé l'année qui s'achève et vont marquer encore, sur le plan administratif notamment, l'année nouvelle. L'évolution très rapide de l'AVS ne laisse pas de répit aux organes d'exécution et de surveillance. Déjà, la 7<sup>e</sup> révision, avec les importants progrès qu'elle a apportés au calcul des prestations, est considérée comme dépassée, et même l'augmentation de 10 pour cent que les rentes ont subie le 1<sup>er</sup> janvier 1971 appartient au passé; la forte hausse de l'indice du coût de la vie exige une nouvelle adaptation des rentes.

\*

Voyons le rapport de la Commission fédérale d'experts pour l'encouragement de la prévoyance professionnelle, de juillet 1970. Le Conseil fédéral l'a soumis au Parlement, qui l'a approuvé par une majorité écrasante lors des sessions de janvier et de mars 1971 (la première de ces sessions fut extraordinaire). Le rapport prévoit de rendre obligatoire la prévoyance collective des salariés et d'ancrer dans la Constitution le principe des trois piliers. Le Conseil fédéral a publié, le 10 novembre 1971, un projet dans ce sens, avec message aux Chambres. La révision de l'article 34 quater de la Constitution, telle que la conçoit notre gouvernement, représente une contre-proposition aux trois initia-

tives populaires qui ont demandé le perfectionnement de l'AVS. Formellement, toutefois, c'est-à-dire d'après la loi sur les rapports entre les conseils, cette contre-proposition vise l'initiative du Parti du Travail, qui a été présentée en premier lieu.

\*

Le renforcement du premier pilier doit être réalisé par la 8<sup>e</sup> révision de l'AVS. L'administration et la Commission fédérale de l'AVS/AI ont procédé activement aux travaux préliminaires de cette révision. Le 11 octobre 1971, le Conseil fédéral acceptait le texte du message et du projet de loi (cf., pour plus de détails, pp. 502-509 de la RCC). Il incombera maintenant aux Chambres de traiter le plus rapidement possible les deux projets, soit le projet de loi et le projet constitutionnel, dans le courant de l'année prochaine, de manière que la 8<sup>e</sup> révision de l'AVS puisse entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1973.

Cependant, celle-ci pose également de nombreux problèmes d'exécution. Les commissions spéciales instituées pour les étudier, et au sein desquelles collaborent l'OFAS, la Centrale de compensation, les caisses de compensation et d'autres milieux intéressés, sont à l'œuvre depuis longtemps.

\*

Le deuxième pilier, c'est la prévoyance collective professionnelle et d'association. Ce domaine est encore partiellement nouveau; il faudra donc élaborer et publier à temps une documentation adéquate à ce sujet, afin que les citoyens puissent s'en faire une idée avant la votation obligatoire qui aura lieu, au plus tôt, en automne 1972.

\*

Cependant, nous ne saurions nous borner à évoquer les événements qui se sont produits à l'échelon le plus élevé. L'administration ne se contente pas d'innover; elle doit aussi suivre le rythme rapide de l'évolution générale et s'organiser en conséquence. Faute de place, nous ne citerons ici que trois exemples tirés de notre cahier des charges. Premièrement, la collaboration entre la CNA et l'AVS dans le domaine des contrôles d'employeurs a été intensifiée, afin de résoudre un problème qui préoccupe depuis longtemps l'administration et l'économie. Deuxièmement, les travaux préliminaires en vue de l'introduction du numéro AVS de onze chiffres, qui doit faciliter le travail administratif, ont été achevés; les premiers résultats se verront l'année prochaine. Enfin, l'organisation interne de l'OFAS a été adaptée aux exigences administratives qui se sont énormément accrues au cours des dernières années. L'ancienne subdivision AVS/AI/APG/PC est devenue un vaste ensemble désigné sous le nom de « Prévoyance-vieillesse, survivants et invalidité », qui comprend deux subdivisions et deux sections autonomes (cf. RCC 1971, p. 370).

\*

N'oublions pas l'AI. Bien entendu, l'AI est touchée également par toute cette évolution, puisque ses rentes sont calculées d'après celles de l'AVS. Si l'on

principe « La réadaptation passe avant la rente », cette assurance restera à la hauteur de sa mission. En outre, l'ordonnance concernant les infirmités congénitales a été adaptée aux nouvelles découvertes scientifiques; sa teneur révisée entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1972.

\*

Les transformations actuellement en cours ont une vaste portée; elles ne sauraient dès lors rester sans influence sur les prestations complémentaires. Les organes d'exécution cantonaux de ce régime ont à peine eu le temps de s'adapter au système en vigueur depuis janvier 1971, qu'ils doivent déjà assimiler les modifications résultant de la récente élévation des limites de revenu et de la hausse massive des rentes.

\*

L'administration de l'AVS/AI/APG/PC s'occupe non seulement des branches d'assurance pour lesquelles elle a été mise sur pied — sans compter les « autres tâches » confiées aux caisses par les cantons et associations fondatrices — mais aussi des allocations familiales dans l'agriculture. Là aussi, du moins en ce qui concerne les régimes cantonaux d'allocations, on enregistre une importante évolution. Neuf cantons (contre huit l'année précédente) ont augmenté leurs allocations familiales.

\*

De même, le régime des APG, dont le fonctionnement s'opère sans accroc, semble devoir se modifier quelque peu. Selon le projet de loi présenté par le Conseil fédéral concernant la gymnastique et le sport, il est prévu d'insérer dans la LAPG une disposition accordant les allocations pour perte de gain aux personnes qui participent à des cours fédéraux et cantonaux de moniteurs de « Jeunesse et sport ».

\*

Il y a eu du nouveau, également, dans le domaine des conventions internationales. La convention avec les Pays-Bas a été remplacée par un nouvel accord qui englobe l'AI et est entré en vigueur dans le courant de l'année. Depuis le début de l'an nouveau, on appliquera pour la première fois une convention avec la Turquie, prévoyant également des prestations AI. Des négociations entreprises avec la Belgique, ainsi que des consultations d'experts avec d'autres pays, permettent de prévoir que le développement des relations internationales prendra de nouveau une certaine place, en 1972, dans le programme de l'OFAS. N'oublions pas que ces transformations visent non seulement à lever certaines restrictions de nos lois à l'égard des étrangers résidant en Suisse, mais aussi, par voie de réciprocité, à améliorer la situation de nos compatriotes dans la sécurité sociale des pays où ils vivent.

\*

La RCC s'est efforcée de tenir ses lecteurs au courant de tout ce qui se passe et de tout ce qui est envisagé dans le domaine de la prévoyance-vieillesse, survivants et invalidité. Elle continuera à le faire l'année prochaine et se fera un plaisir de transmettre à ses abonnés, comme jusqu'ici, des informations objectives.

Nous savons bien que le progrès constant des diverses branches de la sécurité sociale ne serait pas réalisable sans le dévouement des collaborateurs et collaboratrices à tous les échelons, que ce soit dans les caisses de compensation ou dans les secrétariats AI, dans les offices régionaux ou à la Centrale de compensation, ou encore à l'OFAS. N'oublions pas les membres des commissions AI et des autorités de surveillance des caisses et des offices régionaux dans les cantons et associations, les nombreux agents d'exécution de l'AI et de l'aide aux invalides, et finalement aussi les employeurs et les assurés, sans les cotisations desquels l'AVS, l'AI et le régime des APG resteraient lettre morte. Les employeurs assument d'importantes obligations administratives envers l'AVS: ceci est à rappeler une fois de plus.

A tous ceux qui participent à l'application de l'AVS, de l'AI, des régimes des APG et des prestations complémentaires, ainsi que d'autres branches d'assurance, et à tous les lecteurs de la RCC, nous souhaitons une bonne année 1972, la santé et beaucoup de satisfaction dans l'accomplissement de leur tâche.

*Pour la rédaction de la RCC  
Albert Granacher*

## **La révision de la Constitution fédérale dans le domaine de la prévoyance-vieillesse, survivants et invalidité**

Le Conseil fédéral a publié, le 5 décembre, son message concernant la modification de la Constitution fédérale dans le domaine de la prévoyance-vieillesse, survivants et invalidité, avec un rapport sur l'initiative pour une véritable retraite populaire. La RCC donne ci-dessous un bref aperçu du contenu de ce message, puis le texte des nouvelles dispositions constitutionnelles proposées.

### **L'initiative du Parti suisse du travail**

Accepter l'initiative du Parti du travail, estime le Conseil fédéral, ce serait admettre que disparaissent ou soient étatisées à plus ou moins brève échéance la plupart des institutions de prévoyance d'entreprise, d'association et d'administration (caisses de pensions). Le déséquilibre qui en résulterait sur le marché

des capitaux risquerait de provoquer des troubles graves dans divers secteurs de notre économie. En outre, la revision proposée exigerait des moyens financiers si considérables, et dans un si bref délai, que les pouvoirs publics et l'économie auraient peine à trouver les ressources nécessaires pour faire face à d'autres besoins tout aussi urgents, dans le domaine du logement, de l'assurance-maladie, de l'éducation et de la lutte contre la pollution, par exemple. C'est pourquoi le Conseil fédéral propose de recommander le rejet de l'initiative du Parti du travail. L'objectif déclaré des promoteurs de cette initiative, à savoir assurer aux personnes âgées, aux survivants et aux invalides un minimum vital suffisant et une existence digne d'être vécue, peut être réalisé autrement, de manière plus complète et plus adéquate, en s'inspirant de la conception des trois piliers: d'une part, en améliorant substantiellement les rentes AVS/AI (1<sup>er</sup> pilier) comme on prévoit de le faire à l'occasion de la 8<sup>e</sup> revision de l'AVS; d'autre part, en insérant dans la Constitution des dispositions devant permettre de renforcer de façon décisive la prévoyance professionnelle (2<sup>e</sup> pilier) et d'encourager efficacement la prévoyance individuelle (3<sup>e</sup> pilier). Tel est le but du contre-projet.

### **Le contre-projet du Conseil fédéral**

Le contre-projet s'inspire en premier lieu des conclusions émises, en 1969, par la Commission d'experts chargée d'examiner les mesures propres à encourager la prévoyance professionnelle pour les cas de vieillesse, d'invalidité et de décès. Il tient aussi compte, dans une large mesure, de l'initiative du Parti socialiste et de l'Union syndicale suisse d'une part, et de l'initiative du comité hors parti d'autre part.

En mars 1971, le Département fédéral de l'intérieur avait soumis aux gouvernements cantonaux et aux organisations intéressées un premier avant-projet portant revision de l'article 34 quater de la Constitution, et mis au point par la Commission fédérale de l'AVS/AI. Le résultat de cette consultation s'est révélé éminemment positif, bien que les avis reçus diffèrent entre eux sur de nombreux points de détail. Cette approbation de principe permet aujourd'hui au Conseil fédéral de proposer un contre-projet qui correspond, pour l'essentiel, à l'avant-projet du Département fédéral de l'intérieur, et dont voici les grandes lignes.

#### *Principe des trois piliers*

L'idée fondamentale du contre-projet est donc d'ancrer dans la Constitution la conception dite des trois piliers, qui a guidé Parlement et Gouvernement depuis 1964, date de la 6<sup>e</sup> revision de l'AVS. Il ne s'agit pas d'abandonner l'ordre existant, mais de poursuivre, par des améliorations décisives, l'aménagement de l'édifice social que nous connaissons.

#### *Assurance fédérale AVS/AI*

Les rentes de l'AVS/AI (1<sup>er</sup> pilier) devront couvrir les besoins vitaux des personnes âgées, des invalides et des survivants, dans une mesure appropriée. Le

message précise qu'il faut entendre par là non pas le pur minimum vital biologique, au-dessous duquel l'individu est menacé dans sa vie ou sa santé, mais un montant plus élevé, proportionné aux conditions actuelles et permettant de garantir un genre de vie simple, mais tout de même digne d'un être humain. Ces rentes devront être adaptées au moins à l'évolution des prix.

Une disposition transitoire du contre-projet prévoit le maintien du régime des prestations complémentaires jusqu'au moment où les rentes de l'AVS/AI seront à même de couvrir les besoins vitaux dans une mesure appropriée.

La couverture financière sera assurée, comme jusqu'ici, par les cotisations des assurés (réparties paritairement entre salariés et employeurs) et les contributions de la Confédération et des cantons. Le produit fiscal de l'imposition du tabac et des eaux-de-vie servira désormais non seulement au financement de l'AVS, mais encore à celui de l'AI (revision de l'art. 32 bis, 9<sup>e</sup> al., de la Constitution).

Le contre-projet prévoit également que le tabac synthétique, s'il est un jour lancé sur le marché, pourra être soumis à l'impôt tout comme aujourd'hui déjà le tabac naturel (revision de l'art. 41 bis, 1<sup>er</sup> al., lettre c, de la Constitution).

#### *La prévoyance professionnelle*

La prévoyance professionnelle, ajoutée à l'assurance fédérale, doit permettre aux personnes âgées, aux survivants et aux invalides de maintenir de façon appropriée leur niveau de vie antérieur. A cette fin, la Confédération obligera les employeurs à assurer leur personnel, dans la mesure requise, auprès d'une institution relevant de la prévoyance professionnelle (par exemple auprès d'une caisse de pensions), et à prendre en charge au moins la moitié des cotisations.

Les institutions de prévoyance participant à l'application du régime obligatoire devront satisfaire à des exigences minimales, qui seront fixées dans une loi-cadre. Ces exigences, qui sont énumérées dans le message, porteront notamment sur la forme juridique des institutions, les conditions d'admission, le taux des cotisations, le niveau de protection offert aux assurés, la garantie du pouvoir d'achat des prestations, le maintien de la prévoyance en cas de changement d'emploi (libre passage) et la participation des salariés à l'administration, ainsi que le financement (système financier, équilibre financier, placement des fonds, etc.).

Une disposition transitoire du contre-projet contient plusieurs règles en faveur des assurés appartenant à la génération d'entrée. La protection légale minimale devra être garantie après une période échelonnée, suivant l'importance du revenu, entre 10 et 20 ans dès l'entrée en vigueur de la loi. Quant aux prestations minimales à allouer pendant la période transitoire, elles seront fixées dans la loi.

Pour les indépendants, la Confédération fera en sorte qu'ils puissent s'assurer, à titre facultatif, auprès d'une institution de prévoyance professionnelle, à des conditions équivalentes à celles qui seront offertes aux salariés.

Une disposition spéciale du contre-projet obligera en outre le législateur à veiller à ce que l'assurance fédérale, aussi bien que la prévoyance profession-

nelle, puissent, à long terme, continuer à se développer chacune conformément à son but.

Enfin, la Confédération aura le pouvoir de favoriser la prévoyance professionnelle sur le plan fiscal.

#### *Encouragement de la prévoyance individuelle*

La prévoyance individuelle sera encouragée par des mesures fiscales et par une politique facilitant l'accession à la propriété.

#### *Aide à la vieillesse, aux invalides et aux survivants*

L'encouragement donné à la réadaptation des invalides et l'appui accordé aux efforts entrepris en faveur des personnes âgées, des invalides et des survivants devront enfin permettre de combler les lacunes que laisserait subsister un système légal nécessairement schématique. Ces mesures, qui revêtiront la forme de subventions, pourront toucher divers domaines tels que les soins et l'assistance (y compris le développement de l'autonomie individuelle), l'exploitation de homes pour personnes âgées, invalides ou impotentes, et la formation de personnel spécialisé.

### **Texte des nouvelles dispositions constitutionnelles proposées par le Conseil fédéral**

#### I

##### *Article 34 quater*

<sup>1</sup> La Confédération prend les mesures propres à promouvoir une prévoyance suffisante pour les cas de vieillesse, de décès et d'invalidité. Cette prévoyance résulte d'une assurance fédérale, de la prévoyance professionnelle et de la prévoyance individuelle.

<sup>2</sup> La Confédération institue, par voie législative, une assurance-vieillesse, survivants et invalidité obligatoire pour l'ensemble de la population. Cette assurance sert des prestations en espèces et en nature. Les rentes doivent couvrir les besoins vitaux dans une mesure appropriée. La rente maximale ne doit pas être supérieure au double de la rente minimale. Les rentes doivent être adaptées au moins à l'évolution des prix. L'assurance est réalisée avec le concours des cantons; il peut être fait appel au concours d'associations professionnelles et d'autres organisations privées ou publiques. L'assurance est financée:

- a. Par les cotisations des assurés; s'agissant de salariés, la moitié des cotisations est à la charge de l'employeur;
- b. Par une contribution de la Confédération et des cantons qui n'excédera pas la moitié des dépenses; la part de la Confédération sera couverte en premier lieu par les recettes nettes de l'impôt et des droits de douane sur le tabac,

ainsi que de l'imposition fiscale des boissons distillées dans la mesure fixée à l'article 32 bis, 9<sup>e</sup> alinéa.

<sup>3</sup> Afin de permettre aux personnes âgées, aux survivants et aux invalides de maintenir de façon appropriée leur niveau de vie antérieur, compte tenu des prestations de l'assurance fédérale, la Confédération prend par voie législative, dans le domaine de la prévoyance professionnelle, les mesures suivantes :

- a. Elle oblige les employeurs à assurer leur personnel auprès d'une institution de prévoyance d'entreprise, d'administration ou d'association, ou auprès d'une institution similaire, et à prendre en charge au moins la moitié des cotisations;
- b. Elle fixe les exigences minimales auxquelles ces institutions de prévoyance doivent satisfaire; elle peut, pour résoudre certains problèmes spéciaux, obliger lesdites institutions à s'affilier à une institution centrale;
- c. Elle veille à ce que la possibilité soit donnée à tout employeur d'assurer son personnel auprès d'une institution de prévoyance; elle peut au besoin créer une caisse fédérale;
- d. Elle veille à ce que les personnes de condition indépendante puissent s'assurer facultativement auprès d'une institution relevant de la prévoyance professionnelle à des conditions équivalentes à celles qui sont offertes aux salariés. L'assurance peut être rendue obligatoire pour certaines catégories de personnes indépendantes, d'une façon générale ou pour la couverture de risques particuliers.

<sup>4</sup> La Confédération veille à ce que la prévoyance professionnelle aussi bien que l'assurance fédérale puissent, à long terme, se développer conformément à leur but.

<sup>5</sup> Les cantons peuvent être tenus d'accorder des exonérations fiscales aux institutions relevant de l'assurance fédérale ou de la prévoyance professionnelle, ainsi que des allègements fiscaux aux assurés et à leurs employeurs en ce qui concerne les cotisations et les droits d'expectative.

<sup>6</sup> La Confédération, en collaboration avec les cantons, encourage la prévoyance individuelle, notamment par des mesures fiscales et par une politique facilitant l'accession à la propriété.

<sup>7</sup> La Confédération encourage la réadaptation des invalides et soutient les efforts entrepris en faveur des personnes âgées, des survivants et des invalides. Elle peut utiliser à cette fin les ressources financières de l'assurance fédérale.

## II

L'article 32 bis, 9<sup>e</sup> alinéa, de la Constitution est modifié comme il suit :

<sup>9</sup> La moitié des recettes nettes que la Confédération retire de l'imposition des boissons distillées est répartie entre les cantons proportionnellement à leur

population de résidence ordinaire; chaque canton est tenu d'employer au moins 10 pour cent de sa part pour combattre l'alcoolisme dans ses causes et dans ses effets. L'autre moitié des recettes doit être utilisée conformément à l'article 34 quater, 2<sup>e</sup> alinéa, lettre *b*.

### III

L'article 41 bis, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre *c*, de la Constitution est modifié comme il suit:

<sup>1</sup> La Confédération peut percevoir les impôts suivants:

...

*c*. Des impôts sur le tabac brut et le tabac manufacturé, ainsi que sur d'autres matières et produits fabriqués à partir de celles-ci qui sont affectés au même usage que le tabac brut et le tabac manufacturé.

### IV

Les dispositions transitoires de la Constitution sont complétées par l'article 11 suivant:

<sup>1</sup> Tant que les prestations de l'assurance fédérale ne couvriront pas les besoins vitaux, au sens de l'article 34 quater, 2<sup>e</sup> alinéa, la Confédération allouera aux cantons des subventions destinées au financement de prestations complémentaires. Elle pourra utiliser à cette fin les ressources fiscales destinées au financement de l'assurance fédérale. La contribution maximale des pouvoirs publics, fixée à l'article 34 quater, 2<sup>e</sup> alinéa, lettre *b*, doit être calculée compte tenu de ces subventions fédérales et des contributions correspondantes des cantons.

<sup>2</sup> Les assurés appartenant à la génération d'entrée du régime de la prévoyance professionnelle obligatoire, selon l'article 34 quater, 3<sup>e</sup> alinéa, devront pouvoir bénéficier de la protection minimale légalement prescrite après une période dont la durée, à compter de l'entrée en vigueur de la loi, varie entre dix et vingt ans selon l'importance de leur revenu. La loi définira le cercle des personnes appartenant à la génération d'entrée et fixera les prestations minimales à allouer pendant la période transitoire; elle tiendra compte, par des dispositions spéciales, de la situation des assurés en faveur desquels un employeur avait pris des mesures de prévoyance avant l'entrée en vigueur de la loi. Les cotisations nécessaires à la couverture des prestations devront atteindre leur niveau normal au plus tard après une période de cinq ans.

## A propos de la 8<sup>e</sup> revision de l'AVS

La 8<sup>e</sup> revision de l'AVS a été présentée aux journalistes du Palais fédéral le 21 octobre 1971. M. Kaiser, privat-docent, conseiller mathématique des assurances sociales, en a parlé du point de vue de l'actuaire. Son exposé a été complété par des graphiques et des tableaux. Un graphique illustrant *l'évolution de la rente simple de vieillesse depuis 1948* a été publié dans la RCC de novembre, page 506; un autre, représentant *l'évolution des indices depuis 1948*, figure à la page 508. Ajoutons le tableau de la page 507 indiquant *les montants des rentes complètes à partir de 1973 selon la réglementation proposée*. Le présent numéro contient de nouveau deux graphiques qui montrent la dépendance des montants des divers genres de rentes par rapport au revenu annuel moyen, ainsi que l'influence réciproque des prestations AVS et des prestations des caisses de pensions. Voir les commentaires qui s'y rapportent.

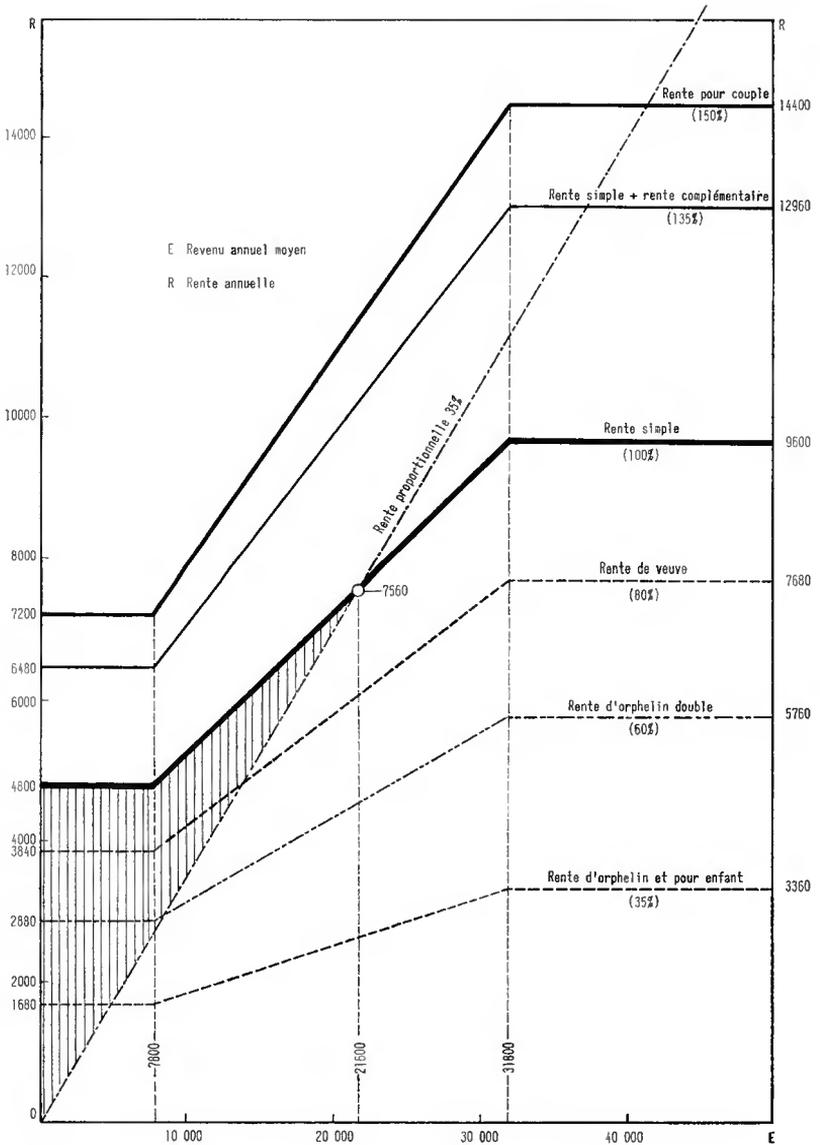
---

Le graphique N° 1 illustre le lien de dépendance existant entre le montant des prestations et le revenu annuel moyen revalorisé, cela pour les différents genres de rentes tels que ceux-ci résulteront à partir de 1973 des propositions faites par le Conseil fédéral en vue de la 8<sup>e</sup> revision de l'AVS. Tous les genres de rentes supposent un minimum et un maximum, le premier se prolongeant jusqu'à un revenu annuel moyen de 7800 francs et le second s'appliquant à partir d'un salaire de 31 800 francs. Ces montants sont fixés en fonction du niveau de salaires de 1973, lequel devrait atteindre alors l'indice de 400 points, et correspondent à peu près aux limites de 6000 et 22 000 francs qui caractérisaient la formule de rentes découlant de la 7<sup>e</sup> revision de l'AVS (indice de 300 points).

Les rentes en cours, dites aussi anciennes rentes, devront être calculées à nouveau au 1<sup>er</sup> janvier 1973 sur la base de la nouvelle formule de rente et compte tenu des nouvelles relations avec la rente simple de vieillesse, sans oublier d'adapter en moyenne les anciens salaires de référence jusqu'à concurrence du niveau de 1973. Ces rentes devront ainsi être recalculées à partir de l'ancien revenu annuel moyen — déjà revalorisé de trois quarts en vertu de la réglementation en vigueur — multiplié par 1,25 et de l'ancienne cotisation annuelle moyenne multipliée par 44, laquelle est de la sorte convertie en revenu annuel moyen déterminant pour 1973. Pour les rentes futures, le revenu annuel moyen sera revalorisé à l'aide du facteur 1,9. Il s'ensuit que grâce à ces diverses mesures (revalorisations, reconversion), les bénéficiaires d'anciennes rentes seront placés en 1973 sur le même pied que les bénéficiaires de nouvelles rentes; dès lors, à salaire de référence égal, rente égale. D'autres augmentations de rentes sont prévues pour le 1<sup>er</sup> janvier 1975.

*Genres des rentes AVS/AI 1973*  
(Indice des salaires AVS de 400 points)

No 1



Les relations qui existent encore à l'heure actuelle entre les différents genres de rentes et la rente simple de vieillesse sont conçues pour des prestations de base. Or, celles-ci devant être améliorées lors de la 8<sup>e</sup> révision de telle façon qu'elles couvrent à l'avenir dans une large mesure les besoins vitaux, il a été nécessaire de reconsidérer aussi ces relations surtout en fonction des cas éventuels de surassurance. C'est pourquoi, dorénavant, la rente pour couple s'élèvera à 150 pour cent (au lieu de 160) de la rente simple de vieillesse et la rente d'orphelin à 35 pour cent (au lieu de 40), de même d'ailleurs que la rente pour enfant et la rente complémentaire pour l'épouse âgée de 45 à 59 ans; la rente de veuve et d'orphelin double restent fixées à 80 et 60 pour cent. La rente double pour enfant, comme telle, est en revanche supprimée et remplacée par une rente simple pour enfant car, combinée à la rente de vieillesse pour couple, elle conduirait à des cas graves de surassurance même si le nombre d'enfants est faible. Grâce à la nouvelle règle régissant désormais les rapports entre les différents genres de rentes, une veuve ayant deux enfants par exemple recevrait la même prestation qu'un couple, comme cela est déjà le cas aujourd'hui. Signalons encore que ces nouvelles relations doivent être considérées sous un angle tout à fait général et non pas seulement pour elles-mêmes. N'oublions surtout pas que les nouveaux pourcentages s'appliquent à une rente simple dont le niveau sera augmenté dans une forte mesure, de sorte qu'il en résultera pour tous les genres de rentes — aussi bien en montant absolu que par rapport au salaire — d'importantes améliorations malgré la réduction de quelques-uns de ces pourcentages. Dans le même ordre d'idées, nous renvoyons le lecteur encore au graphique N° 2 qui suit, ainsi qu'aux explications fournies dans le message du 11 octobre 1971 (pp. 16 à 19) concernant la 8<sup>e</sup> révision de l'AVS.

Le graphique N° 1 est aussi instructif en ce qui concerne les conditions de solidarité régnant dans l'AVS. Les cotisations représentant un pourcentage fixe du revenu du travail, on pourrait envisager d'échelonner aussi les rentes en fonction du revenu selon un pourcentage également constant (rente proportionnelle), ainsi que cela est d'ailleurs le cas dans de nombreux régimes étrangers d'assurances sociales. Les ressources financières disponibles permettraient de financer une rente simple sur toute la ligne proportionnelle et égale à 35 pour cent du salaire; il en résulte que cette rente proportionnelle et la nouvelle formule de rente AVS entraîneraient la même dépense. Ainsi qu'il ressort du graphique, la rente AVS est supérieure à la rente proportionnelle jusqu'à un revenu annuel moyen de 21 600 francs, alors qu'au-delà elle lui est inférieure; en d'autres termes, les rentiers dont le revenu annuel moyen ne dépasse pas le montant qui vient d'être indiqué jouissent de suppléments de solidarité, tandis que si ce revenu est plus élevé, les assurés sont redevables de cotisations de solidarité. C'est en cela que réside cette étroite solidarité économique qui caractérise l'AVS. Le montant de 21 600 francs représente ce que l'on appelle la limite collective de solidarité en répartition. Considérant les choses précisément sous l'angle de la répartition, comme cela est naturel dans un régime tel que l'AVS, cette limite plutôt basse implique que même des ouvriers et des employés qualifiés versent des cotisations de solidarité en faveur des rentiers se rattachant aux classes inférieures de revenus. Ainsi que le relève le Conseil fédéral dans son message, cette solidarité ne saurait toutefois être poussée trop loin, d'où il résulte que le rapport de 1 à 2 entre la rente minimum et la rente maximum ne devrait pas faire l'objet d'une nouvelle réduction.

---

Dans la conception d'ensemble de la prévoyance, dite des trois piliers, visant à protéger la population contre les suites économiques de la vieillesse, de l'invalidité

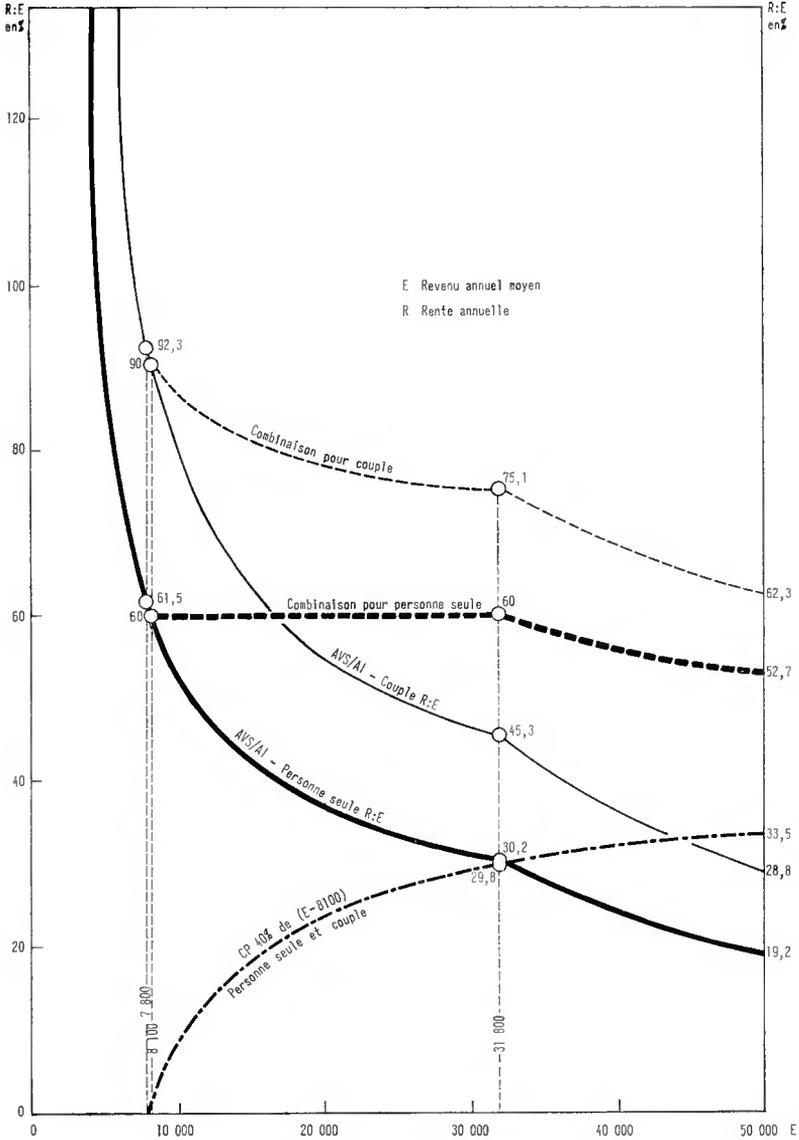
et du décès, il a été fait en sorte que le bénéficiaire de rente puisse maintenir de manière appropriée son niveau de vie antérieur. En termes numériques, cela signifie qu'il conviendrait de garantir à une personne seule, et jusqu'à concurrence d'un certain plafond de revenu, une rente totale d'au moins 60 pour cent du salaire grâce aux prestations de l'AVS et de la prévoyance professionnelle (caisses de pensions, etc.). Viendraient s'y ajouter, dans le cas de personnes mariées et de rentiers avec enfants, les suppléments de prestations prévus par l'AVS et résultant de la rente pour couple, ainsi que des rentes complémentaires pour les épouses âgées de 45 à 59 ans et pour les enfants.

Le mécanisme de la combinaison des prestations servies par l'AVS et les caisses de pensions (CP) représenté au graphique N° 2 repose sur le modèle de caisse suivant: le revenu assuré est égal au revenu brut (E) moins une déduction — dite de coordination — de 8100 francs par an; en outre, la rente de vieillesse équivaut à 40 pour cent du revenu assuré, alors que les rentes de veuve et d'orphelin représentent respectivement deux tiers et un sixième de la rente de vieillesse. De ce graphique, il ressort qu'avec le modèle pris pour base ici, une personne seule recevra une rente totale égale exactement à 60 pour cent du salaire si le revenu annuel est compris entre 8100 et 31 800 francs. On constate que le modèle de caisse considéré est conçu en fonction des prestations minimales vers lesquelles on tend; mais rien n'empêche que celles-ci soient quelque peu améliorées en diminuant dans une certaine mesure la déduction de coordination, ou en augmentant un peu le taux de rente de 40 pour cent, ou encore en combinant les deux mesures. En ce qui concerne les personnes mariées, la prestation globale comprend aussi le supplément pour couple de 50 pour cent prévu par l'AVS, de sorte que dans notre modèle, elle varie entre 90 et 75 pour cent du salaire lorsque le revenu passe de 8100 à 31 800 francs par an; la même rente serait d'ailleurs attribuée à une veuve ayant deux enfants. Le graphique permet encore de constater que même si la nouvelle rente pour couple ne représente plus que 150 pour cent de la rente simple, au lieu de 160, elle compense encore une bonne partie du revenu du travail perdu lors de la réalisation du risque assuré. Exprimée en pour-cent du salaire, la rente de l'AVS diminue au fur et à mesure que le revenu augmente; par exemple, entre les revenus de 8000 et 40 000 francs par an, la rente simple régresse de 61 à 24 pour cent du salaire et la rente pour couple de 91 à 36 pour cent, alors que le taux des cotisations demeure le même sur toute la ligne. Pourrait-on dès lors douter que, dans l'AVS, la solidarité économique n'est pas un vain mot?

Combinaison des prestations de l'AVS et des caisses de pensions (CP)

Prestations en pour-cent des salaires pour personnes seules et pour couples  
(AVS/AI 1973)

N° 2



## Le deuxième pilier

Le présent article est le dernier d'une série publiée dans la RCC de cette année<sup>1</sup>. Il concorde, dans ses grandes lignes, avec le texte d'un commentaire dont M. W. Gfeller, chef de section à l'Office fédéral des assurances sociales, a fait le résumé oral lors d'une assemblée des autorités cantonales de surveillance des fondations, à Saint-Gall, les 21 et 22 octobre 1971. Le commentaire contient un exposé sur la conception suisse de la prévoyance, qui repose sur la théorie des trois piliers, et montre l'importance et les caractéristiques du deuxième pilier. Se référant au rapport de la Commission fédérale d'experts chargée d'examiner les mesures propres à encourager la prévoyance professionnelle pour les cas de vieillesse, d'invalidité et de décès (nommé ci-après rapport de la commission d'experts ou rapport Kaiser), le document indique quelles prestations les institutions de la prévoyance professionnelle doivent fournir de manière à garantir — avec les prestations du premier pilier — un minimum de protection sociale; il montre aussi les conséquences qui résulteraient de l'introduction d'un régime obligatoire, en ce qui concerne le deuxième pilier.

### Deuxième pilier obligatoire; conséquences techniques sur les institutions de prévoyance en faveur du personnel

La solution typiquement suisse du problème de la prévoyance pour les conséquences économiques de la vieillesse, du décès et de l'invalidité est caractérisée par le *principe des trois piliers*. On désigne sous le nom de premier pilier les *assurances sociales d'Etat* (AVS, AI, PC); le deuxième pilier est constitué par la *prévoyance professionnelle* (caisses de pensions, assurances de groupes et d'associations), tandis que le troisième pilier correspond à la *prévoyance individuelle* (épargne, assurances individuelles). Quel rôle doivent jouer ces trois genres de mesures de prévoyance?

Le premier pilier devra accorder désormais, au lieu de simples prestations de base, des prestations suffisantes pour couvrir les besoins vitaux; il incombera au deuxième pilier de compléter celles-ci de manière que les assurés âgés

<sup>1</sup> RCC 1971, pp. 164, 230, 274, 324. La série complète peut être commandée sous forme de tirage à part (cf. annonce à la fin du présent numéro).

ou invalides, ainsi que leur famille, puissent maintenir le standard de vie auquel ils sont habitués. Les ressources fournies par le troisième pilier contribueront encore à assurer ce bien-être. La prévoyance individuelle est d'autant plus importante qu'elle remplace entièrement ou partiellement le deuxième pilier dans le cas des personnes de condition indépendante. Voici, brièvement exposées, quelques caractéristiques du deuxième pilier tel qu'il se présente actuellement; c'est à dessein que l'on a renoncé ici à des commentaires sur ses bases juridiques.<sup>1</sup>

Le deuxième pilier a un caractère facultatif; les droits et devoirs de l'assuré ou du bénéficiaire sont prescrits par des statuts et règlements. Les prestations assurées peuvent être versées sous forme de rentes ou d'un capital. Leur montant n'est pas fixé; la priorité peut être accordée aux prestations ou aux cotisations. La liberté la plus complète règne en outre en ce qui concerne le choix des risques assurés (vieillesse, décès, invalidité), du système financier (en général, on adopte le système de répartition des capitaux de couverture), de la forme juridique et de l'assureur. Enfin, des règles différentes existent concernant le libre passage et le calcul de l'indemnité de sortie.

### 1. L'importance du rapport de la commission d'experts

Le 23 septembre 1968, un postulat demandant l'*encouragement systématique du deuxième pilier* était accepté par le Conseil national. Une commission d'experts fut chargée d'examiner la question; elle reçut pour président M. E. Kaiser, privat-docent, conseiller mathématique des assurances sociales. Le résultat de ses délibérations figure dans le rapport que l'on a aussi appelé « Rapport Kaiser », en reconnaissance pour le gros travail fourni par le président lors des séances et de la rédaction de ce document. Le rapport Kaiser traite en détail toutes les questions touchant le deuxième pilier et donne ainsi, à ceux qui s'intéressent au problème de la prévoyance en faveur du personnel, de très utiles renseignements. Paru en juillet 1970, le rapport a été discuté et approuvé par les Chambres; ses thèses peuvent dès lors être considérées comme valables, voire fondamentales, pour l'élaboration des systèmes futurs.

Mentionnons, tout particulièrement, le tableau 16 et les pages 66 et suivantes du rapport Kaiser, où l'on voit les conséquences pratiques de la combinaison des rentes AVS - caisse de pensions; ces commentaires peuvent être considérés comme le complément du présent exposé. Nous touchons ici le cœur du problème. Toutefois, il n'est pas possible de nous étendre sur l'évolution suivie depuis juillet 1970 par la conception suisse de la prévoyance; bornons-nous à mentionner le message du Conseil fédéral concernant la 8<sup>e</sup> révision de l'AVS et le message concernant la révision de la Constitution fédérale (visant à insérer à l'art. 34 quater de la Constitution une disposition sur la théorie des trois piliers, rendant obligatoire le 2<sup>e</sup> pilier).

---

<sup>1</sup> Voir à ce sujet p. 23 du Rapport de la commission d'experts.

## 2. La combinaison rentes AVS / caisse de pension<sup>1</sup>; garantie sociale minimum

### a. Le système

Dans le rapport Kaiser, on a admis que la garantie sociale minimum pour les salariés des classes de revenu moyennes et inférieures était un revenu sous forme de rentes de 60 pour cent du salaire, la part de ce revenu non couverte par l'AVS devant être payée par la caisse de pensions. Un exemple montrera comment cette part peut être déterminée.

Dans cet exemple, le taux de rente total doit s'élever également à 60 pour cent, et la rente AVS doit être calculée conformément au message sur la 8<sup>e</sup> révision. La formule de rentes proposée à partir de 1973 pour l'indice de salaire 400 est la suivante:

$$\begin{aligned} R &= 3240 + 0,2 E \\ \text{Minimum } 4800 &\text{ jusqu'à } E = 7800 \\ \text{Maximum } 9600 &\text{ depuis } E = 31\,800 \end{aligned}$$

R étant la rente simple annuelle de vieillesse et E le revenu AVS déterminant. On obtient ainsi nécessairement la rente CP qui est la différence entre une rente totale de 60 pour cent du salaire (0,6 E) et la rente AVS (3240 + 0,2 E). La formule de la rente CP se présente donc ainsi:

$$\begin{aligned} \text{Rente CP} &= 0,4 E - 3240 \\ &= 0,4 (E - 8100) \\ &= 40 \% \text{ de } (E - 8100) \end{aligned}$$

Dans cette formule, la valeur figurant entre parenthèses (E - 8100) représente le revenu assuré, auquel se rapporte le taux de rente constant de 40 pour cent. La valeur constante 8100 correspond à la déduction de coordination, c'est-à-dire au montant qui constitue la différence entre le revenu AVS et le revenu assuré.

Dans le cas des revenus se situant entre 8100 et 31 800 francs, la rente AVS et la rente CP se complètent exactement à 60 pour cent. Pour les revenus inférieurs à 8100 francs, l'AVS seule garantit une rente supérieure à 60 pour cent; pour les revenus au-dessus de 31 800 francs, la rente totale atteint un montant inférieur à 60 pour cent. Pour plus de clarté, on a exprimé dans le tableau 1, et commenté, les relations existant entre la rente AVS et la rente CP pour certains revenus AVS, pris à titre d'exemples. La combinaison des rentes AVS et des rentes CP est représentée, en pourcentages, dans le graphique 2, d'une manière encore plus claire.

<sup>1</sup> Nous admettons ici que l'institution de prévoyance est une caisse de pensions (CP). Cependant, les prestations de prévoyance peuvent aussi être versées d'une autre manière.

## Combinaison de rentes AVS/CP

a) avec la formule de rentes AVS valable dès 1973

Tableau 1

Revenu AVS en francs	Revenu assuré en francs (1) — 8100	Rente AVS selon message 8 <sup>e</sup> revision <sup>1</sup>		Rente CP		Rente totale	
		En nombres absolus (francs)	En pour-cent de (1)	En nombres absolus (francs) <sup>2</sup>	En pour-cent de (1)	En nombres absolus (francs)	En pour-cent de (1)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
7 800	—	4 800	61,5	—	—	4 800	61,5
8 100	—	4 860	60,0	—	—	4 860	60,0
9 000	900	5 040	56,0	360	4,0	5 400	60,0
10 000	1 900	5 240	52,4	760	7,6	6 000	60,0
11 000	2 900	5 440	49,5	1 160	10,5	6 600	60,0
15 000	6 900	6 240	41,6	2 760	18,4	9 000	60,0
16 200	8 100	6 480	40,0	3 240	20,0	9 720	60,0
20 000	11 900	7 240	36,2	4 760	23,8	12 000	60,0
22 000	13 900	7 640	34,7	5 560	25,3	13 200	60,0
25 000	16 900	8 240	33,0	6 760	27,0	15 000	60,0
30 000	21 900	9 240	30,8	8 760	29,2	18 000	60,0
31 800	23 700	9 600	30,2	9 480	29,8	19 080	60,0
40 000	31 900	9 600	24,0	12 760	31,9	22 360	55,9
50 000	41 900	9 600	19,2	16 760	33,5	26 360	52,7
100 000	91 900	9 600	9,6	36 760	36,8	46 360	46,4

<sup>1</sup> Rente simple de vieillesse R = 3240 + 0,2 E; min. = 4800 jusqu'à E = 7800; max. = 9600 à partir de E = 31 800.  
<sup>2</sup> Selon la formule R = 0,4 (E — 8100) = 40 % de (2).

### Commentaire:

- Pour les revenus AVS (= E) inférieurs à 8100 francs, la rente totale constante (= rente AVS) de 4 800 francs correspond toujours à un taux de plus de 60 pour cent.
- Pour E = 8100 francs, la rente totale (= rente AVS) s'élève à exactement 60 pour cent de 8100 francs, soit à 4860 francs.
- Pour les revenus entre 8100 francs et 31 800 francs, la rente AVS, prise absolument, monte de 4860 à 9600 francs; cependant, exprimée en pour-cent, elle baisse de 60 à 30,2 pour cent. La rente à assurer par la CP monte, prise absolument, de 0 à 9480 francs; relativement, de 0 à 29,8 pour cent.
- Si E = 16 200 francs, donc si le revenu assuré correspondant à la déduction de coordination est de 8100 francs, l'AVS couvre deux fois plus (40 %) que la CP (20 %).

— Si E est supérieur à 31 800 francs, la rente AVS constante de 9600 francs se voit attribuer un pourcentage sans cesse décroissant. La rente CP monte, de même la rente totale; pour ces deux grandeurs, le taux de rente correspondant se rapproche de la valeur-limite 40 pour cent.

### Combinaison de rentes AVS - CP

b) avec la formule de rentes AVS valable dès 1975

Tableau 2

Revenu AVS en francs	Revenu assuré en francs (1) — 10 200	Rente AVS selon message 8 <sup>e</sup> révision <sup>1</sup>		Rente de CP		Rente totale	
		en nombres absolus (francs)	En pour-cent de (1)	En nombres absolus (francs) <sup>2</sup>	En pour-cent de (1)	En nombres absolus (francs)	En pour-cent de (1)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
9 600	—	6 000	62,5	—	—	6 000	62,5
10 200	—	6 120	60,0	—	—	6 120	60,0
15 000	4 800	7 080	47,2	1 920	12,8	9 000	60,0
16 200	6 000	7 320	45,2	2 400	14,8	9 720	60,0
20 000	9 800	8 080	40,4	3 920	19,6	12 000	60,0
20 400	10 200	8 160	40,0	4 080	20,0	12 240	60,0
25 000	14 800	9 080	36,3	5 920	23,7	15 000	60,0
31 800	21 600	10 440	32,8	8 640	27,2	19 080	60,0
35 000	24 800	11 080	31,7	9 920	28,3	21 000	60,0
39 600	29 400	12 000	30,3	11 760	29,7	23 760	60,0
50 000	39 800	12 000	24,0	15 920	31,8	27 920	55,8
100 000	89 800	12 000	12,0	35 920	35,9	47 920	47,9

<sup>1</sup> Rente simple de vieillesse  $R = 4080 + 0,2 E$ ; min. = 600 jusqu'à  $E = 9600$ ; max. = 12 000 à partir de  $E = 39 600$ .

<sup>2</sup> Selon la formule  $R = 0,4 (E - 10 200) = 40 \% \text{ de } (2)$ .

#### Commentaire:

- Pour les revenus AVS (= E) au-dessous de 10 200 francs, la rente totale constante (= rente AVS) correspond toujours à un taux de plus de 60 pour cent.
- Pour  $E = 10 200$  francs, la rente totale (= rente AVS) s'élève à exactement 60 pour cent de 10 200 francs, soit 6120 francs.
- Pour les revenus entre 10 200 et 39 600 francs, la rente AVS monte de 6120 à 12 000 francs; cependant, en pour-cent, elle baisse de 60 à 30,3 pour cent. La rente à assurer par la CP monte de 0 à 11 760 francs; relativement, cette hausse est de 0 à 29,7 pour cent.
- Si  $E = 20 400$  francs, c'est-à-dire si le revenu assuré correspondant à la déduction de coordination est de 10 200 francs, l'AVS couvre deux fois plus (40 %) que la CP (20 %).

- Si E est supérieur à 39 600 francs, la rente AVS constante de 12 000 francs se voit attribuer un pourcentage sans cesse décroissant. La rente CP monte, et de même la rente totale; pour les deux grandeurs, le taux de rente correspondant se rapproche de la valeur-limite 40 pour cent.

### b. Conséquences

Toute institution de prévoyance est en mesure de déterminer, pour chaque affilié, la rente de vieillesse qui doit être assurée, de manière à obtenir une garantie sociale minimum. La comparaison avec la rente de vieillesse effectivement assurée indique si l'assurance est suffisante ou a besoin d'être adaptée.

Il ne faut pas oublier, cependant, que d'autres conditions devront aussi être remplies dans un régime obligatoire du deuxième pilier. Il importe, notamment, d'assurer une protection minimale analogue également contre les conséquences des risques *décès* et *invalidité*; autrement dit, les prestations assurées doivent inclure aussi des rentes de survivants et d'invalidité. Autre fait caractéristique d'une régime obligatoire: le *libre passage* sera entièrement garanti, et les « mauvais risques » ne pourront plus être exclus.

Pour les rentiers mariés, le taux de rente total dépassera 60 pour cent, parce que le premier pilier leur accorde des suppléments (rente pour couple, rente complémentaire).

L'augmentation des prestations assurées au montant fixé par la loi occasionnera des frais plus ou moins élevés. Leur couverture posera des problèmes, spécialement dans le cas des assurés âgés, si bien que des prescriptions particulières seront édictées pour la génération d'entrée ou une partie de celle-ci. Rappelons ici que les pouvoirs publics ne contribueront pas au financement des prestations du deuxième pilier; il incombera donc à chaque institution de prévoyance de se procurer les ressources nécessaires. Le passage de l'assurance-capital à l'assurance-rentes posera également des problèmes, autant qu'une telle transformation se révélera nécessaire.

Dans les institutions de prévoyance bien conçues, les prestations assurées sont souvent fixées si haut que la rente totale assurée, ajoutée à la rente AVS, dépasse, dans le cas des personnes seules, 60 pour cent du revenu précédemment touché; elle peut même atteindre ou dépasser 100 pour cent. Signalons, à ce propos, deux problèmes particuliers. La *surassurance* pose des questions épineuses, par exemple celles de la garantie des droits acquis, des réductions de rentes, de l'emploi de capitaux de couverture devenus disponibles, des charges économiques, etc. En outre, la loi-cadre concernant le deuxième pilier ne sera applicable qu'à la part de la rente CP qui sera obligatoire, c'est-à-dire qui complétera la rente AVS à 60 pour cent. En revanche, pour la part « *facultativement assurée* » de la rente CP, ces dispositions légales ne seront pas déterminantes. Cette différence de traitement des deux composantes pourra provoquer des difficultés; il pourrait en résulter, par exemple, qu'une caisse de pensions facultative voisine avec une caisse obligatoire dans une même entreprise.

### 3. Remarques finales

Dans l'exemple cité sous chiffre 2, on s'est fondé sur la formule proposée par le message sur la 8<sup>e</sup> révision de l'AVS; il s'agit, comme déjà dit, de la formule attribuée à l'indice AVS 400 et valable dès 1973. Dans le même message, cependant, il est déjà question de la *formule de rentes adaptée aux conditions de salaire de 1975* (indice des salaires AVS 500). Il aurait certes été plus réaliste de prendre ici cette formule pour base, puisque la décision de rendre obligatoire le deuxième pilier ne sortira probablement pas son effet avant 1975 (ou 1974, dans l'éventualité la plus favorable). Si l'on se fonde sur la formule<sup>1</sup> prévue pour 1975, il faudrait assurer, dès 1975, une rente CP de 40 pour cent de (E — 10 200). Cette formule ne se distingue de celle figurant sous chiffre 2 que par sa déduction de coordination plus grande. Pour bien montrer les effets d'une hausse des rentes AVS sur les prestations à assurer dans le deuxième pilier, on a fondé, au tableau 2, la combinaison des rentes AVS/CP sur la formule de rentes valable dès 1975.

Il est, en outre, essentiel que les rentes accordées dans le régime obligatoire du deuxième pilier soient adaptées au renchérissement. Il faudra trouver les moyens de garantir le financement d'allocations de renchérissement; on pourrait songer à une couverture de ces frais par un système de répartition étendu à toute la Suisse.

Les problèmes que pose le deuxième pilier sont donc nombreux et variés. Il faudra déployer encore bien des efforts pour les résoudre à la satisfaction de tous. Les plus grandes difficultés seront celles que devront surmonter les entreprises qui n'ont pas encore pris de mesures de prévoyance. Il importe de considérer également les conséquences que le développement du deuxième pilier aura sur notre économie nationale.

## Les prestations complémentaires à l'AVS / AI en 1970

### 1. Prestations versées

#### a. Versements des organes d'exécution cantonaux

Le tableau 1 montre quels ont été les versements des cantons selon les décomptes établis pour fixer la subvention fédérale. En 1970, les organes cantonaux ont versé 234,9 millions de francs de PC; 79 pour cent de cette somme

<sup>1</sup> R = 4080 + 0,2 E

Min. 6000 jusqu'à E = 9600

Max. 12 000 à partir de E = 39 600

revenait à des bénéficiaires de rentes AVS, le reste à ceux des rentes AI. Les dépenses totales ont diminué, par rapport à 1969, de 1,6 million de francs. Il est frappant de constater que les paiements en faveur d'invalides ont diminué de 0,1 million seulement.

Montants en milliers de francs

Tableau 1

Cantons	AVS	AI	Total
Zurich . . . . .	21 626	4 244	25 870
Berne . . . . .	32 617	9 731	42 348
Lucerne. . . . .	10 091	2 923	13 014
Uri . . . . .	898	381	1 279
Schwyz . . . . .	2 294	768	3 062
Unterwald-le-Haut . . . . .	588	221	809
Unterwald-le-Bas . . . . .	462	156	618
Glaris . . . . .	1 003	328	1 331
Zoug. . . . .	759	189	948
Fribourg . . . . .	6 544	2 123	8 667
Soleure . . . . .	4 787	1 220	6 007
Bâle-Ville . . . . .	8 031	1 333	9 364
Bâle-Campagne . . . . .	3 317	1 004	4 321
Schaffhouse . . . . .	1 677	520	2 197
Appenzell Rh.-Ext. . . . .	2 395	540	2 935
Appenzell Rh.-Int. . . . .	746	268	1 014
Saint-Gall . . . . .	13 816	3 322	17 138
Grisons . . . . .	5 827	1 693	7 520
Argovie . . . . .	7 525	2 310	9 835
Thurgovie . . . . .	3 916	1 439	5 355
Tessin . . . . .	14 274	4 108	18 382
Vaud . . . . .	20 331	4 216	24 547
Valais . . . . .	5 539	2 326	7 865
Neuchâtel . . . . .	6 373	1 182	7 555
Genève . . . . .	11 238	1 747	12 985
Suisse . . . . .	186 674	48 292	234 966
En pour-cent . . . . .	79	21	100

(Etat le 31 décembre)

Tableau 2

Années	AVS			AI	Total
	Bénéficiaires de rentes de vieillesse	Bénéficiaires de rentes de survivants	Ensemble		
1969 . . .	129 807	5 843	135 650	25 466	161 116
1970 . . .	127 725	5 560	133 285	24 745	158 030
Modification.	—2 082	—283	—2 365	—721	—3 086

*Dépenses de la Confédération, des cantons et des communes*

Tableau 3

Dépenses	En milliers de francs			En pour-cent		
	AVS	AI	Total	AVS	AI	Total
De la Confédération . . .	89 343	24 121	113 464	48	50	48
Des cantons et communes . .	97 331	24 171	121 502	52	50	52
Prestations versées . . . .	186 674	48 292	234 966	100	100	100

*Dépenses de la Confédération, des cantons et des communes d'après la capacité financière des cantons*

Tableau 4

Nombre de cantons d'après leur capacité financière	Prestations en milliers de francs			Répartition en pour-cent		
	Confédération	Cantons et communes	En tout	Confédération	Cantons et communes	En tout
6 cantons financièrement forts	18 997	44 326	63 323	17	36	27
11 cantons de force financière moyenne . .	64 207	64 207	128 414	57	53	55
8 cantons financièrement faibles . . . .	30 260	12 969	43 229	26	11	18
Total . . . .	113 464	121 502	234 966	100	100	100

### *b. Nombre de cas*

Le tableau 2 indique le nombre de cas par catégorie de bénéficiaires. Les plus nombreux sont les bénéficiaires de rentes de vieillesse (81 pour cent); viennent ensuite ceux qui touchent des rentes AI (16 pour cent) et des rentes de survivants (3 pour cent). En 1970, le nombre des cas a diminué de 3086 — soit d'environ 2 pour cent — pour tomber à 158 030.

### *c. Restitutions et remises de l'obligation de restituer des PC*

Les PC versées à tort et restituées ont atteint la somme de 3,3 (l'année précédente 2,6) millions de francs. Dans 623 cas, les conditions de la bonne foi et de la situation difficile du bénéficiaire étant remplies, les organes d'exécution ont renoncé à demander la restitution; la somme totale des PC qui n'ont ainsi pas été récupérées s'élève à 0,3 million de francs.

## **2. Subventions de la Confédération**

Le subventionnement, par la Confédération, des PC versées aux rentiers de l'AVS est alimenté par le fonds spécial prévu à l'article 111 LAVS (imposition du tabac et des boissons distillées). Quant aux subventions fédérales pour les PC revenant aux bénéficiaires de rentes ou d'allocations pour impotents de l'AI, elles sont financées par les ressources générales de la Confédération. Le tableau 3 indique de quelle manière les dépenses pour les PC ont été réparties, en 1970, entre la Confédération et les cantons (y compris les communes). Par rapport à 1969, les subventions fédérales ont augmenté de 4,6 millions, alors que les dépenses cantonales ont diminué de 6,2 millions. Ces changements sont dus à l'ACF du 9 janvier 1970, selon lequel le canton de Lucerne est déclaré, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1970, canton financièrement faible, tandis que les cantons de Soleure, Schaffhouse et Neuchâtel sont considérés comme étant de force financière moyenne. A noter que plusieurs cantons accordent, en plus des PC, des prestations d'aide complémentaire cantonales et communales, ainsi que des allocations supplémentaires visant à garantir les droits acquis. Ces prestations, qui peuvent être assez considérables, n'ont pas été englobées dans les chiffres qui figurent ici.

Par suite des changements, déjà mentionnés, dans la classification de certains cantons d'après leur capacité financière, la répartition relative des dépenses entre Confédération, cantons et communes s'est modifiée par rapport à l'année précédente.

## **3. Subventions aux institutions d'utilité publique**

En vertu de l'article 10 LPC, des subventions fédérales ont été versées aux institutions d'utilité publique; elles se sont de nouveau élevées, en 1970, à un total de 6,7 millions de francs.

Cette somme a été répartie de la manière suivante:

Fondation « Pour la Vieillesse »: 4 millions;

« Pro Infirmis »: 1,5 million;

« Pro Juventute »: 1,2 million de francs.

## Une relève à la Centrale de compensation



M. André Colliard, licencié en droit, va prendre sa retraite à la fin de l'année. Il a été le troisième chef de la Centrale de compensation, appelée primitivement, soit de 1940 à 1947, administration du fonds central de compensation; cette fonction, il l'exerce depuis octobre 1963, époque à laquelle il a succédé à M. Joseph Studer et à M. Aloïs Imbach (celui-ci décédé brusquement peu après sa nomination).

André Colliard était un « vrai Genevois » et l'est resté de tout son cœur. Bourgeois de Thônex, né le 30 septembre 1906, il fit ses écoles dans cette localité et acheva ses études en 1928 par une licence en droit. Après avoir passé quelques années dans une étude d'avocats, il quitta Genève et dirigea, de 1931 à 1935, le secrétariat romand de l'association « Semaine suisse » dont le siège était à Solcure. Revenu à Genève, il se vit confier la direction juridique de Protarco (Compagnie suisse de protection juridique de l'artisanat et du commerce); plus tard, il eut son propre bureau en continuant à travailler dans la même branche. Le 1<sup>er</sup> novembre 1942, André Colliard entra au service de l'Administration fédérale des blés, à Berne, en qualité de juriste. Le 1<sup>er</sup> mai 1945, il retournait à Genève, où sa famille avait conservé son domicile, et y entra dans l'administration du fonds central de compensation; c'est là qu'il a trouvé la tâche à laquelle il allait se consacrer désormais.

Dans son nouvel emploi, André Colliard s'occupa principalement, à partir de 1948, des problèmes de cotisations de la Caisse suisse de compensation (assurance facultative). Devenu chef de la Centrale de compensation, le 1<sup>er</sup> octobre 1963, il développa, notamment, le traitement électronique des informations et les activités de la Caisse suisse. Son caractère affable et humain, mais résolu,

était très apprécié de tous ses partenaires, aussi bien parmi le personnel de la Centrale qu'à l'Office fédéral et dans les caisses de compensation. Nous souhaitons à M. André Colliard une heureuse retraite aux côtés de son épouse, parmi ses enfants et petits-enfants.

\*

Le Conseil fédéral a nommé le successeur de M. Colliard: Ce sera M. *Jakob Wegmüller*, dr en droit. Le nouveau chef de la Centrale est né le 24 novembre 1915 et a passé son enfance à Roggwil (BE); il est originaire d'Arni dans l'Emmental. Après avoir fait un apprentissage commercial, il se mit à étudier le droit à l'Université de Berne, où il obtint le titre de docteur. Sa carrière de juriste commença au tribunal de district de Meiringen et se poursuivit au service de la Confédération, où il travailla successivement au contrôle des prix, à l'Office de guerre d'instruction pénale du Département de l'économie publique, à la Division de la police et à l'Office fédéral des assurances sociales. En février 1950, il passa à la Centrale de compensation, où il se vit confier, dès le début, l'étude de questions juridiques spéciales concernant la Caisse suisse de compensation.

Depuis l'entrée en vigueur de l'AI, M. Wegmüller a dirigé le secrétariat de la commission AI pour les assurés à l'étranger; à partir de 1966, il fut en outre le chef de la section des conventions internationales. Les affaires à traiter par ces services administratifs ont augmenté à tel point, ces dernières années, que le personnel dont disposait M. Wegmüller dut être plus que doublé. Ces tâches, il les a assumées avec beaucoup de compétence. Nous félicitons M. Wegmüller de sa nomination et nous sommes heureux de saluer en lui le nouveau chef de la Centrale de compensation, en souhaitant que son activité, dans cette importante fonction, soit féconde et couronnée de succès.

## **Problèmes d'application**

### **AI. Expertises faites dans des stations d'observation psychiatriques ou de pédagogie curative<sup>1</sup>**

*(complément et modification partielle du N° 71 de la circulaire concernant la formation scolaire spéciale).*

Lorsqu'un patient est en observation dans un établissement, il se révèle parfois nécessaire de prolonger quelque peu son séjour pour répondre aux questions posées par l'administration de l'AI, de manière que celle-ci puisse se prononcer.

<sup>1</sup> Extrait du Bulletin de l'AI N° 139.

Si la prolongation ne dépasse pas deux semaines, elle doit être motivée par la station d'observation au plus tard lors de la remise du rapport ou de la présentation de la facture.

Si une prolongation de plus de deux semaines est prévisible, il faut présenter une demande dans ce sens au plus tard un mois avant la fin du séjour prescrit. Sont réservés cependant les cas où la demande ne peut être présentée dans ce délai, une complication imprévue ayant surgi (par exemple maladie).

Les demandes de prolongation doivent être examinées, conformément au N° 95 de la circulaire sur la procédure (teneur de janvier 1968), par le président de la commission AI, qui dans ce cas demandera l'avis du médecin de la commission. Sur la base des dispositions prises par le président et mentionnées au dossier, la facture sera transmise avec la mention « sans décision ».

Si la période d'observation doit durer plus de quatre mois au total, le dossier sera soumis à l'OFAS, comme cela s'est fait jus qu'à présent.

### **AI. Subsides pour la formation scolaire spéciale et pour les soins spéciaux des mineurs impotents**

Le Conseil fédéral a relevé à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1971 la contribution de l'AI aux frais d'école (art. 19 LAI) de 6 à 9 francs par jour et par enfant et les contributions aux frais de pension de 4 à 6 francs. En outre, la contribution journalière aux frais de soins des mineurs impotents, graduée selon le degré d'impotence, a été portée de 5 à 6 fr. 50, de 3 fr. 50 à 4 fr. 50 et de 2 à 2 fr. 50; l'allocation aux frais de pension de ces derniers, en cas de séjour dans un établissement, est passée de 4 à 6 francs par jour et par assuré.

L'Office fédéral des assurances sociales a adressé à ce propos aux gouvernements cantonaux, en octobre 1971, la circulaire suivante:

« ... Aux termes de l'article 19 de la loi, les contributions de l'AI aux frais d'école doivent tenir compte d'une participation des cantons et des communes égale aux dépenses qu'ils engagent pour l'instruction des enfants valides, ainsi que d'une contribution équitable des parents aux frais de logement et de pension si l'enfant doit être placé hors de sa famille. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1967, la participation attendue des cantons, des communes et des parents est de 2 francs par jour et par assuré. Vu le renchérissement général qui est survenu depuis lors, une augmentation de ces contributions est indiquée; nous vous rappelons notre circulaire du 15 février 1971 dans laquelle nous préconisons une augmentation d'un franc par journée d'école, respectivement de séjour. La situation financière de nombreuses écoles spéciales nous avait incités à recommander l'application des nouveaux taux dès le 1<sup>er</sup> janvier 1971. L'augmentation pour 1971 serait versée intégralement au profit de ces écoles, car elle ne serait mise en compte pour le calcul des subventions aux frais d'exploitation qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1972.

Treize cantons nous ont fait tenir leur avis. Nous sommes fondés à interpréter le silence des autres cantons comme une acceptation de nos propositions, ainsi que nous l'avions spécifié dans la circulaire. L'augmentation des contributions a été acceptée telle que nous l'avions proposée. Pour des raisons budgétaires, quelques cantons ne pourront toutefois ajuster leur participation qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1972.

Les contributions des cantons, des communes et des parents se montant chacune à 3 francs par jour et par enfant seront donc mises en compte pour le calcul des subventions aux frais d'exploitation à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1972.

Il serait souhaitable que ces nouvelles contributions, au minimum, soient versées aux institutions au plus tard à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1972. »

## **A propos de l'évaluation de l'invalidité<sup>1</sup>**

*(Précisions apportées aux Nos 116, 148-151 et 61 des Directives concernant l'invalidité et l'impuissance)*

Dans son arrêt du 2 février 1971 en la cause A. V. (cf. p. 606), le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence antérieure (RCC 1962, pp. 441 et 481; 1969, p. 485) en ce sens que lorsqu'il n'est pas possible d'établir le taux d'invalidité de personnes exerçant une activité lucrative par comparaison directe des revenus (parce qu'un calcul suffisamment sûr des revenus à comparer est exclu), l'invalidité peut, à titre exceptionnel, être évaluée selon une méthode quelque peu différente. On ne comparera plus, en de tels cas, les revenus après les avoir évalués en chiffres absolus, mais on aura recours à une comparaison de revenus *exprimés en degrés*. Le revenu que l'assuré réaliserait sans invalidité correspond alors à un taux de 100 pour cent; le revenu réalisable en utilisant la capacité résiduelle de travail est exprimé par un taux inférieur, fixé en tenant compte des constatations de nature médicale et de toutes autres circonstances déterminantes, notamment des données de l'expérience.

Il s'agit, en définitive, de partir de la méthode dite « spécifique » d'évaluation de l'invalidité, mais en ayant en vue, finalement, l'établissement du *rapport probable* entre le revenu d'invalidité et le revenu hypothétique (eux-mêmes non déterminables avec précision).

Les circonstances du cas d'espèce dont il y a lieu de tenir compte sont, notamment, l'opportunité d'une réorganisation de l'entreprise pour y utiliser le plus rationnellement possible les capacités de l'invalidité. Ainsi, par exemple, une comparaison d'activités, chez les personnes de condition indépendante, ne peut se faire en ignorant les fonctions dirigeantes. Les travaux qualifiés doivent être évalués plus haut que les travaux non qualifiés, même s'ils nécessitent la même dépense de temps. Une comparaison doit toujours s'effectuer en tenant compte

<sup>1</sup> Extrait du Bulletin de l'AI N° 137.

de la rémunération des travaux correspondants et non pas seulement d'après la longueur du temps de travail rémunéré.

En définitive, on devra se rappeler qu'il ne saurait s'agir ici que d'aviser au nécessaire en des circonstances tout à fait spéciales, et faute de mieux. La méthode ainsi définie ne peut donc nullement être étendue aux cas les plus nombreux, dans lesquels la commission AI est en mesure d'établir les montants des revenus à comparer avec un degré suffisant de vraisemblance et d'exactitude.

**EN BREF**

**A propos du calcul des rentes** Il n'est pas nécessaire de rappeler que non seulement les prix, mais aussi les salaires ont sensiblement augmenté depuis l'entrée en vigueur de la LAVS. Or, si l'on se fonde principalement, pour le calcul des rentes, sur le revenu moyen du travail obtenu pendant les années de cotisations déterminantes, les revenus touchés naguère,

*Taux mensuels des rentes simples de vieillesse  
dépendant du revenu annuel moyen*

tels qu'ils sont proposés pour 1973 et 1974

Montants en francs

Revenu annuel moyen		Taux mensuels des rentes simples de vieillesse (rentes complètes)
effectif	déterminant (revalorisé)	
jusqu'à 4 105	7 800	400
5 684	10 800	450
7 263	13 800	500
8 842	16 800	550
10 421	19 800	600
12 000	22 800	650
13 579	25 800	700
15 158	28 800	750
16 737	31 800	800
et plus	et plus	

étant plus bas, abaissent nécessairement cette moyenne. La LAVS remédie à cet inconvénient par une revalorisation adéquate des revenus du travail. Le projet de la 8<sup>e</sup> revision prévoit qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1973, le facteur de revalorisation<sup>1</sup> sera de 1,9 au lieu de 1,75. Autrement dit, un revenu moyen effectif de 10 000 francs sera pris en compte, pour le calcul des rentes, comme s'il était de 19 000 francs. Le tableau ci-après montre comment ce facteur influencera les diverses classes de revenus.

### **Subsides aux caisses cantonales de compensation**

De tout temps, les caisses cantonales de compensation ont reçu des subsides, prélevés sur le Fonds de compensation, destinés à couvrir leurs excédents de frais administratifs. Ces subsides, adaptés au volume des tâches et

à la capacité contributive de chaque caisse, ont permis à ces caisses de consolider leur situation financière. Déjà en fixant les subsides des années 1969 et 1970, on avait pris conscience de la nécessité de procéder à un ajustement dès que, pour serrer la réalité de plus près, l'on se fonderait sur des éléments de calcul postérieurs à 1968. Il s'agissait en particulier de tenir compte du relèvement des taux des cotisations AVS et AI et de l'abaissement de 5 à 4 pour cent des contributions des affiliés aux frais d'administration. C'est maintenant chose faite: Une ordonnance du Département fédéral de l'intérieur, datée du 17 septembre 1971, fixe le mode de calcul des subsides pour les exercices 1971 et 1972. Les principes de répartition des quelque 6 millions de francs disponibles chaque année sont pratiquement inchangés. On note cependant une augmentation de 25 000 francs des subsides aux caisses ayant plusieurs langues officielles et un soutien plus marqué des caisses à faible structure financière. En outre, la durée de validité de l'ordonnance est limitée aux exercices 1971 et 1972, du fait qu'une adaptation, voire une refonte totale du mode actuel de répartition paraît inévitable après l'entrée en vigueur de la 8<sup>e</sup> revision de l'AVS.

### **La délégation de la tenue des CI**

A leur demande, les caisses de compensation ayant délégué la tenue des CI à des employeurs ont tenu séance à Berne, le 19 novembre, sous la présidence de M. Cre-

voisier, de l'Office fédéral des assurances sociales. Il s'agissait d'étudier les répercussions des nouvelles Directives concernant le certificat d'assurance et le CI sur l'organisation interne des caisses. Aucune difficulté majeure n'a été signalée; il faudra certes procéder à des adaptations, mais les avantages compensent largement les inconvénients. Des dispositions spéciales seront prises de cas en cas et en temps opportun pour que les employeurs équipés d'ordinateurs puissent échanger, par l'intermédiaire de leur caisse de compensation, des porteurs d'informations avec la Centrale de compensation.

<sup>1</sup> Cf. RCC 1971, p. 181.

## BIBLIOGRAPHIE

J. de Ajuriaguerra: **Manuel de psychiatrie de l'enfant**. 1024 pages. Editions Masson & C<sup>ie</sup>, Paris 1971.

**Altern-Probleme und Tatsachen**. 615 pages. Publié par H. Thomae et U. Lehr. Akademische Verlagsgesellschaft, Francfort 1968.

**Ausbau der zweiten Säule der AHV (résumé du rapport de la Commission d'experts pour l'encouragement du deuxième pilier)**. « Wirtschaftsförderung, Dokumentations- und Pressedienst », N° 42, 1970, pp. 3 à 8. Société pour le développement de l'économie suisse, Zurich 1970.

P. Nolfi: **Neue Erfahrungen und Methoden in der Invaliditätsversicherung**. Bulletin de l'Association des actuaire suisses, 1970, N° 2, pp. 337-347. Editions Stämpfli, Berne, 1970.

Edgar Schranz: **Internationale Regelungen auf dem Gebiet der Rentendynamik**. Zeitschrift für Sozialreform, fascicule 3, mars 1970, pp. 147-154. Imprimerie et maison d'édition Chmielorz, Wiesbaden.

G. H. Sitzmann: **Lernen für das Alter**. 112 pages ill. Editions J. C. Huber, Diessen près de Munich, 1970.

H. Walser: **Personalvorsorge und Erbrecht**. Schweizerische Arbeitgeber-Zeitung 1971, N° 23, pp. 443-445.

## INFORMATIONS

### Interventions parlementaires

Petite question  
urgente Eggenberger  
du 30 novembre 1971

M. Eggenberger, conseiller national, a posé la petite question suivante:

« Par décision du 11 octobre 1971, le Conseil fédéral s'est prononcé sur la petite question urgente Allgöwer, sur la petite question Dellberg et sur les postulats Bussey et Dafflon concernant l'adaptation des rentes AVS et AI au renchérissement.

Il déclare que, depuis l'octroi de l'allocation de renchérissement de 10 pour cent le 1<sup>er</sup> janvier 1971, l'indice des prix à la consommation n'a pas augmenté au point qu'une majoration des rentes dans la même proportion se justifie. Toutefois, le Conseil fédéral accepte les postulats Bussey et Dafflon et laisse entrevoir à la fin de sa réponse qu'il pourrait se déclarer prêt, dans le cadre de la 8<sup>e</sup> révision de l'AVS, à examiner les propositions visant au versement anticipé de certaines prestations.

Comme le Conseil fédéral le constate lui-même, le renchérissement considérable du coût de la vie frappe durement la génération qui n'exerce plus d'activité lucrative. Cela est vrai surtout dans le domaine des loyers. De nombreuses lettres de rentiers AVS et AI montrent que ceux-ci seraient très déçus si on ne leur accordait pas, pour 1972 déjà, l'amélioration des rentes proposée par le Conseil fédéral pour la 8<sup>e</sup> révision. Le Conseil fédéral est, par conséquent, invité à examiner à nouveau si, compte tenu de l'évolution générale des salaires et des prix, il ne serait pas disposé à proposer le plus vite possible le versement d'une allocation représentant 10 pour cent des rentes AVS et AI, ou éventuellement d'un supplément de 50 francs par mois sur chaque rente, ainsi qu'une augmentation correspondante des limites applicables aux PC. »

#### **PC du canton de Thurgovie**

En date du 25 août 1971, le Grand Conseil thurgovien a promulgué une nouvelle loi sur les PC à l'AVS/AI. Cette loi, qui a été acceptée par le peuple le 31 octobre, par 27 046 oui contre 4314 non, entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1972.

La nouvelle loi remplace le régime transitoire du 23 novembre 1970 qui était fondé sur les dispositions du chiffre II, lettre a, de la loi fédérale du 9 octobre 1970 modifiant la LPC. Les limites de revenu, ainsi que les déductions fixes du revenu d'une activité lucrative et du revenu sous forme de rentes, correspondent aux taux maximaux prévus par le droit fédéral. La déduction pour frais de loyer a été limitée à 750 francs par an pour les personnes seules et à 1200 francs pour les autres catégories de bénéficiaires.

#### **Allocations familiales dans le canton de Schaffhouse**

Le 14 septembre 1971, le Conseil d'Etat a décidé de relever, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1972, de 1,6 à 1,8 pour cent des salaires le taux de la contribution due par les employeurs affiliés à la caisse cantonale de compensation pour allocations familiales.

#### **Allocations familiales dans le canton de Zoug**

Par décision du 23 novembre 1971, le Conseil d'Etat a relevé de 35 à 40 francs par mois et par enfant le montant de l'allocation pour enfant versée par la caisse cantonale de compensation pour allocations familiales.

Supplément au  
catalogue des  
imprimés  
AVS/AI/APG

	<i>Nouvelles publications</i>	<i>Prix</i>
318.104.1 f	Directives concernant les rentes AVS/AI, supplément de décembre 1971 . . . . .	0.70 *
318.107.042 f	Directives sur le salaire déterminant, supplément valable dès le 1 <sup>er</sup> janvier 1971	0.25 *
318.107.071 f	Instructions aux bureaux de revision pour la revision des caisses de compensation AVS, modifications valables dès le 1 <sup>er</sup> juillet 1971 . . . . .	0.50 *
318.114.2 dfi	Intérêt à 5 1/2 % du capital propre de l'entreprise, valable dès le 1 <sup>er</sup> janvier 1972 .	0.65 *
318.118 df	Tables pour la détermination de la durée présumable de cotisations des années 1948-1968 (en allemand et en français) .	5.50 *
318.120.01 f	Liste des textes législatifs, etc. (état au 1 <sup>er</sup> août 1971) . . . . .	1.10 *
318.121.69 f	Rapport annuel AVS/AI/APG 1969 . .	6.70 *
318.180 dfi	Proposition de paiement de la rente à une banque (en trois langues; remplace aussi la formule 318.181 pour l'assurance facultative) . . . . .	5.— pour 100 exemplaires
318.320.04 f	Le nouveau numéro AVS . . . . .	0.65 *
318.520.09 f	La revision de l'ordonnance concernant les infirmités congénitales . . . . .	1.50 *
Nouvelles personnelles	M. <i>Baskurt</i> , dr en médecine, collaborateur du service médical de l'OFAS, a été promu adjoint scientifique II.	

# JURISPRUDENCE

---

## Assurance-invalidité

### RÉADAPTATION

*Arrêt du TFA, du 5 juillet 1971, en la cause M. K. (traduction de l'allemand).<sup>1</sup>*

Article 12 LAI. Des opérations ayant trait à l'articulation du genou ne constituent des mesures de réadaptation que lorsqu'elles visent à corriger une défectuosité stable du squelette et ses suites mécaniques directes (confirmation de la jurisprudence). Ne doivent être considérées comme anomalie stable du squelette que les défectuosités des os et non pas celles des cartilages.

Dans le cas d'une chondropathia patellae il s'agit d'une dégénérescence du cartilage de la rotule et, partant, d'un état pathologique labile. De même, les luxations habituelles de la rotule qui provoquent une chondropathie ne constituent pas un état stable du squelette (confirmation de la jurisprudence).

*Articolo 12 della LAI. Gli interventi chirurgici all'articolazione del ginocchio costituiscono provvedimenti d'integrazione solo nel caso, che servano alla correzione di un difetto stabile dello scheletro e delle sue conseguenze meccaniche dirette (conferma della giurisprudenza).*

*Quali anomalie stabili dello scheletro si devono considerare soltanto i difetti delle parti ossee e non anche quelli della cartilagine.*

*In caso di un condroma della rotula del ginocchio, si tratta di una degenerazione della cartilagine e quindi di un fatto patologico labile. Anche le lussazioni abituali della rotula, che provocano un condroma, non costituiscono uno stato difettoso dello scheletro (conferma della giurisprudenza).*

En 1960, l'assurée, âgée alors de 11 ans, dut subir une opération parce qu'elle souffrait de luxation habituelle de la rotule. Les frais furent pris en charge par l'AI. L'assurée termina un apprentissage de coiffeuse de trois ans au mois d'avril 1968 et travailla ensuite dans cette profession sans être incommodée. Cependant, lorsqu'elle

<sup>1</sup> Texte allemand dans la ZAK de novembre, p. 596.

éprouva des douleurs dans l'articulation des deux genoux, elle alla trouver un spécialiste (novembre 1969). Celui-ci constata une chondropathia patellae bilatérale (dégénérescence du cartilage de la rotule) et préconisa une opération de l'articulation aux deux genoux. Pour cette raison, l'assurée dut cesser à la fin de l'année son activité de coiffeuse, qu'elle exerçait principalement debout. Elle présenta le 12 décembre 1969 une demande de prise en charge par l'AI des mesures médicales et du reclassement.

Le 5 janvier 1970, elle entra à l'hôpital « Wildermeth » à Bienne, où le Dr H., spécialiste en chirurgie et orthopédie, pratiqua une « plastie étendue de l'appareil extenseur des deux genoux ». Son diagnostic conclut à une chondropathie bilatérale de la rotule avec status consécutif à des subluxations et luxations habituelles des rotules. En outre, pendant le traitement postopératoire dans une station thermale, qui dura plusieurs mois, des douleurs dorsales chroniques apparurent; d'après les suppositions du médecin, il fallait les imputer à une maladie de Scheuermann.

Par décision du 16 mars 1970, la caisse de compensation, se fondant sur le prononcé de la commission AI, rejeta la demande d'octroi des mesures médicales, parce que les mesures appliquées à la chondropathie patellaire servaient au traitement de l'affection comme telle; quant à la demande de reclassement, elle devait être encore examinée.

L'assurée recourut contre cette décision et demanda son annulation. Elle sollicita la prise en charge de la totalité des frais d'opération, y compris ceux du traitement postopératoire dans la station thermale. Le Dr H. soutint le recours et exposa les données médicales du problème. Dans son préavis, la commission AI montra la différence entre le traitement direct des luxations habituelles et l'opération d'une chondropathie patellaire consécutive à des luxations, mais s'abstint de faire une proposition.

Le recours a été admis par l'autorité judiciaire cantonale le 2 septembre 1970. Le tribunal a considéré que la légère mobilité des rotules était la conséquence d'une défectuosité de l'état du squelette et non pas d'une affection labile. L'opération effectuée avait eu pour but de corriger l'anomalie du squelette qui provoquait constamment des luxations, elle visait ainsi à supprimer le faux mouvement des rotules. Sans opération, des luxations réapparaîtraient constamment, avec leurs conséquences sur la capacité de gain de l'assurée. Enfin, l'opération empêcherait le développement ultérieur d'arthroses dans l'articulation du genou; le traitement de l'affection comme telle était ainsi relégué au second plan.

L'OFAS a interjeté un recours de droit administratif, en concluant à l'annulation du jugement cantonal et au rétablissement de la décision de la caisse. Dans le cas d'une chondropathie de la rotule, il s'agit, selon lui, d'une dégénérescence du cartilage de la rotule qui représente un phénomène pathologique labile et qui, du point de vue juridique, peut être assimilé à une arthrose. Le traitement opératoire des luxations de la rotule ne visait pas, a priori, à corriger une anomalie du squelette gênant la capacité de gain et les phénomènes pathologiques qui lui étaient liés directement; en revanche, la thérapie entreprise tendait essentiellement à éliminer des symptômes secondaires. Enfin, dans le cas présent, les douleurs dorsales continues qui sont probablement imputables à une maladie de Scheuermann permettent de douter des chances d'un succès important et durable de la réadaptation, fixé comme condition par la loi.

L'intimée propose que le tribunal n'examine pas ce recours, présenté tardivement, ou le rejette éventuellement. Elle reprend, dans l'essentiel, ses arguments de première instance, et se réfère à un nouveau rapport détaillé du Dr H. du 23 février 1971.

Certains arguments contenus dans la réponse au recours et dans l'attestation médicale seront réexaminés dans les considérants ci-après.

L'OFAS a eu l'occasion de donner son avis, notamment en ce qui concerne les déclarations du Dr H. Dans sa réponse, il maintient son point de vue, à savoir que la chondropathie de la rotule — qu'elle soit classifiée parmi les affections dégénératives préarthrotiques ou parmi les nécroses osseuses aseptiques — devait être considérée comme une affection progressive, qui n'amenait à un état stabilisé qu'à sa phase finale. Dans le cas présent, le fait que la chondropathie soit provoquée par des subluxations habituelles de la rotule est sans importance, puisque celles-ci, elles non plus, ne peuvent constituer un état stable défectueux. L'opération entreprise avait par conséquent avant tout le caractère d'une intervention préventive. Il est d'ailleurs douteux que l'on puisse admettre ici une invalidité au sens des articles 4, 1<sup>er</sup> alinéa, et 8, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI. L'intimée était certes menacée par une maladie qui aurait pu conduire à une invalidité; néanmoins, le moment de la survenance de cette invalidité est encore absolument incertain, si bien que l'on ne peut pas parler, compte tenu de la pratique en vigueur, d'une menace d'invalidité imminente.

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

1. Le recours de droit administratif est parvenu à temps. En effet, le jugement cantonal attaqué a été notifié, c'est-à-dire remis à la poste le 26 novembre 1970, et la poste l'a remis à l'OFAS — selon une attestation de l'office postal — le 30 novembre 1970. Le délai de recours a commencé à courir le jour suivant, donc le 1<sup>er</sup> décembre 1970 (art. 32, 2<sup>e</sup> al., OJ). Aux termes de l'article 34, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre c, OJ, les délais fixés par la loi ou par le juge ne courent pas du 18 décembre au 1<sup>er</sup> janvier inclusivement. La suspension des délais signifie qu'un délai avant l'expiration duquel une suspension débute est prolongé de la durée de cette suspension (cf. Birchmeier, *Handbuch des OG*, p. 37, N3 ad art. 34 OJ). Si donc le délai de recours de 30 jours (art. 106, 1<sup>er</sup> al., OJ) a débuté le 1<sup>er</sup> décembre 1970, il aurait, sans la suspension, expiré le 30 décembre 1970; mais comme une suspension de 15 jours est intervenue dans la période du délai de recours, ce délai a été prolongé de 15 jours et a expiré dès lors le 14 janvier 1971 seulement. Le recours de droit administratif de l'OFAS est parvenu au TFA le 13 janvier 1971, donc avant l'expiration du délai (art. 32, 3<sup>e</sup> al., OJ); aussi est-il recevable, contrairement à la proposition principale de l'intimée.

2. a. Du point de vue du droit matériel, il faut examiner d'abord la question, soulevée par l'OFAS, de savoir s'il existe vraiment ici une invalidité au sens de la loi. En effet, l'existence ou la survenance imminente d'une invalidité est la condition sine qua non de toute prestation de PAI (cf. art. 8 LAI). Les doutes de l'OFAS — exprimés seulement dans la réplique — quant à l'existence d'une invalidité au sens de la LAI sont manifestement dénués de fondement dans le cas concret, puisque l'intimée a dû renoncer pour raisons de santé — à titre définitif, probablement — à exercer sa profession et devra se reclasser dans une autre activité selon ses possibilités. Dans ces conditions, on ne saurait douter sérieusement que les conditions générales et fondamentales de l'article 8, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, valables pour toutes les mesures de réadaptation de l'AI, soient remplies.

b. Selon l'article 12, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, l'assuré a droit (à la condition, remplie en l'espèce, énoncée par l'art. 8, 1<sup>er</sup> al., LAI) à la prise en charge des mesures médicales « qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont direc-

tement 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 ». Du point de vue juridique, « le traitement de l'affection comme telle » est représenté par chaque mesure médicale, qu'elle vise l'affection de base ou ses manifestations consécutives, tant qu'il existe un état pathologique labile. Une telle mesure ne vise donc pas directement la réadaptation. L'expression « phénomène pathologique labile » doit montrer le contraste, juridiquement important, par rapport à un état qui serait au moins relativement stabilisé. Lorsque la phase du phénomène pathologique labile est achevée, et alors seulement, on peut se demander, dans le cas des assurés majeurs, si une mesure médicale est une mesure de réadaptation. L'AI ne prend donc généralement en charge que les actes médicaux ayant pour but immédiat l'élimination ou la correction d'états défectueux stables ou de pertes de fonctions, autant qu'ils permettent de prévoir l'importance et la stabilité du résultat désiré au sens de l'article 12, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI. En revanche, elle n'assume pas les frais d'une mesure faisant partie du traitement de l'affection comme telle, même s'il est à prévoir qu'elle aboutira à un important succès de la réadaptation. Celui-ci, considéré en soi, ne constitue pas — dans le champ d'application de l'article 12 LAI — un critère de délimitation valable, et cela d'autant moins que toute mesure médicale, pratiquement, améliore aussi la capacité de gain lorsqu'elle est couronnée de succès. Les actes médicaux visant un phénomène pathologique labile font partie du traitement de l'affection comme telle même si l'infirmité traitée a pour cause un état de fait médical qui a donné droit, précédemment, à des prestations de l'AI, ou aurait pu y donner droit en vertu de l'article 12 ou de l'article 13 LAI (cf. ATFA 1969, pp. 97-98 et 101-102 = RCC 1969, p. 634; ATFA 1968, pp. 112-113 = RCC 1968, p. 429).

c. Se conformant à ces règles de principe, la jurisprudence n'a jamais considéré les opérations de l'articulation du genou comme des mesures de réadaptation de l'AI que si elles servaient à éliminer ou à corriger une défectuosité stable du squelette et ses suites mécaniques directes (ATFA 1969, p. 107 = RCC 1969, p. 638). Il faut s'en tenir à cette pratique, selon la décision prise par la cour plénière le 3 mai 1971 en la cause G., en ne considérant cependant comme des anomalies stables — ou du moins relativement stabilisées — du squelette que les défectuosités des os, et non pas celles des cartilages.

3. Dans l'espèce, l'assurée souffrait d'une chondropathie de la rotule qui, selon les déclarations du médecin traitant, le Dr H., était due à des subluxations patellaires habituelles et récidivantes. La chondropathie de la rotule est une dégénérescence du cartilage de la rotule et ne peut, par conséquent, d'après ce qui a été dit, être considérée comme une défectuosité stable ou du moins relativement stabilisée du squelette. Elle n'est cependant qu'une séquelle des subluxations patellaires habituelles et récidivantes qui, elles, ont été causées par des altérations pathologiques et anatomiques dans la région de l'articulation du genou. L'opération, qui consistait en une plastie de l'appareil extenseur par-dessus ladite articulation, avait pour but — toujours selon le Dr H. — de corriger les mouvements défectueux de la rotule et par conséquent d'empêcher le développement d'une arthrose dans cette articulation. Or, la luxation patellaire habituelle, qui a provoqué la dégénérescence du cartilage, n'est pas non plus une défectuosité stable du squelette, ainsi que le TFA l'a reconnu à plusieurs reprises (par exemple dans l'arrêt G. C., RCC 1971, p. 36). Par conséquent, l'opération litigieuse ne peut pas non plus être considérée comme servant à la réadaptation dans la mesure où elle visait à empêcher de nouvelles luxations. Puisque ce n'est pas une défectuosité stable du squelette qui était concernée par cette intervention, on peut se dispenser d'examiner si les symptômes secondaires auraient pu, dans l'appréciation

des faits, être placés au second rang. En outre, le but visé — empêcher, par l'opération, le développement d'une arthrose dans l'articulation — montre également le caractère préventif de cette intervention.

C'est à tort que l'intimée et le médecin traitant nient, en l'espèce, la validité des préjudices invoqués. En ce qui concerne notamment l'arrêt G. C. (RCC 1971, p. 36), les objections de l'intimée ne sont pas pertinentes, et ceci sur les trois points. Dans le cas G. C., en effet, la prise en charge de la patellectomie a été refusée en vertu de l'article 12 LAI — parce qu'il n'y avait pas lieu d'admettre une défectuosité stable du squelette — et non pas à cause de la future période d'activité trop brève. La gonarthrose, qui s'était formée dans ce cas-là par suite d'une luxation habituelle de la rotule, n'était pas non plus la raison principale du refus; il fut, bien plutôt, reconnu, indépendamment de cela, que la luxation patellaire récidivante n'était pas une défectuosité stable du squelette pouvant être l'objet de mesures médicales de réadaptation. Cela s'applique également au cas présent, où la luxation habituelle a conduit aussi à une séquelle instable, soit à la chondropathie de la rotule. Il n'existe donc pas de différence juridique. Enfin, dans le cas présent, le souci d'atténuer la douleur est aussi important que dans le cas G. C.; il convient de rappeler à l'intimée qu'elle a déposé sa demande à l'AI le 12 décembre 1969 en la motivant par des douleurs aux genoux. Il ne peut d'ailleurs y avoir de doute que l'opération a eu également pour effet d'atténuer la douleur, et que cet effet n'a pas été des moindres.

Le Dr H. allègue en outre que l'on ne pouvait, par cette opération, corriger toutes les déformations qui s'étaient produites dans la région de l'articulation du genou; il avait fallu se borner à corriger au mieux les mouvements de la rotule. Cela signifie sans doute que l'intervention litigieuse ne pouvait réaliser l'élimination ou la correction durable — généralement exigée par la jurisprudence — de l'atteinte proprement dite à la santé.

Par conséquent, si l'assurée ne présente pas de défectuosité stable, il n'y a pas lieu de déterminer si ses douleurs dorsales gênent sa capacité de gain dans une mesure pouvant compromettre le succès important et durable de sa réadaptation, but de l'opération effectuée.

Compte tenu de ces considérants, l'AI ne doit pas accorder des prestations pour l'opération pratiquée aux deux genoux et pour le traitement physiothérapeutique postopératoire; ces mesures sont, bien plutôt, du ressort de l'assurance-maladie. Par conséquent, le recours de l'OFAS doit être admis, et le jugement cantonal attaqué doit être annulé. La décision administrative du 16 mars 1970, qui refusait la prise en charge des mesures médicales, passe ainsi en force de chose jugée.

## RENTES

*Arrêt du TFA, du 21 juin 1971, en la cause I. D. (traduction de l'allemand).*

Articles 5, 1<sup>er</sup> alinéa, et 28, 3<sup>e</sup> alinéa, LAI; article 27 RAI. Si une ménagère retirait, avant d'être invalide, quelques revenus d'une occupation accessoire non négligeable, il y a lieu de tenir également compte du temps qu'elle y consacrait lorsqu'on détermine son degré d'invalidité selon la méthode de la comparaison des champs d'activité. On ne doit toutefois pas perdre de vue le problème de la réadaptation de cette assurée tant dans son ménage

que dans une autre activité, accessoire ou même prépondérante, selon les circonstances, mais convenant mieux à son état de santé.

*Articoli 5, capoverso 1, e 28, capoverso 3, della LAI; articolo 27 dell'OAI. Se le attività accessorie a carattere quasi professionale nell'ambito delle mansioni consuete di una casalinga hanno raggiunto un'entità piuttosto rilevante, allora se ne deve ugualmente tenere conto nel paragone dell'attività necessaria per la determinazione del suo grado d'invalidità. Si dovrà, in ciò, chiarire il problema dell'integrazione della assicurata e questo sia nell'ambito dell'attività di casalinga che con riguardo ad un'altra attività lucrativa adatta accessoria meglio rispondente al suo impedimento, o persino preponderante, se ne è il caso.*

L'assurée, née le 6 avril 1936, est mariée et mère de quatre enfants âgés de 6 à 14 ans; elle souffre d'une très faible acuité visuelle par suite de choréïdite disséminée binoculaire (inflammation de la choréïde). Selon l'appréciation de l'oculiste, elle présente une incapacité de travail de 50 pour cent jusqu'à nouvel avis depuis le 13 mars 1968; elle a dû suivre une cure d'un mois en automne 1968. L'assurée a appris le métier de couturière; après s'être mariée, elle se consacra essentiellement aux travaux ménagers, cousit et tricota en particulier pour ses enfants, mais également pour ses clientes; ces travaux manuels lui rapportèrent mensuellement 70 à 80 francs. Sa faible acuité visuelle l'obligea cependant à renoncer à la couture et au tricotage, ce qui entraîna la perte de son gain accessoire. Aussi a-t-elle demandé une rente AI en novembre 1969.

La commission AI rejeta la demande après avoir fait procéder à une enquête sur place et obtenu un rapport de l'oculiste. Une décision conforme fut notifiée à l'assurée le 26 mars 1970 par les soins de la caisse de compensation.

L'assurée recourut et réitéra sa demande de rente. Dans son préavis détaillé, la caisse de compensation proposa le rejet du recours, conclusion que le tribunal cantonal fit sienne par jugement du 5 novembre 1970, notifié le 29 décembre. En ce qui concerne l'évaluation de l'invalidité, le tribunal considéra la recourante comme ménagère et admit que son acuité visuelle suffisait pour l'accomplissement de ses travaux de ménage, l'affection des yeux ne la gênant guère dans cette activité. Si elle ne pouvait plus exécuter ses travaux à l'aiguille, on ne devait pas pour autant en déduire que son activité ménagère fût restreinte pour plus de 50 pour cent.

L'assurée interjeta recours de droit administratif auprès du TFA. Elle conclut à l'annulation du jugement attaqué et au renvoi du dossier à l'administration compétente, afin que cette dernière détermine s'il y a cas pénible en l'espèce. La recourante fait valoir qu'elle ne peut profiter de sa vue encore relativement bonne, car son acuité visuelle baisse rapidement par suite de fatigue excessive des yeux; aussi est-elle très gênée dans son activité de ménagère. Elle ne peut effectuer les travaux culinaires tels que l'épluchage des légumes et des fruits; elle ne peut non plus faire la vaisselle et l'essuyer, ni nettoyer les casseroles et le fourneau, à moins de vérifier la propreté de chaque objet en le tâtonnant. Les travaux de nettoyage quotidiens ne sont possibles qu'avec l'aide des enfants; elle n'aperçoit ni la poussière, ni la saleté. Elle ne peut donc plus assumer seule les nettoyages de printemps. Lorsqu'elle suspend le linge pour le sécher, elle doit également travailler à tâtons. Elle est obligée de confier à des tiers les travaux de repassage délicats. Tous les travaux de couture, de raccommodage et de tricotage lui sont impossibles et elle doit donc faire appel à l'aide d'autrui pour les exécuter. Enfin, elle ne peut plus faire de jardinage, ni contrôler les devoirs scolaires de ses enfants.

La caisse de compensation et l'OFAS proposent d'admettre ce recours de droit administratif et de renvoyer la cause à la commission AI; la caisse estime qu'une expertise devrait être demandée à un médecin spécialisé, tandis que l'OFAS considère qu'il faut examiner la question de la réadaptation.

Le TFA a admis le recours pour les motifs suivants :

1. L'assurée peut prétendre une rente si elle est invalide pour la moitié au moins. Si l'invalidité se situe entre un tiers et la moitié, il faut décider s'il s'agit d'un cas pénible au sens de l'article 28, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI.

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<sup>e</sup> alinéa, LAI, d'après la perte de gain due à l'invalidité (comparaison des revenus), car 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 (art. 4, 1<sup>er</sup> al., LAI). 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<sup>er</sup> alinéa, LAI (art. 5, 1<sup>er</sup> al., LAI; art. 27 RAI). Par travaux habituels de la ménagère, on désigne, selon l'article 27, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI, son activité usuelle dans le ménage et, le cas échéant, dans l'entreprise de son mari, ainsi que l'éducation des enfants.

2. Dans son évaluation de l'invalidité, l'autorité de première instance a considéré la recourante avec raison comme une personne sans activité lucrative. En effet, une ménagère mariée qui, avant la survenance de l'invalidité, n'avait qu'un gain accessoire minime en dehors de la tenue d'un grand ménage doit être considérée comme « non active » (cf. ATFA 1968, p. 219/220, RCC 1969, p. 179). De ce fait, l'invalidité doit être appréciée en fonction de l'empêchement rencontré par la recourante dans l'ensemble de son activité.

3. L'exécution de travaux de couture et de divers autres travaux manuels avait pris une place importante dans le champ d'activité de la recourante à cause du métier qu'elle avait appris, et aussi pour des motifs économiques. Ainsi qu'il appert du dossier, l'affection oculaire de l'assurée réduit fortement son acuité visuelle à courte distance et la fatigue rapidement lorsqu'elle accomplit des travaux de précision. Il est dès lors vraisemblable qu'elle soit devenue pratiquement incapable de travailler dans un secteur particulièrement important de ses activités habituelles. Cependant, les travaux de couture ne représentent somme toute qu'une partie (certes non négligeable) de son champ d'activité. Dans l'accomplissement de nombreuses besognes ménagères, l'assurée n'est pas gênée ou ne l'est que légèrement, alors qu'elle subit effectivement un empêchement sérieux quand il s'agit d'éplucher ou bien de se livrer à certains travaux de nettoyage. Dans une telle situation, l'invalidité ne peut, en l'état du dossier, être constatée avec une certitude suffisante, d'autant moins qu'il ne faut pas exclure l'existence d'un cas pénible. Dès lors, conformément aux conclusions de la recourante, la cause sera renvoyée à la commission AI pour examen complémentaire et nouvelle appréciation du degré d'invalidité, compte tenu d'un éventuel cas pénible. Lors de ce réexamen, l'administration devra observer spécialement les points suivants :

a. On vérifiera d'abord les obstacles allégués dans l'exécution de certains travaux ménagers, tels que la recourante les énonce dans son recours de droit administratif; au besoin, on fera appel à un médecin spécialisé.

b. Il faudra également, conformément au préavis de l'OFAS, élucider la question de la réadaptation, en considérant aussi bien l'activité de ménagère que toute activité lucrative, accessoire ou même principale, qui conviendrait mieux à l'assurée, compte tenu de toutes les circonstances déterminantes d'ordre personnel, familial et économique et de son état de santé. En effet, malgré l'existence d'une invalidité éventuelle dont l'ampleur serait en soi suffisante pour ouvrir droit à des prestations pécuniaires de l'AI, l'on ne doit pas écarter la possibilité de trouver pour l'assurée, grâce à des mesures de réadaptation adéquates, une activité excluant le droit à la rente, d'autant plus qu'elle n'a que 35 ans et a donc encore devant elle une longue période d'activité.

c. Au cas où il se révélerait que l'assurée a droit à une rente, il faudrait examiner à quelle date ce droit a pris naissance (cf. art. 29, 1<sup>er</sup> al., et art. 48 LAI).

*Arrêt du TFA, du 2 février 1971, en la cause A. V.<sup>1</sup>*

Article 28, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI. Si les montants exacts qui permettraient de procéder à une comparaison de revenus ne peuvent être établis, l'on pourra, à titre exceptionnel, renoncer à déterminer le degré d'invalidité en comparant des revenus évalués en chiffres absolus, et préférer à cette méthode une comparaison de revenus exprimés en degrés.

*Articolo 28, capoverso 2, della LAI. Se gli importi esatti, che devono servire per un rapporto dei redditi, non possono essere stabiliti, si potrà, eccezionalmente, determinare il grado d'invalidità, invece che con un confronto in cifre assolute, paragonando i redditi espressi in percentuale.*

L'assuré, né en 1920, marié, père de sept enfants, est agriculteur indépendant. Il s'est annoncé en mars 1966 à l'AI en requérant l'octroi d'une rente. Il présente une « cyphoscoliose dorso-lombaire grave avec début de spondylarthrose », ainsi que cela ressort d'un rapport médical du 7 avril 1966 qui concluait à une invalidité de 30 à 40 pour cent. Par prononcé du 15 novembre 1966 de la commission AI, il fut toutefois reconnu invalide à 100 pour cent. Aussi une rente entière simple, assortie de rentes complémentaires, lui fut-elle accordée dès le 1<sup>er</sup> octobre 1965, sous réserve de révision au 31 octobre 1969 (décision du 1<sup>er</sup> février 1967 de la caisse de compensation).

Un nouveau rapport fut demandé au médecin en octobre 1969. Le 20 novembre 1969, celui-ci posa le diagnostic suivant: « Très forte scoliose dorso-lombaire dextroconvexe, avec glissement de L2 sur L3. Ostéocondrose intervertébrale. Status après opération pour hernie hiatiale » (subie en 1968). Il concluait à une invalidité de 50 pour cent. Par prononcé du 16 décembre 1969, la commission précitée se rallia au taux retenu par le médecin. Par conséquent, le service de la rente entière fut remplacé par celui d'une demi-rente à partir du 1<sup>er</sup> février 1970, conformément à une décision de la caisse de compensation du 14 janvier 1970.

L'assuré recourut contre cet acte administratif, en relevant que son état avait empiré.

<sup>1</sup> Cf. commentaire de l'OFAS, p. 593.

Une enquête sociale fut faite, à la suite de laquelle l'administration déclara maintenir sa décision.

Par jugement du 10 juillet 1970, l'autorité cantonale rejeta le recours. Les premiers juges ont estimé en bref que, si l'octroi d'une rente entière « avait pu se justifier durant un certain temps par le recours plus important à une main-d'œuvre étrangère à la famille comme aussi par des périodes d'incapacité totale de travail due à des opérations », celui d'une demi-rente s'imposait désormais; « le domaine étant de moyenne importance... et l'activité du recourant pouvant s'étendre à tous les travaux légers, ainsi qu'à l'emploi de la plupart des machines », l'incapacité de travail n'atteignait, sur le plan économique, « certainement plus 66 <sup>2</sup>/<sub>3</sub> pour cent, même si l'épouse et le fils aîné accomplissent encore une part importante des tâches agricoles ».

L'assuré a déféré ce jugement au TFA en alléguant que son état ne s'était pas amélioré et qu'il avait dû être hospitalisé du 20 juillet au 8 août 1970. Il relevait en outre avoir dû renoncer à louer 169 ares.

La caisse intimée a produit un avis de la commission AI. Cette dernière estime que le recours n'est pas fondé; elle se déclare cependant prête à réexaminer le cas de l'assuré, au regard des faits nouveaux allégués.

Dans son préavis, l'OFAS propose de rejeter le recours. Il estime que l'administration était en droit de reconsidérer la décision — sans nul doute erronée — accordant une rente entière à l'assuré.

Le TFA a partiellement fait droit aux conclusions du recourant dans le sens d'un renvoi de la cause à la commission AI pour complément d'instruction, selon les motifs suivants:

1. a. 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 jurisprudence a précisé qu'une révision suivant cette disposition est possible en cas de modification des répercussions économiques d'une atteinte à la santé qui, elle, n'a pas changé (v. ATFA 1968, p. 187).

D'autre part, l'administration a la faculté de revenir sur une décision sans nul doute erronée, lorsque la correction de cette dernière revêt une importance appréciable (voir par exemple ATFA 1967, p. 217, 1966, p. 53; RCC 1964, p. 397 et les arrêts cités).

b. D'après l'article 28, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide pour les deux tiers au moins, et à une demi-rente s'il est invalide pour la moitié au moins. Dans les cas pénibles, cette demi-rente peut être allouée lorsque l'assuré est invalide pour le tiers au moins.

Pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'assuré devenu invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28, 2<sup>e</sup> al., LAI).

Suivant l'article 25, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI, les revenus déterminants pour l'évaluation de l'invalidité d'un indépendant qui exploite une entreprise en commun avec des membres de sa famille sont fixés d'après l'importance de sa collaboration.

D'autre part, les dispositions des articles 10, 2<sup>e</sup> alinéa, et 31, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, attribuent à la réadaptation, par principe, la priorité sur l'octroi d'une rente (ATFA 1965, p. 47; 1962, p. 41 = RCC 1962, p. 439). Il en est de toute façon ainsi lorsqu'on peut attendre d'un assuré qu'il se soumette à des mesures de réadaptation aptes à

lui procurer une capacité de gain excluant le droit à la rente. Par conséquent, l'assuré qui a demandé une rente AI ne peut prétendre une telle prestation lorsqu'on peut exiger de lui qu'il se soumette à des mesures de réadaptation (voir par exemple RCC 1970, pp. 162, 331, 395, 400; 1969, p. 424).

La Cour de céans s'est penchée à plusieurs reprises sur l'estimation de l'invalidité d'agriculteurs. Elle a constaté, s'agissant d'assurés de cette catégorie, voire d'autres assurés encore, qu'il est souvent très difficile de déterminer les revenus auxquels se réfère l'article 28, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI. Elle a alors admis la fixation du degré d'invalidité en fonction des répercussions économiques entraînées dans le cas d'espèce par l'atteinte à la capacité de travail, sans procéder à une estimation concrète des revenus à comparer suivant les règles légales (voir par exemple ATFA 1962, p. 143; RCC 1962, p. 481; RCC 1969, pp. 485, 699).

Cette jurisprudence a fait l'objet d'une étude de G. Vetsch dans un ouvrage intitulé « Die Bemessung der Invalidität nach dem IVG vom 19. Juni 1959 » (thèse Zurich 1968; pp. 191 ss, 207 ss). L'auteur laisse entendre que le TFA s'est écarté du système prescrit à l'article 28, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI, dans ces cas particuliers. Cette opinion peut paraître fondée, au premier abord. Pourtant, il n'a jamais été question d'abandonner les principes légaux d'évaluation de l'invalidité. La Cour de céans a simplement renoncé, dans un nombre restreint de cas spéciaux, à comparer des revenus hypothétiques après les avoir évalués en chiffres absolus pour préférer à cette méthode une comparaison de revenus exprimés en degrés: le revenu hypothétique que l'assuré réaliserait sans invalidité correspond alors à un taux de 100 pour cent et ne doit pas nécessairement être mentionné expressément; le revenu réalisable en utilisant la capacité résiduelle de travail est exprimé par un taux inférieur, fixé en tenant compte des constatations de nature médicale et des autres circonstances déterminantes, notamment des données de l'expérience. Ce procédé d'évaluation peut du reste être fort utile lorsque la détermination concrète des revenus à comparer entraînerait des démarches administratives excessivement compliquées, surtout s'il apparaît d'emblée que l'octroi d'une rente entre ou au contraire n'entre pas en considération.

2. Il ressort des pièces que l'assuré ne saurait être soumis à des mesures de réadaptation professionnelle — sous réserve peut-être de moyens auxiliaires (tel est notamment l'avis du médecin).

Il faut donc examiner la question du droit à la rente. Or, il n'est pas possible d'évaluer le taux d'invalidité que présentait l'assuré au moment — déterminant pour le juge (ATFA 1965, p. 200) — où fut prise la décision litigieuse. Il n'est pas certain qu'une comparaison en chiffres absolus des revenus à prendre en considération suivant l'article 28, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI soit impossible en l'occurrence, au regard notamment des dossiers fiscaux et des éléments recueillis lors de la plus récente enquête sociale, dont les constatations doivent être rapprochées des renseignements recherchés auprès de l'administration des impôts. Une évaluation de l'invalidité selon la méthode ordinaire paraît d'autant plus souhaitable que le rapport du médecin et les résultats de la dernière enquête économique ne semblent pas particulièrement adéquats pour servir de base à une estimation convaincante de l'invalidité, selon la méthode extraordinaire. On ne saurait notamment en déduire d'emblée que l'octroi d'une rente se justifiait ou non. Une expertise pourrait dès lors se révéler indispensable.

Il faut par conséquent renvoyer la cause à l'administration, pour instruction complémentaire. S'il s'avérait que l'invalidité n'atteignait pas les deux tiers le 14 janvier 1970, il faudrait admettre

- soit que les conditions d'une revision étaient alors remplies, même en l'absence d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré,
- soit que la décision accordant une rente entière était sans nul doute erronée, en quel cas les organes de l'assurance étaient fondés à la reconsidérer, conformément aux principes établis par la jurisprudence (voir par exemple ATFA 1967, p. 217, et 1966, p. 53 — où l'alternative susmentionnée ne se présentait pas, en raison des périodes de revision prévues à l'art. 41 ancien LAI; RCC 1964, p. 397, et les arrêts cités).

Dans la seconde éventualité toutefois, la question de la restitution de prestations touchées indûment se poserait; mais il n'est pas nécessaire d'examiner ici ce problème plus avant (voir cependant ATFA 1967, p. 217).

## Table des matières pour l'année 1971

### A. L'ASSURANCE-VIEILLESSE ET SURVIVANTS

#### Généralités

Vers la nouvelle base constitutionnelle de l'AVS/AI . . . . .	161
Repères AVS . . . . .	226
L'imposition du tabac en faveur de l'AVS . . . . .	284
Liste des textes législatifs et des instructions de l'OFAS . . . . .	392
La 8 <sup>e</sup> revision de l'AVS en route . . . . .	502
A propos de la 8 <sup>e</sup> revision de l'AVS . . . . .	575

#### Cotisations

##### *Obligation de cotiser et conditions d'assurance*

L'obligation des bénéficiaires de rentes AI de payer les cotisations . . . . .	335
Jurisprudence . . . . .	299, 343

##### *Salariés*

Rectification à propos des directives sur le salaire déterminant . . . . .	335
Jurisprudence . . . . .	27, 90

##### *Indépendants*

Jurisprudence . . . . .	30, 148, 150, 192, 194
-------------------------	------------------------

##### *Calcul et perception*

Jurisprudence . . . . .	250, 415, 468, 472
-------------------------	--------------------

##### *Remboursement*

Remboursement de cotisations aux étrangers et aux apatrides . . . . .	136
---	-----

## Prestations

### *Généralités*

Imposition des rentes AVS et AI . . . . .	19
Statistique des rentes AVS de l'année 1969 . . . . .	108
Jurisprudence . . . . .	477

### *Rentes extraordinaires*

Droit à la rente extraordinaire:

Durée minimale de séjour pour les réfugiés . . . . .	16
--	----

### *Calcul des rentes*

La revalorisation du revenu moyen tiré d'une activité lucrative . . . . .	181, 294
A propos du calcul des rentes . . . . .	594
Jurisprudence . . . . .	300, 303

### *Paiement des rentes*

Paiement de rentes sur un compte de chèques postaux . . . . .	17, 458
Les nouvelles dispositions concernant le paiement des rentes . . . . .	189

### *Allocations pour impotents*

Jurisprudence . . . . .	32, 151
-------------------------	---------

## Organisation et procédure

La correction d'inscriptions au CI . . . . .	15
Le numéro d'assuré de onze chiffres . . . . .	23
Numéros d'assuré des Portugais . . . . .	243
Répétition du microfilmage des CI . . . . .	247
Association des caisses de compensation communales du canton de Berne . . . . .	294
Le nouveau numéro AVS . . . . .	383
La tenue des CI par les employeurs . . . . .	535
La délégation de la tenue des CI . . . . .	595
Subsides aux caisses cantonales de compensation . . . . .	595
Jurisprudence . . . . .	253, 417, 474, 478, 480, 546, 549

## Divers

Le traitement électronique des données dans l'AVS . . . . .	140
Fonds de compensation AVS/AI/APG . . . . .	188, 413, 465
Commission fédérale de l'AVS/AI . . . . .	342
L'AVS et la réévaluation du franc suisse . . . . .	410
Chronique mensuelle . . . . .	1, 43, 99, 100, 159, 205, 274, 321, 369, 370, 441, 442, 501, 502, 565, 566
Bibliographie . . . . .	85

### *Interventions parlementaires*

Postulat Bachmann du 27 janvier 1971 . . . . .	144, 465
Petite question Gerosa du 15 mars 1971 . . . . .	184, 246
Petite question Mugny du 15 mars 1971 . . . . .	185, 297
Postulat Bussey du 16 mars 1971 . . . . .	247, 543

Motion Duvanel du 16 mars 1971 . . . . .	186
Postulat Dafflon du 1 <sup>er</sup> juin 1971 . . . . .	339, 543
Petite question Dellberg du 1 <sup>er</sup> juin 1971 . . . . .	339, 543
Petite question König du 16 juin 1971 . . . . .	340, 463
Petite question Allgöwer du 20 septembre 1971 . . . . .	464, 543
Petite question urgente Eggenberger du 30 novembre 1971 . . . . .	596

## B. L'ASSURANCE-INVALIDITÉ

### Généralités

Remarques à propos des directives sur l'invalidité et l'impotence . . . . .	82
L'exercice 1970 de l'AI . . . . .	282
Liste des textes législatifs et des instructions de l'OFAS . . . . .	392

### Prestations (droit aux prestations en général)

Jurisprudence . . . . .	196, 306, 550
-------------------------	---------------

### Prestations: Mesures de réadaptation

#### *Généralités*

Mesures de réadaptation appliquées peu avant la limite d'âge AVS . . . . .	79
La statistique des mesures de réadaptation de 1969 . . . . .	237
La notion de « mineurs » étrangers et apatrides au sens de l'article 9 LAI . . . . .	406
Du rôle de la volonté dans la réadaptation . . . . .	537
Jurisprudence . . . . .	153, 254, 349

#### *Mesures médicales (art. 12 LAI)*

La mobilisation de l'étrier dans l'otosclérose . . . . .	77
Mesures physiothérapeutiques en cas de paralysie chez des assurés mineurs . . . . .	136
Mesures médicales appliquées à la maladie de Perthès . . . . .	331
Cures de bains répétées au titre de mesures médicales de réadaptation . . . . .	335
Jurisprudence . . . . .	36, 37, 351, 355, 481, 558, 599

#### *Mesures médicales (art. 13 LAI)*

Infirmités congénitales: supraccluse . . . . .	137
La revision de l'OIC . . . . .	509
Jurisprudence . . . . .	92, 257

#### *Mesures d'ordre professionnel*

Orientation professionnelle, stages d'information servant à l'instruction de la demande . . . . .	80
Aide en capital pour l'acquisition de machines agricoles . . . . .	83
Réadaptation professionnelle et société industrielle . . . . .	116
Réadaptation professionnelle d'étrangers invalides . . . . .	407
Placement: A propos de la notion d'outils personnels . . . . .	407
Aide en capital: Expertise concernant des installations . . . . .	407
Aide en capital: Les ouvriers à domicile . . . . .	459
Jurisprudence . . . . .	95, 260, 262, 346

### *Formation scolaire spéciale*

Une « Université pour la réadaptation » . . . . .	245
Les mesures visant à développer l'élocution des enfants débiles mentaux . . . . .	286
Subsides pour la formation scolaire spéciale et pour les soins spéciaux des mineurs impotents . . . . .	592
Jurisprudence . . . . .	307, 554, 561

### *Moyens auxiliaires*

Yeux artificiels . . . . .	81
Bibliothèque sonore pour aveugles . . . . .	336
Jurisprudence . . . . .	311, 313, 359, 363, 420, 484

### **Prestations en espèces**

#### *Indemnités journalières*

Cumul de l'indemnité journalière AI et de la rente de l'assurance militaire . . . . .	82
Cumul de l'indemnité journalière AI et de l'indemnité journalière de la CNA dans des cas spéciaux . . . . .	287
Jurisprudence . . . . .	427

#### *Rentes*

La statistique des rentes AI de l'année 1969 . . . . .	167
Période de prise en considération du revenu moyen d'ouvriers qualifiés et semi-qualifiés arrêté par l'OFAS . . . . .	408
Termes de revision . . . . .	459
A propos de l'évaluation de l'invalidité . . . . .	593
Jurisprudence . . . . .	40, 155, 201, 265, 316, 365, 429, 432, 435, 437, 487, 489, 495, 603, 606

#### *Remboursement des frais*

Remboursement des frais de transport en cas d'utilisation de véhicules à moteur privés . . . . .	535
--	-----

### **Organisation et procédure**

Le tarif médical de l'AI . . . . .	87
Le statut des stagiaires dans les offices régionaux . . . . .	176
Affranchissement à forfait; envoi des attestations pour indemnités journalières (nouvelle formule 318.562) . . . . .	176
Honoraires des logopédistes . . . . .	460
Extrait du rapport annuel d'une commission AI . . . . .	536
Expertises faites dans des stations d'observation psychiatriques ou de pédagogie curative . . . . .	591
Jurisprudence . . . . .	198, 309, 424, 491

### **Encouragement de l'aide aux invalides**

Subventions AI pour la construction et les agencements . . . . .	84, 293
Nouvelles institutions pour invalides . . . . .	87
Société du séminaire de pédagogie curative de Zurich . . . . .	295
Fédération des parents de handicapés mentaux . . . . .	295

Les ateliers protégés en Suisse . . . . .	379
L'encouragement du sport des invalides par l'AI . . . . .	382
Coup d'œil sur l'activité d'un institut pour aveugles . . . . .	460

#### Divers

Mesures en faveur des handicapés dans le domaine de la construction . . . . .	20
Dixième journée du sport des invalides . . . . .	410
Prix pour un travail consacré à l'épilepsie . . . . .	410
Chronique mensuelle . . . . .	43, 99, 205, 274, 321, 322, 441, 501, 502, 565
Bibliographie . . . . .	141, 182, 183, 296, 462, 540, 596

#### *Interventions parlementaires*

Postulat Hofstetter, du 7 octobre 1970 . . . . .	338
Petite question Chopard, du 30 novembre 1970 . . . . .	142
Postulat Flubacher, du 14 décembre 1970 . . . . .	22, 541
Petite question Eggenberger, du 16 décembre 1970 . . . . .	23, 142
Postulat Eggenberger, du 3 mars 1971 . . . . .	183
Petite question Haller, du 3 mars 1971 . . . . .	184, 296
Postulat Tanner, du 8 mars 1971 . . . . .	411
Postulat Sauser, du 15 mars 1971 . . . . .	185
Postulat Müller-Lucerne, du 17 mars 1971 . . . . .	187
Postulat Chopard, du 18 mars 1971 . . . . .	187, 465
Petite question Hofstetter, du 21 juin 1971 . . . . .	341, 464
Motion Müller-Berne, du 6 octobre 1971 . . . . .	540
Petite question Rasser, du 6 octobre 1971 . . . . .	540
Petite question Baumann, du 7 octobre 1971 . . . . .	541

### C. LES PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES ET LES PROBLÈMES DE LA VIEILLESSE

#### Généralités sur les PC

La revision des PC . . . . .	1, 57, 103
Liste des textes législatifs et des instructions de l'OFAS . . . . .	392
Les PC à l'AVS/AI en 1970 . . . . .	586

#### PC des cantons

Remboursement séparé des frais de maladie et montant des PC mensuelles . . . . .	18
Adaptation des lois cantonales à la revision de la LPC . . . . .	23, 88, 145, 189, 247, 297
Problèmes de sous-location . . . . .	137
Prestations d'une fondation de prévoyance en faveur des handicapés mentaux . . . . .	139
Délimitation entre les allocations pour enfants et les subsides pour formation professionnelle . . . . .	139
Déduction des frais de maladie; quotité disponible . . . . .	177

Prise en charge totale ou partielle des frais d'hospitalisation par une caisse-maladie et imputation du montant prévu pour la contribution aux frais d'entretien . . . . .	178
Règlementations spéciales des cantons . . . . .	288
Compensation de créances en restitution . . . . .	290
Déduction de frais de maladie et de dépenses faites pour des moyens auxiliaires	290
Solution transitoire pour les frais de maladie et franchise . . . . .	408
PC du canton de Thurgovie . . . . .	597

#### Divers à propos des PC

Chronique mensuelle . . . . .	43, 44, 273
Informations . . . . .	190
Jurisprudence . . . . .	41, 98, 269, 271, 272, 367, 498

#### Problèmes de la vieillesse

L'abonnement pour les personnes âgées . . . . .	244
Bibliographie . . . . .	141, 182, 246, 296, 411, 463, 596

#### *Interventions parlementaires*

Motion Weber-Zurich, du 1 <sup>er</sup> décembre 1969 . . . . .	21
Postulat Broger, du 19 décembre 1969 . . . . .	22
Petite question von Arx, du 25 janvier 1971 . . . . .	86, 463
Postulat von Arx, du 26 janvier 1971 . . . . .	143

### D. LA PRÉVOYANCE-VIEILLESSE, SURVIVANTS ET INVALIDITÉ

La future institution de prévoyance-vieillesse, survivants et invalidité . . . . .	20
Avant-projet de nouvelle base constitutionnelle en matière de prévoyance-vieillesse, survivants et invalidité . . . . .	101
Le rapport sur l'encouragement de la prévoyance-vieillesse professionnelle devant le Conseil des Etats . . . . .	159
Le deuxième pilier . . . . .	164, 230, 274, 324, 580
La prévoyance pour les cas de vieillesse, d'invalidité et de décès, considérée dans le cadre de la politique sociale moderne . . . . .	206
Les possibilités et les limites d'une solidarité conçue dans le cadre des générations et des revenus . . . . .	217
La révision du code des obligations (contrat de travail) et ses répercussions sur la prévoyance-vieillesse professionnelle . . . . .	454
La révision de la Constitution fédérale dans le domaine de la prévoyance-vieillesse, survivants et invalidité . . . . .	569
Chronique mensuelle . . . . .	43, 99, 100, 159, 205, 441
Bibliographie . . . . .	141, 245, 539, 540, 596
Motion Hofstetter, du 5 mars 1970 . . . . .	86

## E. ALLOCATIONS AUX MILITAIRES POUR PERTE DE GAIN

Liste des textes législatifs et des instructions de l'OFAS . . . . .	392
Chronique mensuelle . . . . .	99
Postulat Chopard, du 18 mars 1971 . . . . .	187, 465

## F. ALLOCATIONS FAMILIALES

Genres et montants des allocations familiales . . . . .	11
Le droit aux allocations familiales des personnes travaillant en qualité de salariés à titre accessoire ou temporaire . . . . .	125
Montants minima des allocations familiales prévues par les lois cantonales	333

### Nouvelles des cantons

Zoug . . . . .	597
Glaris . . . . .	248
Fribourg . . . . .	24
Soleure . . . . .	248, 342
Bâle-Ville . . . . .	88
Bâle-Campagne . . . . .	25, 88
Schaffhouse . . . . .	467, 597
Appenzell Rh. Ext. . . . .	544
Grisons . . . . .	545
Thurgovie . . . . .	88
Tessin . . . . .	145
Vaud . . . . .	25, 145
Neuchâtel . . . . .	467
Genève . . . . .	248, 297

### Divers

Allocations familiales dans l'industrie horlogère . . . . .	89
Bibliographie . . . . .	246
Lois cantonales sur les allocations familiales . . . . .	298

## G. AFFAIRES INTERNATIONALES

Assemblée générale de l'AISS . . . . .	18
Convention franco-suisse sur l'AVS: Remboursement des cotisations AVS à l'assuré qui n'a pas droit à une rente . . . . .	175
Le statut des saisonniers étrangers dans la sécurité sociale suisse . . . . .	373
Liste des conventions internationales . . . . .	392

Cinquième congrès des actuaires et des statisticiens de l'AISS . . . . .	452
Chronique mensuelle . . . . .	273, 441, 442, 565

## H. DIVERS

Janvier 1971, un mois important dans l'histoire de nos assurances sociales	45
Les tâches principales de l'Office fédéral des assurances sociales en 1971 . .	44
La compensation financière . . . . .	178
Professions du travail social . . . . .	179
Affaires sociales et papperasse . . . . .	180
Le TFA en 1970 . . . . .	241
Grandes lignes de la politique gouvernementale durant la législature 1967-1971	322
A propos de l'organisation de l'OFAS . . . . .	370
AVS/AI/APG/PC et compte d'Etat . . . . .	409
L'extension de l'assurance sociale . . . . .	442
Secours suisse d'hiver . . . . .	538
Une année s'achève . . . . .	566
Une relève à la Centrale de compensation . . . . .	590
Nouvelles personnelles . . . . . 26, 89, 147, 249, 298, 342, 414, 467, 545, 598	
† Walter Tobler . . . . .	85
Répertoire d'adresses . . . . . 25, 89, 147, 191, 249, 467	
Catalogue des imprimés . . . . . 190, 414, 598	
Chronique mensuelle . . . . . 273, 501	
Bibliographie . . . . . 142, 245, 246, 462, 596	

### *Interventions parlementaires*

Postulat Junod, du 26 janvier 1971 . . . . .	143, 541
Interpellation von Arx, du 15 mars 1971 . . . . .	186
Petite question Schuler, du 16 juin 1971 . . . . .	340
Motion Wyer, du 23 juin 1971 . . . . .	412
Motion Rohner, du 24 juin 1971 . . . . .	412