



OFFICE FÉDÉRAL DES ASSURANCES SOCIALES

# RCC

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

ANNÉE 1966

## Abréviations

ACF	Arrêté du Conseil fédéral
AI	Assurance-invalidité
AO	Arrêté fédéral concernant l'organisation du TFA et la procédure à suivre devant ce tribunal
APG	Allocations aux militaires pour perte de gain
ATF	Arrêts du Tribunal fédéral
ATFA	Arrêts du TFA
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
CCS	Code civil suisse
CIC	Compte individuel des cotisations
CNA	Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents
CO	Code des obligations
CPS	Code pénal suisse
FF	Feuille fédérale
IDN	Impôt pour la défense nationale
LAI	Loi sur l'assurance-invalidité
LAM	Loi sur l'assurance militaire
LAMA	Loi sur l'assurance-maladie et accidents
LAPG	Loi sur les APG
LAVS	Loi sur l'AVS
LFA	Loi sur les allocations familiales dans l'agriculture
LIPG	Legge sulle indennità ai militari per perdita di guadagno
LP	Loi sur la poursuite pour dettes et la faillite
LPC	Loi fédérale sur les PC
OAI	Ordinanza di esecuzione della legge su l'assicurazione per l'invalidità
OAVS	Ordinanza d'esecuzione sull'AVS
OFA	Ordinanza d'esecuzione della LFA
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OIC	Ordonnance concernant les infirmités congénitales
OIPG	Ordinanza d'esecuzione della LIPG
OPC	Ordonnance relative à la LPC
OR	Ordonnance sur le remboursement aux étrangers et aux apatrides des cotisations versées à l'AVS
<b>Ord. P.</b>	<b>Ordonnance concernant l'organisation et la procédure du TFA dans les causes relatives à l'AVS</b>
<b>AVS</b>	
PC	Prestations complémentaires à l'AVS/AI
RAI	Règlement d'exécution de la LAI
RAPG	Règlement d'exécution de la LAPG
RAVS	Règlement d'exécution de la LAVS
RFA	Règlement d'exécution de la LFA
RO	Recueil des lois fédérales
RS	Recueil systématique des lois et ordonnances
TFA	Tribunal fédéral des assurances

## CHRONIQUE MENSUELLE

L'Office fédéral des assurances sociales a organisé, sous la présidence de M. A. Granacher, des *séances d'instruction pour les reviseurs* des bureaux de revision externes. Les personnes de langue allemande se sont réunies le 3 décembre, celles de langues française et italienne le 10 décembre. L'objet de ces séances était les nouvelles instructions du 15 octobre 1965 aux bureaux de revision ayant mandat de reviser les caisses de compensation AVS. Tous les bureaux en question y étaient représentés.

\*

Une *commission spéciale* s'est réunie le 7 décembre sous la présidence de M. Granacher, de l'Office fédéral, pour étudier les questions que posent les décomptes des cantons concernant les subventions fédérales aux *prestations complémentaires*. Elle a discuté en outre le problème des données statistiques à fournir par les cantons dans le domaine de ces prestations.

\*

Le *Conseil des Etats* a approuvé, le 14 décembre, trois *conventions d'assurances sociales* conclues par la Suisse. Deux d'entre elles avaient déjà reçu l'approbation du Conseil national le 30 novembre, de sorte que la procédure de ratification va pouvoir être entamée pour ces deux accords. Il s'agit, d'une part, de la convention de sécurité sociale, conclue le 25 février 1964 avec la *République fédérale d'Allemagne* et, d'autre part, de la convention complémentaire avec l'*Autriche*, du 20 février 1965. Les caisses de compensation seront informées en temps opportun et par circulaire, comme d'habitude, de la date d'entrée en vigueur de ces conventions et des modalités de leur application.

Quant à la troisième de ces conventions, l'accord révisé du 3 septembre 1965 avec le *Liechtenstein*, elle sera vraisemblablement soumise à l'approbation du Conseil national au cours de la session de printemps.

\*

Dans sa session de décembre 1965, le Conseil national a examiné le *projet de loi modifiant la LFA*. Il s'est rallié aux décisions du Conseil des Etats d'augmenter les allocations pour enfants de 15 à 25 francs en région de plaine et de

20 à 30 francs en zone de montagne, de relever la limite de revenu à 8000 francs et de reporter, pour les enfants donnant droit aux prestations, la limite d'âge de 15 à 16 ans. Par ailleurs, il a adopté, par 107 voix contre 34, un nouvel article 5 bis visant à atténuer les effets de la brusque suppression du droit aux allocations lorsque le revenu dépasse la limite légale. Enfin, le Conseil national a décidé de reporter la limite d'âge de 20 à 25 ans pour les enfants qui font des études ou un apprentissage.

Au cours des débats portant sur les divergences entre les deux Chambres, le Conseil des Etats a rejeté, par 27 voix contre 5, la solution plus souple proposée par le Conseil national en ce qui concerne les limites de revenu; par 17 voix contre 14, il s'est aussi opposé au relèvement de la limite d'âge pour les enfants qui poursuivent leur formation. Lors de sa séance du 15 décembre, le Conseil national a décidé, à son tour, de biffer l'article 5 bis, mais il a, en revanche, maintenu son point de vue quant à l'élévation de la limite d'âge. Le Conseil des Etats s'est rallié à cette dernière décision lors de sa séance du 16 décembre 1965.

En votation finale, du 17 décembre 1965, les deux Chambres ont adopté le projet de loi par 165 et 35 voix sans opposition.

## **Prestations complémentaires en vigueur**

La loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI a pris effet le 1<sup>er</sup> janvier de cette année.

Les cantons qui ont mis en vigueur leur loi cantonale sur les prestations complémentaires à cette date<sup>1</sup>, ainsi que les fondations « Pro Senectute » et « Pro Juventute » et l'association « Pro Infirmis », qui versent des prestations conformément à leurs directives à partir de la même date, peuvent prétendre par la suite les subventions prévues dans la loi fédérale.

Il est réjouissant de constater que tous les cantons sont disposés à verser des prestations complémentaires au sens de la loi fédérale. Pour des raisons faciles à comprendre, toutefois, il n'est pas possible de le faire partout dès le début de l'année. En effet, l'exécution de la loi à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1966 ne va pas de soi, comme on pourrait le penser, parce que — à part les travaux législatifs qui doivent être entrepris dans chaque canton — elle nécessite un travail administratif considérable. Il est hors de doute que de nombreuses

---

<sup>1</sup> Sur l'état des travaux législatifs des cantons au 1<sup>er</sup> janvier 1966, cf. p. 27.

demandes de prestations seront présentées et que leur examen prendra bien du temps. Ainsi, la situation financière, c'est-à-dire le revenu à prendre en compte, devra être déterminée dans chaque cas particulier. Afin de trouver dans chaque cas la solution la plus juste et adaptée aux circonstances (il faut p. ex. favoriser les modestes activités lucratives, la prévoyance des employeurs, et tenir compte des frais de maladie et des loyers élevés), la Confédération a prévu une réglementation qui ne facilite nullement le calcul des prestations complémentaires. Une fois que l'administration en a fixé le montant à verser, elle notifie une décision, comme la loi l'exige, à l'ayant droit ou à son représentant légal. Toute personne à qui une telle décision est communiquée a le droit de recourir, que la prestation soit accordée ou refusée, ce qui donne bien entendu un travail supplémentaire à l'administration.

Dans ces conditions, il est compréhensible que les organes d'exécution ne puissent pas liquider tous les cas à la fois. Ils doivent les traiter dans un certain ordre et s'occuper en premier lieu des cas urgents. Ceux-ci concernent le plus souvent les personnes qui étaient déjà au bénéfice de l'aide à la vieillesse, aux survivants et aux invalides. Les personnes qui ne touchaient pas une telle aide ne subiront cependant pas de préjudice d'ordre matériel, car on s'occupera aussi d'elles, mais un peu plus tard; les prestations leur seront versées rétroactivement à partir de l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation, si ces personnes ont déjà pu faire valoir leur droit à ce moment-là.

Afin d'éviter tout malentendu, il convient de préciser ici aussi que les prestations complémentaires ne s'ajoutent pas à l'aide à la vieillesse, aux survivants et aux invalides accordée jusqu'ici, mais qu'en règle générale elles la remplacent totalement ou en partie. La nouvelle réglementation représente tout de même un grand progrès social.

Les collaborateurs qui s'occupent des prestations complémentaires dans les cantons et les institutions d'utilité publique ont déjà accompli un travail considérable; une grosse besogne les attend encore. Remercions-les de tout ce qu'ils font en faveur de ceux qui ont le plus grand besoin d'une aide sociale.

## **La statistique des infirmités dans l'AI**

Depuis l'introduction de l'AI, les prestations de cette assurance sont l'objet d'une statistique publiée, notamment, dans les rapports annuels AVS/AI/APG. Cette statistique englobe, comme dans l'AVS, avant tout les données suivantes: âge, sexe et état civil de l'assuré, genre et montant de la prestation, qui figurent, partiellement sous forme de chiffre, dans les décisions concernant les prestations accordées. Les critères spécifiques de l'AI, le degré d'invalidité en cas d'octroi de rentes AI et le genre d'infirmité ont été également enregistrés

dans les statistiques à partir de 1960. En ce qui concerne le genre d'infirmité, on s'est contenté tout d'abord de ne noter que les trois groupes de causes (infirmité congénitale, maladie, accident), tout en admettant la nécessité de procéder, plus tard, à une enquête plus approfondie sur ces causes. Cette statistique plus complète des infirmités donnant droit à des prestations AI va maintenant être introduite d'une manière générale, dès le 1<sup>er</sup> janvier 1966, après qu'un test représentatif a été effectué avec succès.

Voyons donc brièvement de quelle manière le critère de l'invalidité devra être interprété désormais.

L'incapacité de gain est l'idée fondamentale dans l'AI. Il faut entendre par là une atteinte physique ou mentale de la santé qui gêne l'assuré dans sa vie professionnelle pendant une longue durée ou en permanence. Parallèlement à l'existence même de cette atteinte à la santé, il est donc déterminant, en matière d'AI, de savoir comment cette atteinte se fait sentir dans l'activité lucrative et quelle prestation de l'AI doit la compenser ou l'éliminer. C'est pourquoi on a été amené à prendre note non seulement du genre d'infirmité d'après le diagnostic médical, mais encore de l'atteinte fonctionnelle causée par cette infirmité. Ainsi, le nombre-clef exprimant la cause de l'infirmité se compose de deux parties: un groupe de chiffres correspond à l'affection, l'autre évoque l'atteinte fonctionnelle.

En ce qui concerne le *catalogue des affections*, il semblait tout indiqué de se servir, pour la statistique des infirmités, du code utilisé par l'Organisation mondiale de la santé. Toutefois, un examen de la question montra que ce code convenait plutôt à une enquête sur la morbidité et la mortalité. Dans l'AI suisse, ce n'est pas exactement de cela qu'il s'agit. Seul, un nombre restreint d'affections, qui durent assez longtemps ou qui laissent des séquelles, aboutissent à l'invalidité. En outre, le code international ignore la distinction des infirmités congénitales, qui joue un rôle essentiel dans l'AI.

C'est pourquoi il a été décidé de créer un code particulier. Celui-ci tient compte de la classification, qui a fait ses preuves, d'après les trois causes d'infirmité énoncées dans la LAI: infirmité congénitale, maladie et accident. Pour la codification des infirmités congénitales, on se sert tout simplement de la liste telle qu'elle a été mise en vigueur au 1<sup>er</sup> septembre 1965. Quant aux affections provenant d'une maladie ou d'un accident, elles ont été classées en groupes importants pour l'AI, en s'inspirant le plus possible du code international; le nombre-clef de celles qui sont provoquées aussi bien par la maladie que par un accident ne diffère que par le premier des trois chiffres. Le code des infirmités congénitales comprend 190 chiffres, tandis que les affections causées par maladie ou accident en comptent 53.

La codification des causes d'infirmité est complétée, comme déjà dit, par l'indication des *atteintes fonctionnelles* entraînées par l'affection. On enregistrera ainsi diverses atteintes importantes pour l'AI, comme par exemple la cécité bilatérale, l'amputation des pieds, etc.

Comment ces données techniques seront-elles utilisées ? L'indication de l'infirmité ou de l'atteinte fonctionnelle n'étant qu'une des données déjà enregistrées dans la statistique, et un dépouillement statistique ne pouvant consister que dans la combinaison raisonnée de divers critères, la statistique des infirmités ne représente qu'une partie de la statistique déjà existante, liée à l'octroi de prestations AI. Ne sont donc englobés dans cette statistique que les invalides bénéficiant de telles prestations. Un invalide réadapté, qui ne peut plus prétendre de mesures de réadaptation et dont la capacité de gain dépasse 50 pour cent, n'y sera pas inclus. Néanmoins, le dépouillement fournira de précieux renseignements sur le genre et les effets d'atteintes durables à la santé.

Du point de vue administratif, il n'y aura guère d'innovations importantes. Comme déjà dit, la cause de l'infirmité a été incluse jusqu'à présent dans la statistique, bien que sous une forme rudimentaire. Au lieu du nombre-clef d'un seul chiffre, on inscrira désormais un nombre de 5 chiffres dans la formule de décision. La formation de celui-ci incombera aux médecins des commissions AI, qui ont bien voulu se charger de ce travail supplémentaire; ils contribueront ainsi à réunir des données qui présenteront un grand intérêt non seulement pour l'AI, mais pour la science en général (étude de l'hérédité, médecine sociale et préventive, etc.).

## **La nouvelle réglementation des subsides du Fonds de compensation AVS aux frais d'administration**

En vertu de l'article 158, 2<sup>e</sup> alinéa, RAVS, les caisses cantonales de compensation reçoivent du Fonds de compensation de l'AVS des subsides pour leurs frais d'administration. Ces subsides s'élevaient, depuis 1954, à 6 millions de francs par an et étaient alloués sur la base d'une clé de répartition qui fut fixée, la dernière fois, dans l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur sur les frais d'administration dans l'AVS, rendue le 17 novembre 1961 et appliquée depuis 1962.

Les principes de l'ancienne réglementation reposaient sur les résultats d'une analyse des frais d'administration effectuée en 1953. Les circonstances ayant depuis lors évolué à maints égards, la sous-commission des frais d'administration de la Commission fédérale de l'AVS et de l'AI admit que la clé de répartition devait être révisée. Il fut alors décidé de procéder en 1963 à une nouvelle analyse des frais d'administration des caisses cantonales de compensation, analyse qui s'étendit aux frais de tous les secteurs d'activité de l'année 1962. Les résultats obtenus aboutirent à une nouvelle réglementation acceptée à

l'unanimité par ladite sous-commission. Pour sa part, la Commission fédérale de l'AVS et de l'AI approuva cette innovation. Le Département fédéral de l'intérieur édicta donc, le 16 novembre 1965, une ordonnance qui accorde aux caisses cantonales de compensation, avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 1965, des subsides pour les frais d'exécution des tâches particulières et des subsides pour les frais ordinaires d'exécution. Ces subsides sont déterminés de la façon suivante :

1. Dans le cadre de l'AVS et de l'AI, les caisses cantonales de compensation sont chargées de *tâches particulières*, pour l'exécution desquelles elles ne touchent aucune contribution aux frais d'administration. En vertu de l'article 158, 1<sup>er</sup> alinéa, 2<sup>e</sup> phrase, RAVS, des subsides leur sont alloués, comme jusqu'ici, pour les dépenses qui en découlent. Toutefois, conformément à un vieux postulat des caisses cantonales de compensation, les subsides sont dorénavant fixés séparément et octroyés sous forme de montants fixes par unité de travail.

2. Les subsides pour les *frais ordinaires d'exécution* de l'AVS s'élèvent à 4 millions de francs par an et sont divisés en un subside pour l'organisation de base et un subside selon l'importance des tâches.

a. L'obligation légale selon laquelle chaque canton est tenu de créer une caisse cantonale de compensation entraîne des devoirs et des frais qui ne dépendent ni du nombre des personnes tenues à règlement de compte, ni de celui des bénéficiaires de prestations, mais sont surtout occasionnés par la mise à disposition et le maintien de l'administration de la caisse. A ce propos, les dépenses mises à la charge du compte d'administration sont proportionnellement plus élevées pour une caisse qui a un petit chiffre d'affaires et pour celle d'un canton ayant plusieurs langues officielles. En règle générale, les contributions aux frais d'administration ne sont pas destinées au paiement de ces frais. Aussi la couverture de ces derniers est-elle assurée par le versement du *subside pour l'organisation de base*. Celui-ci correspond au montant de base alloué jusqu'ici et consiste maintenant en un montant fixe de 30 000 francs par caisse, qui peut être augmenté jusqu'à 100 000 francs pour les caisses de compensation des cantons ayant plusieurs langues officielles ou pour celles dont les rapports avec les assurés sont sensiblement compliqués par des circonstances extraordinaires.

b. Le montant restant est attribué au titre du *subside déterminé selon l'importance des tâches*. A ce sujet, les diverses unités de travail sont d'abord pondérées en fonction des frais de chacune, calculés en prenant la moyenne de l'ensemble des caisses cantonales de compensation. Vu les besoins financiers qui se présentent dans les cas particuliers, on corrige en outre la somme des unités de travail pondérées selon la capacité financière de chaque caisse de compensation. Pour ce faire, on se fonde sur la somme annuelle moyenne de cotisations AVS par personne tenue à règlement de compte. Si cette somme atteint 1000 francs et plus, aucun subside n'est alloué pour les frais inhérents à l'importance des tâches car, dans un tel cas — comme l'a révélé l'analyse des frais d'administration 1963 — ces frais sont en principe couverts par les contribu-

tions des affiliés aux frais d'administration. D'autre part, on tient compte de la structure financière défavorable des caisses dont la somme moyenne des cotisations AVS est inférieure à 600 francs, en augmentant les unités de travail déterminantes.

3. Ont droit, comme jusqu'ici, aux subsides pour les frais d'administration les caisses cantonales de compensation qui, dans l'exercice précédent, ont perçu des contributions aux frais d'administration de 2,5 *pour cent* au moins de la somme des cotisations de *chaque* employeur, de *chaque* personne de condition indépendante et de *chaque* personne sans activité lucrative tenue de payer une cotisation supérieure à la cotisation minimum. Si cette condition est remplie, les subsides pour les frais d'exécution des tâches particulières et le subside pour l'organisation de base sont alloués sans restriction. En revanche, le subside déterminé selon l'importance des tâches n'est octroyé en entier que si, dans l'exercice déterminant, la caisse de compensation a perçu de ses affiliés des contributions aux frais d'administration de 3,25 *pour cent* — jusqu'ici 3,5 *pour cent* — *en moyenne*. Au cas contraire, le subside est réduit pour l'exercice suivant. La réduction n'est toutefois plus limitée à la moitié du montant, mais est calculée dorénavant d'après une échelle régulièrement décroissante, de telle sorte que le subside déterminé selon l'importance des tâches tombe lorsque le taux moyen atteint 2,5 *pour cent*.

4. Les fortunes administratives des caisses de compensation n'ont pas un but absolu, mais servent en premier lieu à couvrir les besoins financiers d'éventuelles périodes pauvres en contributions aux frais d'administration. Les subsides pour ces derniers ne devraient donc pas favoriser la constitution de fortunes administratives démesurées. C'est précisément pour éviter ceci qu'à l'avenir, le subside déterminé selon l'importance des tâches doit être remboursé, si le compte d'administration d'une caisse de compensation présente un excédent de recettes pour un exercice et que, par surcroît, la fortune amassée depuis 1948 grâce à des excédents de recettes dépasse le double du montant des frais d'administration occasionnés par l'application de l'AVS pendant l'exercice en question. Le remboursement n'a toutefois lieu que dans les limites de l'excédent de recettes obtenu dans l'exercice et jusqu'à concurrence de la part de fortune dépassant le double du montant des frais d'administration.

\*

La nouvelle réglementation tient mieux compte que jusqu'ici de la structure de chaque caisse cantonale de compensation. Elle apporte aussi plus de souplesse dans l'octroi des subsides du Fonds de compensation AVS aux frais d'administration. La solution nouvelle peut donc être considérée comme une réelle amélioration.

## Statistique des rentes AVS de l'année 1964

Les tableaux ci-après donnent les résultats principaux de la statistique des rentes AVS versées en Suisse en 1964.

L'année 1964 a été caractérisée par d'importantes innovations et améliorations dues à la 6<sup>e</sup> révision de l'AVS. Aussi ses résultats statistiques sont-ils particulièrement intéressants.

Une des innovations est la création de rentes complémentaires versées avec les rentes de vieillesse. La statistique de ces nouvelles rentes se borne aux sommes de rentes. Les rentes complémentaires ne figurent séparément qu'au tableau 1, qui montre la classification en catégories de rentes; dans les autres tableaux, elles sont englobées dans les sommes des rentes de vieillesse.

*Bénéficiaires et sommes des rentes d'après les catégories de rentes*

Tableau 1

Catégories de rentes	Bénéficiaires	Sommes des rentes en francs <sup>1</sup>	
		En tout	Dont rentes complémentaires
Rentes ordinaires . . . . .	564 479	1 318 280 237	28 228 668
Rentes extraordinaires . . . . .	153 867	206 907 353	325 294
Total . . .	718 346	1 525 187 590	28 553 962

<sup>1</sup> Sans les rentes doubles pour enfants, qui représentent une somme de 1 819 103 francs.

Les rentes complémentaires se composent de rentes pour l'épouse et de rentes pour enfants (simples et doubles). Toutefois, comme on ne peut pour le moment déterminer si les sommes de rentes concernant les rentes doubles se rattachent, dans les cas particuliers, aux rentes de vieillesse simples ou aux rentes de couples, il n'en a pas été tenu compte dans ces tableaux. D'ailleurs, leur somme totale, 1,8 million de francs, est insignifiante.

## Rentés ordinaires

Bénéficiaires et sommes des rentés suivant la cotisation annuelle moyenne

Tableau 2

Genres de rentés	Cotisation annuelle moyenne en francs				
	Jusqu'à 125 <sup>1</sup>	126-400	401-670	671 et plus <sup>2</sup>	Ensemble
	<b>Bénéficiaires</b>				
Rentés de vieillesse simples . . .	111 765	134 987	55 377	22 652	324 781
Rentés de vieillesse pour cou- ples . . . . .	9 522	54 929	50 039	24 786	139 276
Rentés de veuves . . . . .	1 845	18 267	22 247	9 833	52 192
Rentés d'orphelins simples . . .	2 064	19 286	18 217	6 900	46 467
Rentés d'orphelins doubles . . .	152	835	536	240	1 763
Total . . .	125 348	228 304	146 416	64 411	564 479
	<b>Sommes des rentés en milliers de francs<sup>3</sup></b>				
Rentés de vieillesse simples . . .	159 373	264 459	153 096	71 931	648 859
Rentés de vieillesse pour cou- ples . . . . .	21 342	176 829	211 121	114 751	524 043
Rentés de veuves . . . . .	2 014	29 714	46 920	22 233	100 881
Rentés d'orphelins simples . . .	1 083	15 216	18 464	7 529	42 292
Rentés d'orphelins doubles . . .	120	908	790	387	2 205
Total . . .	183 932	487 126	430 391	216 831	1 318 280
<sup>1</sup> Rentés minimums <sup>2</sup> Rentés maximums <sup>3</sup> Sans les rentés doubles pour enfants, qui représentent une somme de 1 796 000 francs.					

La répartition d'après la cotisation annuelle moyenne est donnée par le tableau 2. On y remarquera les nouveaux intervalles des cotisations, résultat de la formule de rentés simplifiée.

## *Rentes ordinaires*

Bénéficiaires et sommes des rentes par échelles de rentes

Tableau 3

Genres de rentes	Echelles 1-19 Rentes partielles	Echelle 20 Rentes complètes	Ensemble
	Bénéficiaires		
Rentes de vieillesse simples . . . .	6 794	317 987	324 781
Rentes de vieillesse pour couples .	1 554	137 722	139 276
Rentes de veuves . . . . .	1 559	50 633	52 192
Rentes d'orphelins simples . . . .	2 419	44 048	46 467
Rentes d'orphelins doubles . . . .	92	1 671	1 763
Total . . .	12 418	552 061	564 479
	Sommes des rentes en milliers de francs <sup>1</sup>		
Rentes de vieillesse simples . . . .	9 399	639 460	648 859
Rentes de vieillesse pour couples .	3 835	520 208	524 043
Rentes de veuves . . . . .	2 125	98 756	100 881
Rentes d'orphelins simples . . . .	1 539	40 753	42 292
Rentes d'orphelins doubles . . . .	88	2 117	2 205
Total . . .	16 986	1 301 294	1 318 280
<sup>1</sup> Sans les rentes doubles pour enfants, qui représentent une somme de 1 796 000 francs.			

Le tableau 3 indique la classification par échelles de rentes. Conséquence de la transformation des rentes partielles conditionnées par la génération (échelles 1 à 19) en rentes complètes (échelle 20), l'AVS ne verse pour ainsi dire plus que des rentes complètes depuis 1964. Enfin, la répartition cantonale des rentes ordinaires et extraordinaires est montrée par les tableaux 4 et 5.

*Rentes ordinaires de l'AVS en 1964*

Répartition cantonale des bénéficiaires et des sommes des rentes

Tableau 4

Cantons	Bénéficiaires			Sommes des rentes en milliers de francs <sup>1</sup>		
	Rentes de vieillesse	Rentes de survivants	Ensemble	Rentes de vieillesse	Rentes de survivants	Ensemble
Zurich . . . . .	84 145	15 633	99 778	224 546	25 071	249 617
Berne . . . . .	78 502	16 489	94 991	198 705	23 694	222 399
Lucerne . . . . .	19 315	5 783	25 098	46 414	7 550	53 964
Uri . . . . .	2 092	632	2 724	4 882	764	5 646
Schwyz . . . . .	6 174	1 758	7 932	14 109	2 271	16 380
Unterwald-le-Haut . . . . .	1 704	478	2 182	3 619	534	4 153
Unterwald-le-Bas . . . . .	1 398	528	1 926	3 160	614	3 774
Glaris . . . . .	3 802	696	4 498	9 740	1 002	10 742
Zoug . . . . .	3 702	977	4 679	9 068	1 396	10 464
Fribourg . . . . .	12 097	3 692	15 789	27 476	4 454	31 930
Soleure . . . . .	15 192	3 570	18 762	41 762	5 351	47 113
Bâle-Ville . . . . .	21 455	3 942	25 397	58 023	6 740	64 763
Bâle-Campagne . . . . .	10 302	2 208	12 510	28 094	3 436	31 530
Schaffhouse . . . . .	5 910	1 248	7 158	15 788	1 905	17 693
Appenzell Rh.-Ext. . . . .	5 902	871	6 773	13 957	1 209	15 166
Appenzell Rh.-Int. . . . .	1 452	234	1 686	2 957	259	3 216
Saint-Gall . . . . .	30 261	6 560	36 821	74 784	8 890	83 674
Grisons . . . . .	12 264	2 774	15 038	27 095	3 481	30 576
Argovie . . . . .	26 663	6 714	33 377	69 129	9 579	78 708
Thurgovie . . . . .	14 526	3 029	17 555	36 197	4 288	40 485
Tessin . . . . .	17 861	4 067	21 928	40 567	5 763	46 330
Vaud . . . . .	38 613	7 325	45 938	95 919	11 118	107 037
Valais . . . . .	12 257	4 759	17 016	25 762	5 495	31 257
Neuchâtel . . . . .	13 840	2 627	16 467	36 880	4 204	41 084
Genève . . . . .	24 628	3 828	28 456	64 269	6 310	70 579
<b>Total . . . . .</b>	<b>464 057</b>	<b>100 422</b>	<b>564 479</b>	<b>1 172 902</b>	<b>145 378</b>	<b>1 318 280</b>

<sup>1</sup> Sans les rentes doubles pour enfants, qui représentent une somme de 1 796 000 francs.

*Rentes extraordinaires de l'AVS en 1964*

Répartition cantonale des bénéficiaires et des sommes des rentes

Tableau 5

Cantons	Bénéficiaires			Sommes des rentes en milliers de francs <sup>1</sup>		
	Rentes de vieillesse	Rentes de survivants	Ensemble	Rentes de vieillesse	Rentes de survivants	Ensemble
Zurich . . . . .	22 822	2 312	25 134	32 189	1 968	34 157
Berne . . . . .	22 008	2 982	24 990	30 952	2 346	33 298
Lucerne . . . . .	5 593	995	6 588	7 825	724	8 549
Uri . . . . .	607	131	738	882	94	976
Schwyz . . . . .	1 836	370	2 206	2 604	262	2 866
Unterwald-le-Haut . . .	567	126	693	802	93	895
Unterwald-le-Bas . . .	385	139	524	526	92	618
Glaris . . . . .	1 052	127	1 179	1 468	110	1 578
Zoug . . . . .	1 037	158	1 195	1 459	126	1 585
Fribourg . . . . .	3 692	743	4 435	5 158	510	5 668
Soleure . . . . .	4 115	561	4 676	5 764	444	6 208
Bâle-Ville . . . . .	6 581	604	7 185	9 392	564	9 956
Bâle-Campagne . . . . .	3 132	375	3 507	4 404	293	4 697
Schaffhouse . . . . .	1 583	229	1 812	2 208	177	2 385
Appenzell Rh.-Ext. . . .	1 734	166	1 900	2 450	134	2 584
Appenzell Rh.-Int. . . .	254	62	316	354	45	399
Saint-Gall . . . . .	8 851	1 091	9 942	12 625	833	13 458
Grisons . . . . .	3 735	655	4 390	5 360	504	5 864
Argovie . . . . .	7 473	1 058	8 531	10 482	798	11 280
Thurgovie . . . . .	3 969	436	4 405	5 605	332	5 937
Tessin . . . . .	6 532	825	7 357	9 446	705	10 151
Vaud . . . . .	13 275	1 330	14 605	18 953	1 163	20 116
Valais . . . . .	3 697	1 115	4 812	5 165	827	5 992
Neuchâtel . . . . .	4 366	384	4 750	6 226	330	6 556
Genève . . . . .	7 351	646	7 997	10 534	601	11 135
Total . . .	136 247	17 620	153 867	192 833	14 075	206 908

<sup>1</sup> Sans les rentes doubles pour enfants, qui représentent une somme de 23 000 francs.

## Le statut juridique des commissions AI

En vertu de l'article 34 quater de la Constitution fédérale, l'AI doit être appliquée avec le concours des cantons. C'est pourquoi ils collaborent à son exécution. La désignation des organes d'exécution n'est toutefois pas laissée au libre choix des cantons, comme c'est le cas dans l'application de mainte loi fédérale. La LAI désigne les organes d'exécution, à savoir les caisses de compensation AVS, les commissions AI et les offices régionaux AI; elle trace, en outre, les grandes lignes de leur organisation et de leurs attributions. La classification juridique de ces organes donne lieu parfois à des difficultés, en particulier en ce qui concerne les commissions cantonales AI. D'où les quelques considérations qui suivent.

### *La commission AI en tant qu'autorité cantonale*

L'article 55 LAI dispose que les cantons doivent instituer une commission cantonale AI et en régler l'organisation par loi, règlement ou décret spécial. Bien que les éléments que doivent contenir les dispositions cantonales soient partiellement fixés par le droit fédéral, les cantons ont la faculté, grâce à un pouvoir autonome assez étendu, d'adopter des solutions bien adaptées aux conditions cantonales. Les domaines dans lesquels les cantons sont compétents sont énumérés à l'article 43 RAI; il s'agit des points suivants:

- le siège de la commission AI;
- le mode d'élection du président, des autres membres et des suppléants, la nature et la durée de leurs fonctions;
- les normes selon lesquelles le président et les membres de la commission AI sont indemnisés (on remarquera toutefois, à ce propos, que dans le cadre de la procédure d'approbation des arrêtés cantonaux, le Département fédéral de l'intérieur a fixé des limites générales dans lesquelles les indemnités doivent être fixées);
- l'organisation interne, les cas de récusation et la procédure;
- les rapports avec le secrétariat, autant qu'ils ne sont pas réglés à l'article 46 RAI.

En vertu de l'article 56, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI, les cantons ont en outre la possibilité de prévoir, sous réserve de l'approbation du Conseil fédéral, une commission de plus de cinq membres et de la diviser en sections si la densité de la population ou des motifs d'ordre géographique ou linguistique l'exigent. On trouve dans la RCC 1963, page 323, un exposé sur la réglementation adoptée dans les divers cantons.

Il ressort sans aucun doute de l'examen de l'organisation juridique décrite ci-dessus que les commissions cantonales de l'AI ont le statut juridique d'une autorité cantonale, ce qui était du reste bien dans l'intention de la Commission d'experts pour l'introduction de l'AI, ainsi que le fait ressortir son rapport. Il en découle que les membres des commissions AI ont aussi la qualité de membres d'une autorité cantonale et, par conséquent, sont soumis comme tels à la surveillance administrative des gouvernements ou départements cantonaux compétents. Cela signifie que ce sont les cantons qui sont responsables au premier chef de l'application conforme des dispositions cantonales d'organisation. La surveillance disciplinaire des commissions AI incombe elle aussi aux cantons, à l'exception de certains cas particuliers qui seront mentionnés plus loin.

La situation n'est pas aussi claire en matière de responsabilité pour dommages. L'article 66 LAI prévoit certes l'application par analogie de l'article 70 LAVS, qui définit la responsabilité du canton pour les dommages causés à l'AVS par un fonctionnaire de sa caisse cantonale de compensation, mais il ne ressort pas de la teneur de cette disposition que l'article 70 LAVS soit aussi applicable aux dommages causés à l'AI par des membres de commissions AI. Si tel était le cas, il semble que l'article 66, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI devrait l'indiquer expressément, comme il le fait au 2<sup>e</sup> alinéa pour définir la responsabilité pénale (art. 66 LAVS applicable par analogie aux membres de commissions AI). La question de la responsabilité éventuelle du canton pour les dommages causés à l'AI par un membre de commission AI demeure donc incisée.

Tout autre est la question de savoir si c'est en vertu du droit fédéral ou du droit cantonal que les membres des commissions AI répondent d'un dommage causé à des tiers dans l'exercice de leurs fonctions. Dans le premier cas, le fondement de la responsabilité se trouverait dans la loi fédérale du 14 mars 1958 sur la responsabilité de la Confédération, des membres de ses autorités et des fonctionnaires (loi sur la responsabilité), alors que dans le second cas, les dispositions légales sur la responsabilité du canton intéressé s'appliqueraient. La même question s'est posée dans l'AVS, naguère, quant à la responsabilité des caisses de compensation envers des tiers. Dans un article de la RCC 1958, page 263, l'avis a été exprimé que la loi fédérale sur la responsabilité ne s'applique qu'aux employés des caisses professionnelles de compensation de l'AVS et non pas aux fonctionnaires des caisses cantonales de compensation. Le professeur Geiger a exprimé un point de vue opposé dans la Revue suisse des assurances sociales, 1959, page 206. Il est d'avis que la loi fédérale sur la responsabilité s'applique aussi aux fonctionnaires des caisses cantonales de compensation, vu que celles-ci sont soumises, dans l'application des dispositions légales de droit fédéral, à la surveillance de la Confédération (art. 72 LAVS). On pourrait en déduire qu'il en va de même en ce qui concerne la responsabilité des commissions AI, car celles-ci appliquent également les dispositions du droit matériel de la Confédération (LAI) et, en vertu de l'article 64 LAI, sont également soumises à la surveillance de la Confédération. Dans la RCC 1960, page 210, à vrai dire, l'OFAS a fait remarquer qu'il est douteux que le législateur ait voulu étendre le champ d'application de la loi sur la responsabilité à

tous les fonctionnaires cantonaux soumis directement aux instructions fédérales dans l'exercice de leur activité. Le message du Conseil fédéral du 29 juin 1956 concernant la loi sur la responsabilité, de même que le procès-verbal de la séance du 23 janvier 1957 de la commission du Conseil national, conduisent à une interprétation différente. Les seuls fonctionnaires cantonaux touchés par l'article 1<sup>er</sup>, 1<sup>er</sup> alinéa, de la loi sur la responsabilité paraissent être ceux auxquels la Confédération confie à titre personnel des fonctions particulières, ce qui n'est pas le cas des fonctionnaires des caisses cantonales de compensation. On peut admettre que cet avis concerne également les commissions AI, vu que leur organisation et la désignation de leurs membres sont de la compétence des cantons (art. 55 LAI et 43 RAI).

### *Les commissions AI en tant qu'organes de l'AI*

Bien que les commissions AI aient été instituées en application de dispositions du droit cantonal public et qu'elles doivent être considérées comme des autorités cantonales, elles sont, du point de vue fonctionnel, des organes de l'AI. Elles accomplissent des tâches qui sont fixées par le droit fédéral et sont subordonnées de ce fait exclusivement à l'autorité fédérale de surveillance (OFAS), qui traite directement avec elles et procède à des révisions périodiques de leur gestion. Nonobstant leur caractère d'autorités collégiales, les commissions AI sont des organes administratifs de l'AI et, dès lors, ne peuvent interpréter librement les dispositions légales à l'instar des tribunaux. Elles sont liées par les instructions édictées par l'autorité de surveillance. Ce droit de l'autorité de surveillance d'édicter des instructions ressort des dispositions de la législation AVS en la matière (art. 72, 1<sup>er</sup> al., LAVS et art. 176, 2<sup>e</sup> al., RAVS), dispositions qui, aux termes des articles 64, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI et 89 RAI, sont applicables par analogie. A vrai dire, les erreurs commises dans l'application du droit matériel peuvent avoir des répercussions d'ordre administratif lorsqu'elles proviennent d'insuffisances d'organisation ou de personnel. A cet égard, les autorités cantonales de surveillance sont de nouveau compétentes. C'est pourquoi elles sont renseignées par l'autorité fédérale sur les constatations faites lors des révisions de la gestion des commissions AI.

Il faut mentionner, en outre, que la Confédération soumet les commissions AI à l'obligation stricte de garder le secret (art. 66, 1<sup>er</sup> al., LAI et 50 LAVS), ainsi qu'à une responsabilité pénale aggravée (art. 66, 2<sup>e</sup> al., LAI et 66, 1<sup>er</sup> al., LAVS). Certains pouvoirs disciplinaires demeurent aussi réservés à la Confédération (art. 64, 1<sup>er</sup> al., LAI et 72, 2<sup>e</sup> al., LAVS). C'est ainsi qu'un membre de commission AI qui ne remplit pas sa tâche conformément aux prescriptions sera, dans les cas de grave violation de ses devoirs, et sur demande du Conseil fédéral, relevé de ses fonctions. Cette disposition légale n'exclut nullement, cela va de soi, que le canton puisse faire usage lui-même de son pouvoir disciplinaire et, de sa propre autorité, relever un membre de commission AI de ses fonctions, pour autant que les conditions du droit cantonal en la matière soient remplies.

Il convient de signaler enfin une possibilité de nature plutôt théorique, il est vrai : l'autorité fédérale peut, en cas de violations graves et réitérées des prescriptions légales par une commission cantonale AI, en ordonner la gestion par commissaires (art. 64, 1<sup>er</sup> al., LAI et 72, 3<sup>e</sup> al., LAVS).

## **Le paiement conjoint des rentes de l'AVS/AI et des prestations complémentaires**

Aux termes des articles 75, 2<sup>e</sup> alinéa, RAVS et 82, 3<sup>e</sup> alinéa, RAI, les caisses de compensation peuvent servir, simultanément avec la rente de l'AVS ou de l'AI, les prestations de prévoyance périodiques qu'elles doivent verser à l'ayant droit en exécution d'une tâche supplémentaire qui leur a été confiée par le canton ou l'association fondatrice (cf. n° 979 des Directives concernant les rentes). D'autre part, la loi fédérale sur les prestations complémentaires, du 19 mars 1965, prévoit expressément à son article 6, 3<sup>e</sup> alinéa, que les prestations complémentaires peuvent être payées conjointement avec les rentes de l'AVS ou de l'AI.

Diverses démarches faites par les caisses auprès de l'OFAS montrent que celles-ci disposent souvent d'installations techniques modernes leur permettant d'inscrire, sur le coupon de la formule d'assignation destiné au bénéficiaire, les indications concernant la composition du montant versé. L'OFAS a même reçu des modèles de formules d'assignation comportant de telles indications. A cet égard, il y a lieu de relever qu'il est parfaitement indiqué d'informer l'ayant droit sur la nature des prestations qui lui sont servies mensuellement ; les prescriptions administratives relatives au paiement des prestations prévoient, en effet, expressément qu'il y a lieu d'informer de manière appropriée le bénéficiaire de la composition du montant total des prestations versées, afin d'éviter toute confusion à ce sujet (cf. n° 980 des Directives concernant les rentes). Il faut toutefois ne pas oublier que les formules d'assignation destinées au versement des rentes de l'AVS ou de l'AI ne comportent qu'un espace limité pour les indications relatives aux prestations complémentaires.

La Direction générale de l'administration des postes, téléphones et télégraphes ne formule aucune réserve de principe à l'encontre des compléments utiles qui pourraient être apportés aux formules d'assignation, ainsi qu'il ressort des renseignements pris par l'OFAS. En revanche, les prescriptions de service et des exigences d'ordre technique ne permettent pas, d'une manière générale, des dérogations trop poussées à la présentation habituelle des formules postales. Ceci vaut notamment pour les formules d'assignation de l'AVS et de l'AI, qui comportent déjà certaines particularités et dont la présentation doit répondre à une certaine uniformité. A ce propos, il n'est pas inutile de rappeler ici la pres-

cription obligeant les organes de l'assurance, qui entendent imprimer eux-mêmes les formules relativement obligatoires 318.162 dfi et 318.163 dfi, à soumettre les épreuves à l'OFAS pour approbation. Le modèle reproduit fournit un exemple de formule dont la présentation satisfait aux exigences de la poste. Cette formule contient toutes les données de la formule officielle, sans aucune modification de la présentation originale. On relèvera en particulier que, conformément aux prescriptions postales, les rectangles hachurés sont situés dans le tiers supérieur de la formule, qu'il est laissé suffisamment de place pour l'inscription du numéro de chèque postal et la désignation de la caisse, en sorte que l'espace intermédiaire, compris entre le texte et les rectangles hachurés, présente la hauteur réglementaire de 5 mm. au moins. L'espace libre compris sous les rectangles hachurés est réservé au décompte du montant total, tandis que l'espace au-dessous de l'adresse est prévu pour le numéro d'assuré, le genre de rente et le chiffre du mois pour lequel le versement est effectué. Enfin, l'espace réservé pour le timbre postal présente, à partir du bord inférieur de la formule, la hauteur réglementaire de 25 mm.

<b>ARV-IV</b> Abschnitt - Coupon - Cedola <b>AVS-AI</b>			
aus Konto du compte dal conto			
<b>Fr.</b>	<b>C.</b>		
zählbar an payables à pagabili a			
Rentes AVS / AI	Prestation complém.	RETENUE Fr. c.	Code
No d'assuré AVS		Genre de rente	Mois
			

Les explications concernant les chiffres utilisés dans le code peuvent figurer au verso du coupon du destinataire; dans le modèle ci-joint, on aura, par exemple, pour les retenues:

1. Rentes à restituer
2. Cotisations AVS/AI/APG
3. Autres retenues

## **Problèmes d'application de l'AVS / AI / APG**

### **Le calcul de la rente de vieillesse pour couple dans des cas spéciaux**

Le TFA avait admis dans différents arrêts (cf. RCC 1959, p. 356) que, s'agissant de la rente de vieillesse pour couple et dans certains cas exceptionnels, les cotisations et durée de cotisations de l'épouse pouvaient être assimilées à des cotisations et à une durée de cotisations du mari et servir à déterminer l'échelle de rentes et la cotisation annuelle moyenne. Cette jurisprudence avait été suivie par la pratique administrative (cf. Directives concernant les rentes, n° 366).

Récemment (cf. RCC 1966, p. 32), le TFA est revenu sur sa jurisprudence. Se fondant sur l'article 30, 6<sup>e</sup> alinéa, LAVS, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1964, en vertu duquel le Conseil fédéral est autorisé à édicter des prescriptions spéciales sur la prise en compte à titre subsidiaire des cotisations et années de cotisations de l'épouse lorsque la durée de cotisations du mari est incomplète, le TFA a estimé que la lacune de la loi qu'il avait comblée par sa jurisprudence n'existe plus et, par conséquent, qu'il n'appartient plus au juge de régler cette question. Or, le Conseil fédéral vient de faire usage de la faculté que lui donne l'article 30, 6<sup>e</sup> alinéa, LAVS dans l'arrêté du 19 novembre 1965 modifiant le RAVS. Le nouvel article 54 RAVS, qui est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1966, prescrit en effet que lors du calcul de la rente de vieillesse pour couple et de la rente de veuve ou de vieillesse simple de la veuve lui succédant, la période en cours de mariage durant laquelle le mari n'a pas cotisé, faute d'avoir été assuré, sera complétée par les cotisations et années de cotisations de l'épouse. Cette disposition reprend donc l'ancienne jurisprudence du TFA et la pratique administrative suivie en la matière, pratique qui, au demeurant, n'a subi entre-temps aucune modification.

### **L'examen médical précédant les opérations de vices du cœur acquis <sup>1</sup>**

Les opérations de vices du cœur acquis représentent, selon la jurisprudence du TFA, un traitement de l'affection comme telle et ne sont par conséquent pas à

---

<sup>1</sup> Extrait du Bulletin de l'AI n° 67.

la charge de l'AI. Celle-ci n'est pas non plus tenue de verser des prestations pour l'examen médical permettant d'établir si de telles opérations sont possibles.

### **Infirmités congénitales à symptômes multiples <sup>1</sup>**

Lorsqu'il existe des infirmités congénitales complexes affectant plusieurs organes, les conditions requises pour le traitement des différentes formes d'infirmité à la charge de l'AI doivent en principe être remplies pour chacune d'elles, même si les divers symptômes ont pour origine une cause unique.

Ainsi, l'AI ne peut accorder des prestations pour le traitement de la non-occlusion dentaire en cas de rachitisme résistant à la vitamine D (infirmité congénitale n° 461) que si la non-occlusion dentaire a le caractère du *mordex apertus gravis congenitus* (infirmité congénitale n° \*209) et remplit en l'espèce la condition figurant à l'article 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> alinéa, OIC.

De même, des mesures médicales en vue du traitement du strabisme concomitant ne peuvent par exemple être accordées que si les conditions (amblyopie de 0,2 et moins en cas de strabisme concomitant unilatéral ou angle de strabisme de 30° au moins) sont remplies; peu importe, à cet égard, qu'il y ait ou non une anomalie de réfraction importante. Cette règle est valable bien que l'on sache que les causes primaires du strabisme concomitant et de l'anomalie de réfraction comme telle sont souvent en étroite corrélation.

### **Moyens auxiliaires : la prise en charge des frais de réparation de véhicules à moteur <sup>2</sup>**

En vertu de l'article 16, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI, l'AI assume les frais de réparation de véhicules à moteur seulement 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, et à condition qu'il ne s'agisse pas de menus frais.

Le Tribunal fédéral des assurances a statué que, pour les véhicules à moteur, sont considérées comme frais de réparation ou de renouvellement les dépenses qui sont indispensables au maintien ou à la remise du véhicule en état de marche et sont propres à assurer la sécurité du trafic. En ce qui concerne les frais d'entretien, supportés par l'assuré, n'entre en ligne de compte que ce qui doit être prévu en tout temps pour maintenir le véhicule prêt à l'usage.

Toutes les réparations du moteur, de l'embrayage, de la boîte de vitesses, de la transmission, de la direction, de la suspension, du système de freinage,

<sup>1</sup> Extrait du Bulletin de l'AI n° 67.

<sup>2</sup> Extrait du Bulletin de l'AI n° 68.

des installations électriques (y compris la batterie, l'allumage et la lumière) sont englobées dans la notion de « frais de réparation ou de renouvellement » au sens de la pratique de l'AI. L'énumération suivante permet de discerner plus facilement quels sont ces frais reconnus. L'AI est tenue de prendre à sa charge la réparation ou le remplacement des pièces mentionnées ci-après : courroies trapézoïdales ou de transmission, bougies, pot d'échappement, différentiel, arbre à cardan, coussinets de roue, garnitures d'embrayage et de frein (à l'exclusion du réglage des freins), amortisseurs, tachymètre (y compris le câble), dispositif de refroidissement, essuie-glace, avertisseur, etc.

En revanche, ne sont pas considérés comme frais de réparation ou de renouvellement les frais occasionnés par : le remplacement de pneus, la vidange d'huile, le service périodique, les dégâts à la carrosserie (s'ils proviennent d'une utilisation normale), la protection contre le gel, le nettoyage et le graissage, etc.

L'AI prend aussi en charge les réparations nécessitées par l'utilisation du véhicule entre le domicile de l'assuré et son lieu de travail, ainsi que celles qui sont occasionnées par des voyages privés ne dépassant pas 4000 km. par an.

Si un assuré demande la prise en charge de frais de réparation et s'il se révèle que, contrairement aux prescriptions, il a dépassé la limite fixée à 4000 km. pour ses déplacements privés, le dossier doit être soumis à l'OFAS.

### **Versement de l'allocation pour perte de gain à l'employeur, au lieu du salarié**

En vertu de l'article 19, 2<sup>e</sup> alinéa, LAPG, l'allocation pour perte de gain est versée au militaire; cependant, selon lettre c, elle revient à l'employeur dans la mesure où celui-ci continue à payer un salaire au militaire pour la période de service. Le TFA a statué (voir RCC 1956, p. 289) que l'allocation revient au militaire lorsque le service tombe dans la période des vacances pour laquelle l'employé touche le salaire normal (salaire de vacances) et que le début des vacances coïncide avec la fin effective du contrat de travail. Un autre cas (voir RCC 1958, p. 397) a été tranché également en faveur d'un militaire qui avait fait du service volontaire pendant ses vacances payées. Le tribunal a relevé à cette occasion que le statut des fonctionnaires, auquel le militaire était assujéti, excluait le versement du traitement pour la période de service volontaire.

Alors que, jusqu'à présent, la jurisprudence avait eu à s'occuper de deux cas particuliers touchant le paiement de l'allocation, le TFA s'est à nouveau prononcé sur la question dans un arrêt récent<sup>1</sup>. Ce cas concerne le service accompli par le salarié pendant ses jours et heures de congé; il a une grande importance pour les militaires qui font du service le samedi, le dimanche et le soir des autres jours de la semaine. Le tribunal a décidé en l'espèce que l'allocation pour le service accompli durant les jours et heures de congé doit revenir à l'employeur — du moins en règle générale — s'il verse le salaire complet à

<sup>1</sup> Cf. page 60.

l'employé pour la durée du service militaire. Il en va de même si le service accompli par l'employé n'occasionne à l'employeur aucun préjudice matériel, c'est-à-dire si l'employé ne manque pas le travail. Le genre et la durée du service, et le fait que le militaire, vu sa situation spéciale, est en mesure de déployer une activité professionnelle complète malgré le service, ne sauraient modifier la décision du tribunal. Il en résulte que — sous réserve de cas particuliers — l'allocation pour le service accompli pendant les jours et heures de congé du salarié doit toujours être versée à l'employeur, à condition que le militaire ne subisse aucune perte de salaire.

Vu que l'article 19 LAPG s'applique également aux personnes astreintes à servir dans la protection civile, cet arrêt vaut non seulement pour les militaires, mais aussi pour ces personnes.

### **APG en faveur des participants aux cours fédéraux pour moniteurs de l'instruction préparatoire et aux cours de jeunes tireurs**

Les participants aux cours fédéraux pour moniteurs de l'instruction préparatoire et aux cours de jeunes tireurs touchent une allocation calculée de façon identique à celle prévue par le régime des APG. Ils font valoir leur droit en remplissant le grand questionnaire (formule 31.1), qui portait jusqu'ici les surcharges « n° de compte 691.60 » et « Ecole fédérale de gymnastique et de sport » pour les deux groupes de participants. A l'avenir, le grand questionnaire portera les surcharges « n° de compte 519.3 » et « Section de l'instruction hors service, Cours d'instruction pour moniteurs des cours de jeunes tireurs, Macolin ».

A part cela, il n'y a aucun changement à signaler du point de vue matériel, ni en ce qui concerne la procédure. Pour les deux groupes de participants, les caisses de compensation indiquent le total des coupons A du questionnaire dans la colonne EFGS du bordereau (formule 318.242), comme précédemment.

### **BIBLIOGRAPHIE**

The child amputee (l'enfant amputé). Série d'articles parus dans « Prosthetics International », tome 2, fasc. 1, p. 3-12. Copenhague 1964.

Législation sociale suisse 1963. Publication de l'Office fédéral de l'industrie, des arts et métiers et du travail, en collaboration avec l'OFAS. 308 pages. Polygraphischer Verlag AG., Zurich 1964.

**The physically Handicapped Housewife** (la ménagère invalide). Fascicule 6 des « Publications du Comité central d'aide aux invalides physiques en Suède ». Edition anglaise publiée par la International Society for Rehabilitation of the Disabled, 68 pages, Norrtälje (Suède) 1959.

**Prosthetics International.** Délibérations du Deuxième congrès international des prothèses, Copenhague 1959. Publication du Comité des prothèses, attelles et moyens auxiliaires techniques de la International Society for Rehabilitation of the Disabled (réadaptation des invalides). 185 pages. Copenhague 1960.

**Réadaptation des déficients auditifs.** Série d'articles parus dans « Réadaptation », revue mensuelle, n° 117, p. 5-40. Paris 1965.

**Réadaptation des enfants hémophiles.** (Hémophilie, maladie du sang). Série d'articles parus dans « Réadaptation », revue mensuelle, fascicule 108, Paris 1964.

**Revue suisse des assurances sociales.** Fascicules 3 et 4.

*Paul Piccard*: Invaliditäts- und Versorgerschaden (Versorger, personne qui pourvoit à l'entretien), p. 161-185 et 233-277. *Konrad Schöttli*: Die Schweizerische Sozialversicherung im Jahre 1963, p. 198-201. *Markus Renggli*: Aus der Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes 1964, p. 202-214. *Otto Büchi*: Werdendes Sozialversicherungsrecht des Bundes, p. 215-226. *Marc Haldy*: Divers aspects de la solution suisse de prévoyance-vieillesse, invalidité et survivants, p. 278-306. Editions Stämpfli & Cie, Berne 1965.

**Der richtige Fahrstuhl** (le bon fauteuil roulant). Publié par la Fédération suisse des institutions en faveur des invalides (association pour l'aide aux handicapés physiques, affiliée à l'Association suisse Pro Infirmis). 12 pages. Zurich 1962. En vente au prix de 1 franc au secrétariat, case postale Pro Infirmis, 8032 Zurich.

## INFORMATIONS

### Nouvelles interventions parlementaires

Postulat Vontobel,  
du 29 novembre 1965

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

« Depuis l'entrée en vigueur de la dernière révision de l'AVS, l'indice national des prix à la consommation a passé de 205 à 217,7 points à fin octobre 1965. Il en est résulté que le pouvoir d'achat représenté par les rentes AVS et invalidité a diminué de 6 pour cent en moins de deux ans. Le Conseil fédéral est par conséquent invité à procéder à la révision accélérée des lois AVS et invalidité, afin d'assurer le plus rapidement possible aux bénéficiaires de rentes la compensation du renchérissement représenté par un indice monté à 220 points.

Le Conseil fédéral est invité en outre à examiner si, pour les rentes AVS et invalidité, il ne conviendrait pas d'instaurer une compensation du renchérissement fondée sur le principe de l'indexation, de sorte que la compensation puisse, à l'avenir, être versée aux bénéficiaires de rentes sans qu'il soit nécessaire d'appliquer le procédé compliqué de la révision de la loi. »

Postulat Wyss,  
du 30 novembre 1965

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

« Depuis que la 6<sup>e</sup> révision de l'AVS est entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 1964, la vie a continué de renchérir massivement dans le pays. Dès cette date et jusqu'à fin octobre 1965, l'indice des prix à la consommation a passé de 205 à 217 points; en d'autres termes, il a augmenté de 6,1 pour cent. Une adaptation des rentes de l'AVS et de l'AI fédérales est tout particulièrement urgente, car il importe que les personnes âgées, les orphelins et les invalides ne soient pas les victimes de ce renchérissement.

Le Conseil fédéral est invité en conséquence à présenter de toute urgence au Parlement :

1. Un projet d'adaptation des rentes au renchérissement qui s'est déjà manifesté et auquel il faut s'attendre dans un avenir rapproché;
2. Un rapport sur la question d'une indexation des rentes, qui s'impose toujours plus, pour des raisons d'ordre social et administratif, eu égard au renchérissement croissant et à la nécessité d'adapter sans cesse les rentes aux prix plus élevés. »

Question écrite Heil,  
du 6 décembre 1965

M. Heil, conseiller national, a présenté la question écrite suivante :

« Au début de 1964, des prestations AVS supérieures ont été payées à la suite de la 6<sup>e</sup> révision. Ces améliorations attendues de toutes parts ont été dévalorisées par le renchérissement qui dépasse vraisemblablement 7 pour cent pour les années 1964 et 1965. De nombreux indices font prévoir que le renchérissement persistera dans une mesure plus ou moins grande.

Le Conseil fédéral n'estime-t-il pas dès lors, et au vu de cette situation, qu'il conviendrait de prévoir à brève échéance une nouvelle révision conformément à l'article 102, 2<sup>e</sup> alinéa, de la loi sur l'AVS, sans observer le délai de cinq ans ? »

Postulat Dafflon,  
du 9 décembre 1965

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

« Au moment du vote par les Chambres fédérales de la 6<sup>e</sup> révision AVS en décembre 1963, l'indice des prix à la consommation atteignait 205 points. Aujourd'hui cet indice atteint 219,6 points (novembre 1965).

Le Conseil fédéral est-il prêt à soumettre aux Chambres fédérales un arrêté proposant, compte tenu de l'augmentation constante du coût de la vie, une adaptation des rentes AVS et AI qui maintienne le pouvoir d'achat de ces rentes au niveau de 1963 ?

Ne pense-t-il pas également que les rentes AVS et AI devraient être indexées à l'indice des prix à la consommation et réadaptées chaque fois que cet indice augmente de 5 points ?

Le Conseil fédéral, d'autre part, ne juge-t-il pas opportun de soumettre aux Chambres fédérales, dans les délais les plus brefs, un projet de loi créant de véritables retraites populaires généralisées, auxquelles auraient droit les habitants de notre pays ? »

Question écrite  
Dafflon,  
du 9 décembre 1965

M. Dafflon, conseiller national, a présenté la question écrite suivante :

« Répondant le 22 août 1962 à une petite question du sousigné, demandant qu'il renseigne sur les travaux de la commission spéciale pour l'étude des problèmes de la vieillesse et l'élaboration d'une « Charte de la vieillesse », le Conseil fédéral déclarait que cette commission, créée en 1961 par la Fondation suisse « Pour la vieillesse », qui avait à étudier des problèmes nombreux et très variés, comptait publier un rapport détaillé sur tous ces problèmes.

Plus de trois années se sont écoulées. Le Conseil fédéral peut-il informer sur le cours des travaux de la commission et est-il prêt à donner, si le résultat final doit encore se faire attendre, les premiers éléments des travaux de la commission ? »

Postulat Mossdorf,  
du 14 décembre 1965

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

« Lors de la 6<sup>e</sup> revision de l'AVS, le Conseil fédéral et les conseils législatifs ont entendu assurer, à chaque personne âgée, survivant et invalide, des moyens d'existence modestes. On peut constater avec satisfaction que tout a été fait entre-temps pour atteindre ce but. L'institution des prestations cantonales complémentaires pour combler les lacunes qui subsistent dans la protection sociale des vieillards, survivants et invalides est toute prochaine.

Le résultat obtenu est toutefois remis en question par la forte augmentation du coût de la vie, qui dégrade le pouvoir d'achat des rentes et des prestations complémentaires. Le Conseil fédéral est invité, en conséquence, à présenter des propositions sur les mesures qui doivent être envisagées en vue d'assurer le pouvoir d'achat des rentes AVS, des rentes d'invalides et des prestations complémentaires. »

#### Interventions parlementaires traitées

Question écrite  
Baudère,  
du 20 septembre 1965

Le Conseil fédéral a donné la réponse suivante, en date du 28 décembre 1965, à la question écrite Baudère (RCC 1965, p. 458):

« L'octroi de subventions pour la construction de maisons familiales adaptées aux exigences particulières du traitement ou de la réadaptation des enfants invalides devrait être assimilé à une subvention aux logements d'invalides. De telles contributions devraient alors aussi être accordées aux invalides adultes, surtout si elles facilitaient leur intégration dans le circuit économique. La création, sur le plan général, de possibilités de logement pour invalides est d'autant moins la tâche de l'AI que la construction de logements pour invalides est déjà favorisée par la loi fédérale du 19 mars 1965 concernant l'encouragement à la construction de logements. »

Question écrite  
Genoud, du  
22 septembre 1965

Le Conseil fédéral a donné la réponse suivante, le 4 janvier 1966, à la question écrite Genoud (cf. RCC 1965, p. 459):

« Lors des travaux préparatoires de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI, la question de savoir si les ressortissants suisses à l'étranger, assurés facultativement, pourraient être inclus dans le cercle des bénéficiaires a été examinée. On est arrivé à la conclusion que l'octroi des prestations complémentaires doit rester limité aux personnes domiciliées en Suisse. Aux termes de la loi précitée, des subventions fédérales sont accordées aux cantons qui servent, en vertu de leurs propres dispositions légales, des prestations complémentaires aux bénéficiaires de rentes de l'AVS, de l'AI ou d'allocations pour imposables de l'AI dont le revenu n'atteint pas un certain montant-limite. L'extension du cercle des bénéficiaires aux ressortissants suisses

à l'étranger, assurés facultativement, aurait pu, dans plusieurs cantons — pour des raisons avant tout financières — mettre en question, voire empêcher l'introduction des prestations complémentaires. De plus, la solution fédéraliste adoptée n'aurait pas permis d'arriver à une réglementation uniforme pour tous les ressortissants des différents cantons domiciliés à l'étranger. Enfin, l'octroi des prestations complémentaires au-delà des frontières de notre pays pourrait créer l'illusion d'une double assurance, ce qui serait susceptible d'entraîner, dans le pays de résidence, des répercussions défavorables sur le statut social de nos compatriotes assurés facultativement.

En revanche, il est prévu de régler la question de l'aide aux Suisses à l'étranger par la Confédération, en introduisant un nouvel article constitutionnel, ainsi que cela ressort du message du 2 juillet 1965.»

Postulat sur la LFA,  
du 13 décembre 1965

Dans sa séance du 13 décembre 1965, la commission du Conseil national chargée d'examiner le projet de loi modifiant la LFA a adopté, sur la proposition de son président, M. Zeller, conseiller national, le postulat suivant :

« Le Conseil fédéral est invité à examiner comment on pourrait supprimer ou tout au moins atténuer les rigueurs qui résultent du dépassement des limites de revenu dans le calcul des allocations familiales pour les petits paysans. »

Le Conseil national a décidé, lors de sa séance du 15 décembre, de transmettre le postulat au Conseil fédéral.

**Prestations  
complémentaires :  
échelonnement  
des subventions  
fédérales aux cantons**

Les subventions fédérales versées aux cantons pour les prestations complémentaires servies aux bénéficiaires de rentes de l'AVS et de l'AI sont mesurées d'après la capacité financière des cantons. La part de la Confédération pour les cantons financièrement forts est de 30 pour cent ; elle atteint 50 pour cent pour les cantons de force financière moyenne et 70 pour cent pour les cantons financièrement faibles. Par arrêté du 28 décembre 1965 concernant l'échelonnement des subventions fédérales d'après la capacité financière des cantons, le Conseil fédéral a classé les cantons de la manière suivante, en ce qui concerne les subventions à verser pour 1966 et 1967 :

Financièrement forts	Zurich, Zoug, Soleure, Bâle-Ville, Bâle-Campagne, Schaffhouse, Argovie, Neuchâtel et Genève (9)
De force financière moyenne	Berne, Lucerne, Unterwald-le-Bas, Glaris, Appenzell Rh.-Ext., Saint-Gall, Thurgovie, Tessin et Vaud (9)
Financièrement faibles	Uri, Schwyz, Unterwald-le-Haut, Fribourg, Appenzell Rh.-Int., Grisons et Valais (7)

**Prestations  
complémentaires :  
état des travaux  
législatifs dans les  
différents cantons  
au 1<sup>er</sup> janvier 1966**

Depuis novembre 1965, la RCC donne connaissance, au fur et à mesure, des lois cantonales adoptées définitivement.

Au moment où la loi fédérale entre en vigueur, il peut paraître utile de donner, de plus, un aperçu général sur l'état des travaux législatifs dans les différents cantons.

1. Dans sept cantons (Schwyz, Fribourg, Soleure, Appenzell Rh.-Int., Vaud, Neuchâtel et Genève), la loi sur les prestations complémentaires a acquis un caractère définitif, c'est-à-dire qu'elle a été acceptée en votation populaire, ou alors le délai référendaire — pour autant qu'un tel ait dû être respecté — n'a pas été utilisé. (De plus, le canton d'Appenzell Rh.-Ext. a introduit, par voie d'ordonnance, un régime transitoire à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1966 et jusqu'à la promulgation — envisagée avec effet rétroactif — de la loi définitive.)

2. Dans cinq cantons (Lucerne, Schaffhouse, Grisons, Tessin et Valais), la loi a été approuvée par l'autorité législative. Toutefois, elle doit encore être soumise au vote populaire en 1966, ou alors le délai référendaire courait encore à fin 1965.

3. Dans neuf cantons (Zurich, Berne, Glaris, Zoug, Bâle-Campagne, Appenzell Rh.-Ext., Saint-Gall, Argovie et Thurgovie), le projet de loi a été transmis à l'autorité législative. Celle-ci a, dans certains de ces cantons, déjà commencé les délibérations à son sujet sans toutefois que le vote final soit intervenu.

4. Dans quatre cantons (Uri, Unterwald-le-Haut, Unterwald-le-Bas et Bâle-Ville), le projet de loi sera traité selon les prescriptions cantonales particulières applicables en matière de législation, mais n'a pas encore été soumis au Parlement cantonal.

Les cantons énumérés dans les deux premiers groupes, ainsi que Zurich, Zoug, Appenzell Rh.-Ext. et Saint-Gall, ont mis en vigueur leur loi à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1966 ou envisagent de lui faire prendre effet rétroactivement à cette date. Berne, Unterwald-le-Bas, Glaris et Bâle-Ville choisiront vraisemblablement, pour l'entrée en vigueur de leur loi, une date postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 1966. Pour les cantons d'Uri, Unterwald-le-Haut, Bâle-Campagne, Argovie et Thurgovie, cette question de l'entrée en vigueur de la loi est encore en suspens. Les indications données à la page 488 de la RCC 1965 sont précisées dans ce sens.

**Prestations  
complémentaires  
dans le canton  
de Soleure**

Par 19 611 oui contre 4818 non, le souverain du canton de Soleure a, les 11/12 décembre 1965, accepté la loi sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI. Cette loi règle avant tout les questions d'organisation et financières; elle charge en outre le Grand Conseil de fixer les limites de revenu et d'édic-

ter les dispositions nécessaires au sujet du revenu et de la fortune à prendre en compte et des déductions. Très vraisemblablement, les limites de revenu seront fixées aux montants maximums de la loi fédérale. La loi est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1966.

**Prestations  
complémentaires  
dans le canton  
d'Appenzell Rh.-Ext.**

Le 6 décembre 1965, le Grand Conseil du canton d'Appenzell Rh.-Ext. a approuvé l'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI, qui introduit un régime transitoire jusqu'à l'entrée en vigueur d'une loi que la « Landsgemeinde » devra sanctionner. Les limites de revenu du régime transitoire sont — contrairement à celles de la loi, qui a simultanément été approuvée en première lecture et qui sera vraisemblablement mise en vigueur ultérieurement avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 1966 — réduites d'un cinquième par rapport aux limites maximales prévues par la loi fédérale.

**Prestations  
complémentaires  
dans le canton  
d'Appenzell Rh.-Int.**

Dans sa séance du 18 novembre 1965, le Grand Conseil du canton d'Appenzell Rh.-Int. a adopté l'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI. Il n'y aura pas de votation populaire. Les limites de revenu prévues correspondent aux montants maximums de la loi fédérale. Le montant global déductible du revenu provenant de l'exercice d'une activité lucrative, ainsi que du montant annuel des rentes et pensions, est porté à 480 francs pour les personnes seules et à 800 francs pour les couples et les personnes qui ont des enfants ayant ou donnant droit à une rente. De plus, une déduction de 750 francs ou 1200 francs par an au maximum est prévue pour le loyer, dans la mesure où il excède un cinquième de la limite de revenu déterminante. La loi est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1966.

**Prestations  
complémentaires  
dans le canton  
de Neuchâtel**

En votation populaire, les 4 et 5 décembre 1965, le canton de Neuchâtel a adopté par 22 412 oui contre 381 non le projet de loi sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI. Les limites de revenu prévues correspondent aux montants maximums de la loi fédérale. Le montant global déductible du revenu provenant de l'exercice d'une activité lucrative, ainsi que du montant annuel des rentes et pensions, est porté à 480 francs pour les personnes seules et à 800 francs pour les couples (taux supérieurs). Enfin, une déduction pour loyer, correspondant à l'article 4, lettre c, de la loi fédérale est prévue.

L'entrée en vigueur de la loi a été fixée au 1<sup>er</sup> janvier 1966.

## Allocations familiales dans le canton de Vaud

Le 22 novembre 1965, le Grand Conseil a voté un projet de loi modifiant celle sur les allocations familiales et, le 29 novembre, il a adopté la « Charte sociale agricole » qui règle, de façon nouvelle, l'octroi des allocations familiales dans l'agriculture. Les deux lois sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1966. Il convient d'en citer les dispositions suivantes :

### 1. Allocations familiales aux salariés non agricoles

*a. Allocations pour enfants.* Le taux minimum légal a été relevé de 20 à 25 francs par mois et par enfant. L'allocation est versée jusqu'au 31 mars de la seizième année.

Le droit à l'allocation est prolongé, à raison de 60 francs par mois, jusqu'à l'âge de 20 ans révolus pour les enfants incapables de gagner leur vie par suite de maladie, d'accident ou d'infirmité.

*b. Allocations de formation professionnelle.* Les enfants qui font des études ou un apprentissage donnent droit à une allocation de formation professionnelle de 60 francs par mois. Celle-ci est versée du 1<sup>er</sup> avril de la seizième année jusqu'à 25 ans révolus. L'allocation est réduite, voire supprimée, lorsque l'enfant obtient un gain dépassant le montant fixé dans un barème édicté par le Conseil d'Etat.

*c. Allocation de naissance.* Cette prestation a été portée de 100 à 150 francs.

*d. Concours de droits.* De nouvelles prescriptions sont applicables pour régler l'octroi des allocations lorsque les conjoints sont tous deux salariés. Si le père et la mère de l'enfant exercent tous deux une activité dépendante complète, chaque conjoint a droit à une demi-allocation. En ce qui concerne les autres cas de concours de droits, le Conseil d'Etat établira une réglementation par voie d'arrêté.

### 2. Charte sociale agricole

Se fondant sur les dispositions de la Charte sociale agricole, le canton prend des mesures visant à encourager la prévoyance sociale dans l'agriculture. L'encouragement de l'Etat concerne non seulement les allocations familiales, mais encore l'assurance en cas de maladie et d'accidents, les assurances-vieillesse, survivants et invalidité complémentaires professionnelles et toutes autres mesures de caractère social organisées par la caisse agricole.

Aux termes de la charte, les agriculteurs et viticulteurs de condition indépendante, à ressources modestes, ainsi que les travailleurs agricoles, ont droit à des allocations familiales. Les genres et montants d'allocations correspondent à ceux du régime d'allocations familiales aux salariés non agricoles.

**Envois postaux  
à la Centrale  
de compensation**

Certaines caisses de compensation effectuent souvent le même jour plusieurs envois séparés (jusqu'à une dizaine) à la Centrale de compensation. Même si l'on fait abstraction du travail occasionné par l'emballage et le déballage de ces envois, il convient de rappeler que ceux-ci sont compris dans l'affranchissement à forfait AVS/AI/APG, qui est à la charge du Fonds de compensation. Il est donc recommandé une fois de plus aux caisses de compensation de réunir leurs envois à la Centrale et de ne les expédier qu'une fois par jour.

**RCC: Couverture**

On demande souvent à l'OFAS si celui-ci ne pourrait pas livrer des couvertures pour les tomes annuels de la RCC. La livraison de telles couvertures a été étudiée à plusieurs reprises; cependant, il ne s'est pas trouvé un assez grand nombre d'intéressés pour un tirage minimum. La confection en série de couvertures pour la RCC n'entre donc pas en ligne de compte.

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

Page 6, caisse 1, Zurich  
Nouvelle adresse: 8005 Zurich, Josefstrasse 84  
Nouveau numéro de tél.: (051) 44 41 00  
Page 23, Commission AI du canton de Zurich  
Nouvelle adresse: 8005 Zurich, Josefstrasse 84  
Nouveau numéro de tél.: (051) 44 41 06

**Nouvelles  
personnelles**

M. *Edmond Barbey*, banquier, Genève, a quitté le conseil d'administration du Fonds de compensation AVS à la fin de l'année écoulée. Le Conseil fédéral a nommé à sa place M. *Enrico Conti*, directeur de la Banque cantonale tessinoise, Bellinzona, jusqu'alors suppléant. M. Barbey est remplacé au sein du comité de direction par M. *Edouard Debétaz*, conseiller d'Etat vaudois, Yvonand.

Dans la subdivision AVS/AI/APG de l'OFAS, les fonctionnaires suivants ont été nommés adjoints II pour le 1<sup>er</sup> janvier 1966:

- M<sup>e</sup> Martial Antille (section des rentes et des indemnités journalières)
- Otto Büchi (gérance de la subdivision)

# JURISPRUDENCE

---

## Assurance-vieillesse et survivants

### COTISATIONS

*Arrêt du TFA, du 17 septembre 1965, en la cause Fondation X.*

Article 13 RAVS. Lorsque l'employeur met à la disposition du salarié un logement dont le loyer est déduit du salaire en espèces, les cotisations paritaires sont perçues sur le salaire avant déduction du loyer. Une évaluation spéciale du loyer fondée sur l'article 13 RAVS ne doit intervenir que là où le montant de la retenue s'écarte manifestement de la valeur réelle de l'avantage concédé.

*Articolo 13 OAVS. Quando il datore di lavoro procura al salariato un'abitazione la cui pigione è dedotta dal salario in natura, i contributi assicurativi sono prelevati dal salario prima che sia dedotta la pigione. Una valutazione speciale fondata sull'articolo 13 OAVS va fatta solo quando la ritenuta si scosta manifestamente dal valore reale del vantaggio accordato.*

1. ...

2. D'après la Circulaire sur le salaire déterminant, valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 1962, de l'OFAS, « si le salaire n'a été convenu qu'en espèces ou si son montant découle des normes d'un contrat collectif ou d'un règlement ressortissant au droit public (« salaire au grand mois », « salaire brut » ou « salaire réel »), et s'il est par ailleurs établi quel montant le salarié doit verser à l'employeur en contrepartie de la nourriture et du logement que celui-ci lui fournit, on ne doit pas considérer être en présence d'un salaire en nature. On n'appliquera donc pas les taux pour l'estimation du salaire en nature, mais l'on calculera les cotisations sur le salaire en espèces effectivement convenu... » (chiffre 60).

3. Le TFA ne voit aucun motif de s'écarter de ces directives en l'occurrence. Si, pour percevoir les cotisations au paiement desquelles est astreint tout assuré exerçant une activité lucrative dépendante, il est nécessaire de procéder à une estimation des prestations en nature constituant la rétribution partielle ou totale de l'assuré, il n'en va pas de même lorsque la rémunération de ce dernier a été fixée en espèces.

Dans ce cas, en effet, l'administration dispose en principe d'éléments suffisants pour arrêter les cotisations dues, et ceci dans les cas aussi où le contrat liant les parties règle également certaines questions accessoires, telles que la mise à la disposition de l'employé d'un logement moyennant versement d'un loyer dont le montant doit être déduit du salaire convenu. Or, il n'y a pas lieu de s'immiscer sans motifs impérieux dans les relations entre employeur et employé, même si, parfois, le loyer ainsi fixé est inférieur à la valeur locative réelle de l'appartement dont l'assuré a la jouissance. Ainsi que le relève l'OFAS, une dérogation à ces principes ne saurait se justifier que dans l'hypothèse où l'estimation des parties divergerait à tel point de la valeur économique effective du logement que l'on doit admettre que ces dernières ont entendu tourner la loi.

4. Dans le présent litige, le salaire des personnes qui occupent les appartements en cause est fixé en espèces et le loyer convenu est déduit chaque mois du traitement des intéressés. Il y a donc lieu de faire application des directives précitées de l'OFAS: vu l'ensemble des circonstances, on ne saurait considérer en l'espèce la différence d'appréciation comme suffisante pour justifier une telle dérogation.

## RENTES

*Arrêt du TFA, du 11 février 1965, en la cause L. C.*

**Article 18, 2<sup>e</sup> alinéa, LAVS.** Les conditions d'ouverture du droit à la rente doivent, en règle générale, être remplies au moment de la réalisation de l'événement assuré. Tel est notamment le cas de la durée minimum de cotisations.

*Articolo 18, capoverso 2, LAVS.* Le condizioni della nascita del diritto alla rendita devono, di norma, essere adempite al momento dell'avverarsi dell'evento assicurato. Questo vale specialmente per la condizione della durata minima di contribuzione.

Les époux C., de nationalité grecque, ont vécu en Suisse de 1939 à 1945, puis sans interruption dès l'été 1946. Le mari, né en 1895, a régulièrement payé des cotisations à l'AVS du 1<sup>er</sup> janvier 1948 jusqu'à son décès survenu en 1956; l'épouse, née en 1902, a cotisé de 1954 à 1958, puis de 1961 à 1963 après une interruption de deux ans de son activité lucrative.

L'assurée n'a pas obtenu de rente de veuve au décès de son mari, dont la durée de cotisations n'était que de huit années, et n'a pas demandé le remboursement des cotisations. Le 29 juin 1964, toutefois, elle requit l'octroi d'une rente de vieillesse que la caisse de compensation, se fondant sur l'article 18, 2<sup>e</sup> alinéa, LAVS, lui refusa par décision du 24 juillet 1964.

L'assurée recourut contre cette décision, en faisant valoir que les cotisations versées par son mari devaient lui donner droit à une rente; en outre, elle avait acquis en 1959 un bénéfice de 400 francs par la location d'une chambre et, pour les premiers mois de 1960, elle avait touché 1200 francs en exploitant un commerce, revenus sur lesquels elle offrait de payer des cotisations. La commission cantonale

de recours admit le recours, estimant que le principe de l'unité du couple permettait d'ajouter à la durée de cotisations du mari celle de la veuve. L'assurée avait dès lors droit à une rente de veuve, dans la mesure où celle-ci n'était pas prescrite; cette rente devait être fixée sur la base des années de cotisations du mari et de cotisations du couple arrêtées à fin juin 1956, et devait être convertie, dès le 1<sup>er</sup> août 1964, en une rente de vieillesse simple calculée sur les mêmes bases selon l'article 33, 3<sup>e</sup> alinéa, première phrase, LAVS.

Le TFA a admis l'appel interjeté par l'OFAS pour les motifs suivants:

1. Selon l'article 18, 2<sup>e</sup> alinéa, LAVS, les « étrangers et les apatrides, ainsi que leurs survivants qui ne possèdent pas la nationalité suisse, n'ont droit à une rente qu'aussi longtemps qu'ils ont leur domicile civil en Suisse et que si les cotisations ont été payées pendant 10 années entières au moins », sous réserve de conventions internationales contraires.

Dans l'espèce, l'intimée est ressortissante grecque, comme l'était son mari. Aucune convention n'a été conclue entre la Grèce et la Suisse, et aucun autre accord international n'est applicable en l'occurrence. Aussi les droits que l'intimée pourrait faire valoir envers l'AVS dépendent-ils de la réalisation des conditions posées par la disposition susmentionnée.

2. Les premiers juges ont prononcé que l'assurée avait droit à une rente ordinaire de veuve, convertie dès l'âge de 62 ans révolus en une rente de vieillesse simple. Pour ce faire, ils ont estimé que les huit années entières de cotisations payées par le mari du 1<sup>er</sup> janvier 1948 jusqu'à son décès pouvaient être complétées par les cotisations versées ensuite par la veuve, et qu'il était ainsi satisfait dès 1958 aux exigences de l'article 18, 2<sup>e</sup> alinéa, LAVS. La Cour de céans ne peut se rallier à cet avis.

a. Le droit à prestations de l'AVS implique, en principe, que toutes les conditions requises en soient remplies au moment de la réalisation de l'événement assuré. Ce principe, qui découle clairement du système légal de l'assurance et a été maintes fois reconnu et confirmé par la jurisprudence, vaut sans réserve aucune pour l'exigence de la durée minimum de cotisations (voir p. ex. ATFA 1957, p. 204 ss = RCC 1957, p. 432).

L'événement assuré ouvrant droit à une rente de veuve survient, aux termes de l'article 23, 3<sup>e</sup> alinéa, LAVS, « le premier jour du mois qui suit le décès du mari ». Cet événement s'est donc réalisé, dans l'espèce, le 1<sup>er</sup> mai 1956. Or, il n'est pas contesté que, à cette date, les cotisations n'avaient pas été payées — et même n'auraient pu l'être, vu l'entrée en vigueur de l'assurance le 1<sup>er</sup> janvier 1948 seulement — durant dix années entières. Cette condition de l'article 18, 2<sup>e</sup> alinéa, LAVS n'étant pas remplie lors de la réalisation de l'événement assuré, aucun droit à une rente de veuve ne pouvait prendre naissance, ni immédiatement ni ultérieurement. Il en résulte que l'intimée ne peut davantage bénéficier, dès l'âge de 62 ans, d'une rente de vieillesse qui découlerait de sa qualité de survivante, par conversion de la rente de veuve — inexistante — en une rente de vieillesse simple selon l'article 33, 3<sup>e</sup> alinéa, première phrase, LAVS.

b. Il convient de relever par ailleurs que, même s'il s'agissait d'une période antérieure à l'événement assuré, le juge ne saurait prononcer que la durée de cotisations du mari devrait être complétée par celle de la veuve. Les premiers juges invoquent certes une analogie avec les considérants d'un arrêt rendu par le TFA (RCC 1959,

p. 356). Mais, outre que cet arrêt concernait le seul mode de calcul d'une rente de couple (et non les conditions du droit même à la rente) dans certains cas de durée incomplète de cotisations (alors que la durée de cotisations du mari était complète dans l'espèce), la situation légale s'est modifiée depuis lors: dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1964, en effet, l'article 30, 6<sup>e</sup> alinéa, LAVS accorde au Conseil fédéral l'autorisation d'édicter « des prescriptions spéciales... sur la prise en compte, à titre subsidiaire, des cotisations et années de cotisations de l'épouse lorsque la durée de cotisations du mari est incomplète... ». Cette disposition nouvelle non seulement confirme le principe du droit à la rente de veuve sur la base de la seule durée de cotisations du mari, mais encore interdit désormais d'admettre — comme l'avait fait l'arrêt précité, qui s'en trouve dépassé — que le problème de dérogations possibles aurait échappé au législateur et que le juge aurait la faculté d'y remédier. Le fait que le Conseil fédéral n'a pas usé jusqu'ici de l'autorisation à lui donnée par le législateur ne diminue en rien la portée de cette situation légale nouvelle.

3. Si l'intimée ne peut bénéficier d'une prestation quelconque en sa qualité de survivante de son mari, il reste à voir si elle aurait pu acquérir personnellement un droit à une rente de vieillesse. La Cour de céans ne peut cependant que confirmer sur ce point la réponse négative des premiers juges. Il faudrait, en effet, que l'assurée ait payé elle-même des cotisations pendant dix années entières au moins. Or, elle ne remplit pas cette condition.

a. Certes, l'intéressée fait valoir que dès 1959, elle a loué une ou plusieurs chambres, qu'elle en a déclaré le bénéficiaire au fisc et qu'elle est prête à payer les cotisations sur ce revenu. Cependant, la location de chambres ne représente pas l'exercice d'une activité lucrative, même si la logeuse en assume le service d'entretien, sauf si l'ampleur en dépasse un cadre familial (voir p. ex. ATFA 1950, p. 195; RCC 1951, p. 153, et 1965, p. 36). Or, le montant insignifiant du bénéficiaire, de 400 francs par an, ne permet pas d'admettre dans l'espèce une activité débordant le cadre usuel de l'activité déployée dans le ménage. Quant au commerce exploité durant les deux premiers mois de l'année 1960, il est superflu d'examiner si le revenu qui en a été tiré aurait ou non dû être soumis à cotisations, car même le paiement éventuel des cotisations correspondantes ne permettrait pas à l'intimée d'atteindre la durée minimum requise de dix années entières.

b. La durée de cotisations de l'assurée ne peut davantage être complétée par la prise en compte, à titre subsidiaire, des cotisations et années de cotisations du mari. Si même l'article 30, 6<sup>e</sup> alinéa, LAVS devait permettre une telle solution, il incomberait au Conseil fédéral de la fixer par une norme particulière (voir considérant 2 ci-dessus).

Aussi peu satisfaisant que puisse être le refus de toute rente dans les circonstances de l'espèce, le juge est tenu d'appliquer la loi et n'a pas le pouvoir de déroger à des dispositions qui ne souffrent plus aucune interprétation différente.

## Assurance-invalidité

### RÉADAPTATION

*Arrêt du TFA, du 4 juin 1965, en la cause A. M.*

Articles 5, 2<sup>e</sup> alinéa, et 12 LAI. Les interventions chirurgicales qui sont médicalement indiquées pour traiter l'épiphyséolyse d'un jeune assuré, après l'apparition du glissement de la tête fémorale, représentent en principe des mesures de réadaptation.

*Articoli 5, capoverso 2, e 12 LAI. Gli interventi chirurgici medicalmente indicati nel caso di epifisiolisi di un giovane dopo l'inizio dello slittamento della testa del femore, sono considerati, in via di principio, provvedimenti sanitari.*

La prise en charge de mesures médicales a été demandée à l'AI le 18 mars 1963 en faveur de l'assuré, né en 1948. Dans un rapport du 10 avril 1963, le médecin traitant a informé la commission AI que l'assuré souffrait d'une épiphyséolyse du fémur gauche (glissement de la calotte fémorale à la suite de troubles de la croissance) et d'un début d'épiphyséolyse à droite nécessitant son hospitalisation. Par la suite, il s'est révélé que l'assuré avait été hospitalisé du 3 février au 9 mars 1963 et qu'au cours de cette période, un médecin avait procédé à un vissage de la tête fémorale à gauche et en même temps à un vissage préventif à droite. Le 17 mai 1963, la commission AI décida de refuser la prise en charge de ces mesures médicales, étant donné qu'on n'était pas en présence d'une infirmité congénitale. Le père de l'assuré recourut contre la décision de la caisse du 12 juin 1963. A la demande du président de l'autorité de recours, le médecin traitant fit savoir que la calotte fémorale gauche de l'assuré avait glissé en arrière et vers le bas; afin d'éviter que le glissement ne continue, on avait fixé l'articulation au moyen d'une vis, et l'épiphyséolyse s'était guérie, du moins en ce qui concerne les os. Le moindre glissement de la calotte fémorale qui n'est pas traité immédiatement conduit, dans l'espace de 15 à 20 ans, à une grave *arthrosis deformans* (altération généralisée des articulations); c'est pourquoi il était dans l'intérêt de l'AI de faire traiter le plus tôt possible l'épiphyséolyse même minime.

Par jugement du 18 novembre 1963, l'autorité de recours rejeta le recours pour les motifs suivants: L'épiphyséolyse n'était pas une infirmité congénitale au sens de l'article 13 LAI. En revanche, on pouvait se demander si les mesures médicales appliquées faisaient partie des mesures définies à l'article 12 LAI. Il fallait le nier, car selon la jurisprudence, seules les opérations faites au dernier stade (*stadium progrediens*) de l'épiphyséolyse étaient des mesures de réadaptation, même si les déclarations du médecin mettaient en question l'exactitude des critères adoptés.

Le père de l'assuré a déféré ce jugement cantonal au TFA en demandant que les frais des mesures médicales appliquées soient pris en charge par l'AI. Il joint à son mémoire un certificat médical du 18 février 1964, selon lequel il ne s'agit ici ni d'une

infirmité congénitale, ni d'une épiphyséolyse *progrediens*. Ce médecin est toutefois d'avis que l'AI doit en tout cas assumer les frais de l'opération du côté gauche, car cette mesure unique et adéquate a préservé l'assuré d'une diminution notable de sa capacité de gain. La caisse de compensation renonce à se prononcer. Dans son préavis, l'OFAS, rappelant la jurisprudence, demande le rejet de l'appel. Après l'échange des mémoires entre les parties, le dossier a été soumis à un autre médecin. Le père de l'assuré et l'OFAS se sont prononcés sur le rapport de cet expert. Le TFA a admis partiellement l'appel pour les motifs suivants :

1. ...

2. ... (Voir RCC 1963, pages 122, 300 et 410). Ainsi que le Tribunal l'a prononcé dans un arrêt récent, ceci vaut — à l'encontre de ce qui a été dit dans deux autres arrêts (ATFA 1962, page 316, et 1963, page 113) — non seulement pour les assurés mineurs au seuil de la formation professionnelle, mais aussi pour les assurés plus jeunes. Cependant, plus ces assurés sont éloignés de l'âge de la formation professionnelle et du début de l'activité lucrative, moins grande sera, dans nombre de cas, la vraisemblance d'une incapacité future de gain — ne serait-ce qu'en raison des facultés d'accoutumance et de l'éventail des possibilités de formation — et moins il sera aisé d'admettre la prédominance des desseins de réadaptation professionnelle, si des mesures médicales sont en cause. En outre, et toujours selon l'arrêt déjà cité, le préjudice porté à la formation professionnelle et à la capacité ultérieure de gain doit être sérieux; si ce préjudice est insignifiant ou si l'atteinte prévisible à la santé n'empêche pas l'assuré d'exercer une activité adéquate, répondant à ses aptitudes, le traitement de l'affection évolutive ne présente pas le caractère de mesure de réadaptation.

3. Le professeur X a soumis à plusieurs reprises déjà au Tribunal des expertises concernant l'épiphyséolyse et les mesures médicales qu'elle requiert. Dans un cas, le professeur Y s'est également prononcé sur ces questions. Ses déclarations confirment en principe celles du professeur X, tout en les précisant à divers égards.

Ainsi que le professeur X l'explique dans une expertise, l'épiphyséolyse est due à un trouble de la zone de croissance entre le col et la tête du fémur. Elle apparaît le plus souvent chez des garçons de 12 à 16 ou 17 ans et chez des filles de 10 à 14 ou 15 ans. Dans la phase initiale (*stadium imminens*), cette zone de croissance cartilagineuse perd sa solidité et devient moins résistante aux sollicitations mécaniques. Toutefois, selon le professeur Y, ce phénomène est passager dans un très grand nombre de cas et guérit spontanément. Certains patients cependant, selon les informations concordantes des professeurs X et Y, présentent un glissement et un déplacement de la calotte épiphysaire. Le professeur X distingue, suivant le degré du glissement, les stades *incipiens* et *progrediens*; en revanche, le professeur Y, dont les commentaires sont reproduits en détail dans l'arrêt, rejette cette distinction; il déclare notamment que le déplacement peut être soudain ou lent et progressif. Sitôt que le processus de glissement a commencé, le danger d'une évolution vers une déformation grave apparaît, sans qu'il soit possible de poser, dans le cas particulier, un pronostic même de probabilité sur l'évolution du mal. Lorsque le déplacement est important, on voit toujours apparaître, souvent très tôt, une arthrose de l'articulation coxale entravant de façon importante la capacité de gain; mais même un glissement très discret n'exclut pas la survenance de cette arthrose.

En ce qui concerne le traitement médical, les professeurs X et Y admettent que celui-ci peut être aussi bien opératoire que conservateur et qu'au stade *imminens* déjà, alors qu'il n'y a encore aucun glissement, des interventions opératoires ont eu lieu. Le professeur Y ajoute qu'il est extrêmement important d'intervenir par une opération

dans les premiers stades du glissement, afin de stabiliser l'articulation et de prévenir les complications inévitables qui accompagnent tôt ou tard un glissement plus prononcé.

4. Etant donné que l'épiphyséolyse n'est pas une infirmité congénitale au sens de l'article 13 LAI, on doit se demander seulement si et dans quelle mesure le traitement médical entrepris en cas d'épiphyséolyse appartient aux mesures médicales de réadaptation selon l'article 12 LAI. Les mesures étant appliquées pendant la minorité de l'assuré, on invoquera également l'article 5, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI. Selon les commentaires du professeur X sur le cas présent, il faut, lorsqu'on établit la distinction entre les mesures de réadaptation et le traitement de l'affection comme telle, savoir s'il est nécessaire de supprimer, par une opération visant la réadaptation à une activité lucrative, un état défectueux existant. Ce professeur assimile toutefois à cet état déjà existant « l'évolution rapide du glissement de la tête épiphysaire » à l'âge de la puberté, parce que dans ce cas, une intervention opératoire importante, visant à éliminer un état pathologique, malgré l'absence d'une déformation grave, s'impose.

Comme relevé précédemment, peu importe qu'on se trouve déjà en présence d'un état défectueux ou non, lorsqu'il s'agit de mineurs. Certes, il a été dit dans un arrêt du TFA, fondé sur une expertise du professeur X (ATFA 1963, p. 113), que si une « correction opératoire de la déformation » au stade *progrediens* n'était pas indispensable, le traitement médical ne présentait pas le caractère d'une mesure de réadaptation. Dans un autre arrêt, cependant (ATFA 1963, p. 257), ce Tribunal — se fondant toujours sur l'expertise du professeur X — a déclaré que lorsque l'évolution rapide de l'affection laissait prévoir que le dernier stade (*stadium progrediens*) et par la suite l'état défectueux étaient imminents, l'intervention opératoire indiquée devait également être assimilée à une mesure de réadaptation.

Les données complémentaires fournies par le professeur Y ont convaincu le tribunal que toutes les interventions opératoires qui sont indiquées lors du début du glissement de la calotte épiphysaire constituaient en principe des mesures de réadaptation. Au stade *imminens*, qui n'est encore accompagné d'aucun glissement, la condition à remplir (survenance, dans un proche avenir, d'un état de guérison avec séquelles ou de tout autre état stabilisé, si des mesures médicales ne sont pas appliquées) n'est toutefois pas encore réalisée, car dans de nombreux cas la guérison est spontanée. Par conséquent, les mesures qui, dans ces circonstances, sont opératoires à titre préventif ou conservatrices, suivant l'opinion du médecin, font partie du traitement de l'affection comme telle et ne sont pas à la charge de l'AI. Dès l'apparition du glissement toutefois, la situation juridique change. Certes, il faut admettre avec le professeur Y que même un pronostic approximatif de l'évolution est impossible: on ne peut prédire si le glissement progressera jusqu'aux formes les plus graves, ou s'arrêtera avant d'avoir atteint la limite considérée comme compatible encore avec une bonne fonction de la hanche. La pratique adoptée jusqu'à présent, selon laquelle seules les mesures appliquées à un stade avancé sont considérées comme mesures de réadaptation, a aussi l'avantage formel de prouver que sans traitement, on peut être certain qu'un état défectueux surviendra. Cependant, le danger d'une atteinte durable à la santé, menaçant la capacité de gain, est déjà si grand au moment du début du glissement qu'une opération, dont le médecin ne peut conseiller l'ajournement, présente, du point de vue des assurances sociales, le caractère prépondérant de mesure de réadaptation. Il serait en effet difficilement compréhensible que l'AI refuse d'assumer les frais d'une intervention simple, autorisant les plus grands espoirs, lorsqu'il s'agit d'un processus de glissement peu avancé, et qu'elle assume, peu après, ceux d'interventions plus difficiles qui, selon le professeur Y, ne peuvent souvent plus empêcher la survenance d'un état défectueux. Même si la gravité de l'état défectueux probable ne peut être évaluée, le danger d'un préju-

dice important à la capacité de gain conduit à reconnaître aux interventions opératoires uniques, au sens de l'article 2 RAI, dès le début du processus de glissement, le caractère prédominant de mesures de réadaptation. La question du traitement conservateur appliqué après le début du glissement peut rester indéfinie.

5. Dans le cas présent, la calotte épiphysaire gauche de l'assuré avait glissé en arrière et vers le bas, selon les indications du médecin; afin d'éviter que le glissement continue, ce médecin a fixé l'articulation au moyen d'une vis, à la suite de quoi l'épiphyséolyse a guéri en ce qui concerne les os. Le traitement opératoire entrepris à gauche après le début du glissement représente, en tant qu'acte unique au sens de l'article 2 RAI, une mesure de réadaptation selon l'article 12 LAI; c'est pourquoi l'AI doit assumer les frais de cette opération. Peu importe, à cet égard, que l'intervention ait eu lieu avant le prononcé de la commission AI. En effet, vu le danger d'une aggravation du glissement risquant de porter un préjudice sérieux à la capacité de gain future, l'intervention était urgente. Elle a donc dû être exécutée pour des motifs valables au sens de l'article 78, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI, avant que la commission se soit prononcée; en outre, la demande a été déposée dans les six mois après le début de l'application des mesures.

En revanche, le vissage à droite ne peut être pris en charge par l'AI; il a été exécuté à titre préventif, avant même qu'intervienne le début d'un processus de glissement. Toujours est-il que lorsque la commission AI devra décider quelle part des frais totaux encourus sera à la charge de l'AI, elle devra tenir compte d'une façon équitable du fait que le traitement préventif de la calotte fémorale droite a été effectué à titre accessoire, alors que l'assuré se trouvait de toute façon à l'hôpital pour le traitement de la jambe gauche.

*Arrêt du TFA, du 11 juin 1965, en la cause B. C.*

**Article 12 LAI.** Pour déterminer si une intervention, destinée à supprimer un état défectueux localisé, doit être prise en charge par l'AI, il faut considérer le but général de cette mesure, et non pas seulement son genre ou l'état de la partie du corps directement touchée par elle. La suppression opératoire d'une lésion acquise d'une valvule du cœur (vice mitral) vise en premier lieu la suppression ou l'amélioration d'un état maladif mettant la vie en danger, et ne sert par conséquent pas directement à la réadaptation.

*Articolo 12 LAI. Per stabilire se le spese di un intervento, destinato a sopprimere uno stato difettoso localizzato, devono essere assunte dall'AI, occorre tener conto dello scopo generale di questo provvedimento, e non soltanto della sua specie o dello stato della parte del corpo cui il provvedimento si applica direttamente. La soppressione operatoria di una lesione acquisita di una valvola cardiaca (vizio valvolare cardiaco) mira in primo luogo ad eliminare o migliorare uno stato morboso pericoloso per la vita e non serve, di conseguenza, direttamente all'integrazione.*

L'assuré, né en 1912, est atteint d'une sténose mitrale avec fibrillation auriculaire. L'affection se manifesta au printemps 1961 et s'aggrave par la suite à tel point que l'assuré dut entrer le 12 août 1963 à l'hôpital, où il fut considéré comme pratiquement incapable de travailler. Il souffrait d'une grave stase pulmonaire, accompagnée d'asthme cardiaque, d'une stase hépatique et d'œdèmes. En septembre 1963, l'assuré

s'annonça à l'AI en vue d'obtenir la prise en charge des mesures médicales. Dans son rapport du 2 octobre 1963, le médecin traitant communiqua à la commission AI que le cas de l'assuré avait été signalé à une clinique médicale universitaire pour examen des possibilités opératoires du vice mitral. Le 17 octobre 1963, la commission AI décida de prendre en charge, à titre de mesure d'observation, les frais du séjour dans la clinique universitaire; elle précisait en même temps qu'elle pourrait se prononcer sur l'octroi d'autres prestations seulement après réception du rapport médical. Le 28 octobre 1963, un médecin de la clinique universitaire fit savoir à la commission AI que le vice mitral avait déjà été corrigé opératoirement le 24 octobre, en raison de la grave insuffisance cardiaque qui se présentait constamment et du danger d'une éventuelle embolie artérielle provenant du ventricule gauche. Par prononcé du 12 novembre 1963, la commission AI refusa d'assumer les frais de l'opération pratiquée, car celle-ci ne représentait pas une mesure de réadaptation au sens de l'article 12 LAI.

L'assuré recourut contre la décision de la caisse du 5 décembre 1963 qui lui notifiât ce prononcé. De plus, un médecin établit une attestation ainsi conçue :

« Comme vous le savez, une correction opératoire de la lésion de la valvule mitrale a été pratiquée sur la personne de l'assuré... Nous sommes d'avis que cette intervention, qui avait pour objet non l'affection elle-même, c'est-à-dire le rhumatisme, mais seulement un des phénomènes qui en résultaient, ne doit pas être considérée comme traitement de l'affection comme telle. Il s'agit bien plutôt de la suppression palliative d'un défaut mécanique, ayant pour but une recompensation du système circulaire suffisante pour permettre la reprise du travail. »

Sur la base de cette déclaration, la commission de recours conclut que l'opération pratiquée représentait une mesure médicale de réadaptation; admettant par conséquent le recours, elle engagea l'AI à supporter les frais liés à cette intervention.

L'OFAS a fait appel contre ce jugement notifié le 5 février 1965.

Le TFA a admis le recours pour les raisons suivantes :

1. ...

2. Dans le cas présent, il faut se demander si une opération du cœur, visant à supprimer de graves troubles circulatoires, tombe sous le coup de l'article 12 LAI. Comme cela a déjà été dit, les mesures qui visent de façon prépondérante la guérison ou l'amélioration d'un état pathologique labile ne représentent pas des mesures de réadaptation au sens de cette disposition. Inversement, la règle veut que l'AI prenne en charge les mesures spécialement destinées à supprimer un état avec séquelles stables, si ces mesures promettent d'atteindre réellement et définitivement le succès escompté, au sens de l'article 12 LAI, et restent dans le cadre de l'article 2 RAI.

Cependant, l'article 12 LAI pose encore une autre condition dont dépend la validité de cette règle: que les mesures soient « directement nécessaires à la réadaptation professionnelle ». Il faut en conclure que les corrections de séquelles locales ayant pour objet direct et principal la suppression ou l'atténuation d'un phénomène pathologique labile étendu servent de façon prépondérante au traitement de l'affection comme telle, et sortent par conséquent du domaine des mesures de réadaptation circonscrit par l'article 12 LAI. Cela signifie que, pour décider si la suppression d'un état avec séquelles ressortit à l'AI, il faut tenir compte du but général de la mesure, et non pas seulement de sa nature, c'est-à-dire de l'état de la partie du corps que cette mesure concerne directement. C'est une question d'appréciation, la plupart du temps nécessaire et délicate, à trancher sur la base de l'article 12 LAI. Mais la con-

clusion à tirer ne fait en tout cas aucun doute quand il s'agit d'une mesure qui vise en premier lieu la suppression ou l'atténuation d'une maladie mettant la vie en danger —, car de tels actes ne remplissent certainement pas la condition que pose l'article 12 LAI quant à l'immédiété du but de réadaptation.

Il est vrai que — selon les rapports unanimes des médecins — en ce qui concerne la sténose mitrale proprement dite, on en était arrivé à un état stable avec séquelles, que l'on tenta de corriger grâce à une opération du cœur. Mais ce qui est déterminant, c'est qu'à l'époque où cette opération était envisagée, l'assuré souffrait de troubles circulatoires importants qu'il importait de supprimer ou d'atténuer. Le rapport d'un médecin parle d'une grave stase pulmonaire, accompagnée d'asthme cardiaque, de stase hépatique et d'œdèmes; en outre, d'après l'attestation d'un autre médecin, il existait un danger d'une éventuelle embolie artérielle provenant du ventricule gauche. Ainsi, ce n'était pas seulement la capacité de gain de l'assuré, mais sa vie même qui était menacée. Il en résulte que l'opération du cœur ne présentait pas le caractère prépondérant d'une mesure de réadaptation.

C'est par conséquent à bon droit que la commission AI a refusé de supporter les frais de l'opération du cœur. Contrairement aux arguments de la réponse à l'appel, l'assuré ne peut tirer aucun droit du fait que la commission AI a pris en charge le séjour d'observation dans la clinique universitaire car, dans ce prononcé, il était expressément indiqué que la commission AI ne pourrait se déterminer sur l'octroi de prestations ultérieures que lorsqu'elle aurait en main le rapport de la clinique universitaire. Ainsi, pendant le séjour d'observation, l'assuré ne pouvait pas compter que l'AI prendrait en charge l'opération.

*Arrêt du TFA, du 7 septembre 1965, en la cause M. E.*

**Article 14 LAI.** L'AI accorde en principe des prestations en nature sous forme de traitement et de soins en division commune. Les frais supplémentaires entraînés par le traitement en division privée ne sont à la charge de l'AI que si la mesure ne peut pas être appliquée en division commune.

*Articolo 14 LAI.* L'AI assegna, di regola, prestazioni in natura sotto forma di trattamento e di cura nella sezione comune. Le spese suppletive per trattamenti in sezione privata sono a carico dell'AI soltanto se il provvedimento non può essere eseguito nella sezione comune.

Le cas de l'assuré, né en 1942, fut annoncé à l'AI en février 1963. Par prononcé du 10 avril 1963, notifié par décision du 13 mai, la commission AI accorda les prestations suivantes:

- a. Opération de la progénie (prognathie inférieure), suivie de la pose d'une attelle, et séjour dans un hôpital cantonal pendant 2 à 3 semaines;
- b. Contrôles ambulatoires et traitement après la sortie de l'hôpital pendant une année;
- c. Octroi d'une attelle auxiliaire;
- d. Versement d'indemnités journalières pendant le séjour à l'hôpital et la convalescence.

L'assuré avait déjà séjourné du 16 au 21 décembre 1962, comme patient privé, à l'institut dentaire d'un hôpital cantonal, où le professeur X avait effectué l'opéra-

tion de la progénie. Plus tard, l'AI versa à l'hôpital, conformément à la facture présentée, une somme forfaitaire de 35 francs par journée d'hospitalisation pour l'ensemble du traitement.

Le 19 octobre 1963, l'institut dentaire présenta à l'assuré une facture de 2057 fr. 70. L'AI prit en charge 302 fr. 20 pour le traitement ambulatoire au printemps 1962 et pendant le premier semestre de 1963, plus 325 francs pour les attelles mécaniques; en revanche, elle refusa de payer le restant de cette somme, soit 1430 fr. 50 (les frais d'opération et de personnel assistant en constituaient la plus grosse part, soit 1200 fr.), alléguant que ces frais avaient été occasionnés seulement parce que l'assuré s'était fait soigner comme patient privé. La caisse de compensation notifia ce prononcé par décision du 29 septembre 1964.

L'assuré recourut auprès de l'autorité cantonale de recours, en déclarant qu'il avait dû se faire traiter par le professeur X à cause de la complication de son cas. Ce spécialiste ne l'aurait pas opéré en division commune, aussi avait-il été obligé de se faire admettre dans la division privée de l'hôpital. L'AI devrait donc prendre en charge une part équitable de la somme de 1430 fr. 50.

Par jugement du 11 janvier 1965, l'autorité cantonale rejeta ce recours, en alléguant dans l'essentiel que l'AI ne peut prendre en charge que les frais en division commune lorsque le traitement est appliqué dans un hôpital. En outre, le dossier révélait que l'assuré, en division commune, n'aurait seulement pas eu le droit d'être opéré par le professeur X.

L'assuré a porté ce jugement devant le TFA. Il précise que d'après les renseignements dont il dispose, le traitement en division privée n'a occasionné que des frais supplémentaires de 661 fr. 35. De la somme de 1430 fr. 50, l'AI devrait donc prendre en charge 769 fr. 15; elle devrait en outre, vu les circonstances, assumer également les frais supplémentaires, du moins en partie.

La caisse de compensation s'abstient de faire une proposition. Quant à l'OFAS, il propose le rejet de l'appel; il signale, notamment, que les attelles mécaniques, dont le coût est de 325 francs, sont comprises dans la somme forfaitaire versée à l'hôpital, car elles ne sont pas un moyen auxiliaire. Il appartiendra au tribunal de se prononcer sur la restitution des 325 francs payés à tort.

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

1. Par décision du 13 mai 1963, passée en force, l'opération de la progénie effectuée à l'hôpital en décembre 1962, ainsi que les contrôles et soins ambulatoires, plus une attelle, étaient pris en charge par l'AI. Est litigieuse, aujourd'hui, la question de savoir si l'AI doit prendre en charge la totalité des frais de ces prestations en vertu de la loi.

2. Les mesures médicales de réadaptation comprennent le traitement entrepris dans un établissement hospitalier ou à domicile par le médecin ou, sur ses prescriptions, par le personnel paramédical, ainsi que les médicaments ordonnés par le médecin (art. 14, 1<sup>er</sup> al., LAI). Si le traitement médical est appliqué dans un établissement hospitalier ou de cure, l'assuré a droit en outre au logement et aux repas<sup>1</sup> en division commune; s'il se rend dans une autre division, bien que les mesures puissent être appliquées dans la division commune, les frais supplémentaires sont à sa charge (art. 14, 2<sup>e</sup> al., LAI). De ceci, il appert que l'AI accorde en principe des prestations en nature sous forme de traitement et de soins en division commune. Il lui incombe donc de

<sup>1</sup> Cf. RCC 1965, page 476, note.

charger le médecin et l'hôpital de l'exécution des mesures ordonnées. Par conséquent, il existe un mandat qui lie l'assurance aux agents chargés d'exécuter les mesures. Dans la pratique, ces agents sont informés du mandat par la remise d'une copie de la décision. S'ils acceptent le mandat, ils sont dédommagés par l'assurance conformément aux conventions tarifaires (art. 27 LAI). En revanche, la prescription d'une mesure par l'AI ne crée pas nécessairement un lien juridique direct entre l'assuré et l'agent d'exécution. Sans exceptions, il est vrai, les cas où l'assuré se rend, comme le prévoit l'article 14, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI, dans une autre division d'un établissement, bien que la mesure ordonnée puisse être appliquée en division commune. Est réservé également le cas prévu à l'article 27, 3<sup>e</sup> alinéa, de la même loi (absence de convention entre l'AI et l'agent d'exécution).

3. Dans l'espèce, il y a déjà une particularité du fait que l'AI ne s'est prononcée sur les mesures en question qu'après leur exécution. Le traitement et les soins ont donc été appliqués sans doute en vertu d'un accord privé entre l'assuré et les agents d'exécution, accord sur lequel l'autorité juridictionnelle d'assurances sociales ne peut porter un jugement. Cependant, l'AI pouvait reconnaître ces mesures après coup et accorder alors les prestations en espèces qu'elle aurait octroyées, normalement, sur la base de conventions tarifaires, au moment d'ordonner des mesures non encore appliquées.

Comme déjà dit, l'AI prend en charge, en principe, les frais de traitement en division commune. Elle n'assume les frais supplémentaires entraînés par un traitement en division privée que si la mesure en question ne peut être appliquée en division commune. Or, rien n'indique que l'opération de la progénie, ici en cause, n'ait pas pu être effectuée dans la division commune de l'hôpital cantonal. La lettre du professeur X montre seulement que l'assuré n'aurait pas eu, en division commune, le droit d'être opéré par ce spécialiste. Si l'assuré avait été, sur décision de l'AI, opéré en décembre 1962 en division commune, l'AI aurait dû à l'hôpital, pour toutes les prestations médicales, une somme forfaitaire de 35 francs par jour selon les conventions tarifaires. Cette somme, l'AI l'a payée après coup sur la foi d'une facture de l'hôpital. Elle a également pris en charge les frais des traitements ambulatoires de 302 francs, selon la convention tarifaire conclue avec la Société suisse d'odonto-stomatologie, ainsi que les frais d'acquisition des attelles, soit 325 francs. En ce qui concerne ces attelles, elle s'est fondée apparemment sur la décision du 13 mai 1963, selon laquelle ces objets étaient reconnus comme moyens auxiliaires. Cette décision ayant passé en force, une restitution de la somme de 325 francs, dont parle l'OFAS, est exclue.

4. L'AI a ainsi versé les remboursements qu'elle aurait dû accorder en ordonnant le traitement en division commune. Il n'existe pas de base juridique pour justifier l'octroi d'autres prestations AI, si bien que l'appel doit être considéré comme non fondé. Quant à la question soulevée en procédure d'appel, celle du montant des frais supplémentaires occasionnés par le traitement en division privée, la cour de céans n'a pas à la trancher; il ne lui appartient pas davantage de décider ce que l'assuré doit encore à l'hôpital, en vertu de ses rapports juridiques avec ce dernier. En revanche, il est signalé à l'assuré que la prise en charge après coup des frais de traitement représentait, de la part de l'AI, une grande concession, puisqu'il n'est pas prouvé que l'opération ait dû être effectuée avant le prononcé de la commission AI « pour des motifs valables » (art. 78, 2<sup>e</sup> al., RAI). D'autre part, la décision du 13 mai 1963 est maintenant si éloignée dans le temps que sa révocation, pour cause de demande tardive, ne peut plus entrer en ligne de compte.

*Arrêt du TFA, du 16 juin 1965, en la cause M. S.*

Article 16 LAI; article 5, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI. Les frais supplémentaires d'une formation professionnelle initiale, dus à l'invalidité, sont calculés en principe en comparant les dépenses de l'invalidé pour cette formation aux dépenses qu'il devrait supporter, n'étant pas invalide, pour une formation de la même nature.

Si l'assuré entreprend une formation professionnelle après la survenance de l'invalidité, cette disposition est inapplicable au cas où il aurait, sans invalidité, manifestement acquis une formation moins coûteuse, et si le choix du métier est dicté par l'invalidité.

*Articolo 16 LAI; articolo 5, capoverso 2, OAI. Le spese suppletive per la prima formazione professionale cagionate dall'invalidità sono calcolate, di regola, confrontando le spese che l'invalido avrebbe incontrato per questa formazione con quelle che avrebbe dovuto sostenere, se non fosse invalido, per una formazione analoga.*

*Se l'invalido inizia una formazione professionale dopo essere diventato invalido, questa disposizione non può essere applicata che nel caso in cui, non essendo invalido, avrebbe ricevuto una formazione evidentemente meno costosa e la scelta della professione è imposta dall'invalidità.*

L'assurée, née en 1950, est aveugle de l'œil droit; elle voit normalement de l'œil gauche. En mars 1964, elle fut annoncée à l'AI par son père, qui demandait une contribution aux frais supplémentaires occasionnés, du fait de cette invalidité, par sa formation professionnelle initiale. Voici ce que le père de l'assurée écrivait sur la formule de demande: « Comme il est difficile aujourd'hui, avec un pareil handicap, de gagner sa vie sans avoir de métier en main, l'assurée désire devenir jardinière d'enfants. Elle ne peut cependant pas y arriver sans école secondaire. »

Par décision du 1<sup>er</sup> juillet 1964, la caisse de compensation notifia au père de l'assurée que la commission AI avait rejeté la demande déposée, l'infirmité de l'assurée n'étant pas de nature à lui occasionner, lors de sa formation initiale, des frais supplémentaires. Le père recourut contre cette décision, en alléguant que l'assurée devait, à cause de son infirmité, apprendre un métier pour se rendre indépendante. Il était clair en outre qu'il ne pouvait être question de n'importe quel métier. Pour acquérir la formation de jardinière d'enfants, l'assurée pourrait, certes, suivre des cours dans un couvent, ce qui entraînerait cependant de gros frais.

Par jugement du 28 décembre 1964, l'autorité cantonale de recours rejeta le recours. Elle considérait que ce n'était pas en raison de son invalidité que l'assurée suivait une formation de jardinière d'enfants; que, cela mis à part, cette formation n'occasionnait pas, du fait de l'invalidité, des frais supplémentaires, lesquels pouvaient seuls être pris en charge par l'AI.

Le père de l'assurée a porté le jugement cantonal devant le TFA. Il explique qu'avec une capacité visuelle normale, l'assurée n'aurait pas choisi la profession de jardinière d'enfants, dont les frais de formation s'élèvent à environ 2000 francs par an. La caisse de compensation, elle, se réfère à la solution adoptée par la commission AI, qui maintient son prononcé. Dans son préavis, l'OFAS recommande le rejet de l'appel.

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

En vertu de l'article 16 LAI, l'assuré qui n'a pas encore eu d'activité lucrative et à qui sa formation professionnelle initiale occasionnelle, 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. L'article 5, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI précise que les frais de formation professionnelle initiale sont réputés beaucoup plus élevés s'ils dépassent de plus de 240 francs par année ceux que l'assuré aurait pour une formation de même nature s'il n'était pas invalide. Lorsque l'assuré avait reçu un début de formation professionnelle avant d'être invalide, les frais de cette formation seront pris comme base de calcul pour déterminer les frais supplémentaires occasionnés par l'invalidité; on procédera de même lorsque, non invalide, l'assuré aurait reçu manifestement une formation moins coûteuse que celle qui est envisagée.

Ainsi, d'après cette disposition, on calcule les frais supplémentaires occasionnés, du fait de l'invalidité, par la formation professionnelle initiale — lesquels sont seuls supportés par l'AI — en comparant les dépenses de l'invalide pour sa formation à celles qu'il aurait, sans invalidité, pour une formation de même nature. Si l'assuré entreprend une formation professionnelle alors qu'il est déjà invalide, ce principe ne trouve pas d'application dans les cas où l'assuré, sans invalidité, aurait manifestement suivi une formation moins coûteuse que celle qu'il a dû choisir en raison de son invalidité.

Il n'est pas nécessaire d'examiner ici de manière exhaustive dans quelles circonstances ces conditions sont remplies. Dans l'espèce, on ne peut en tout cas se fonder sur le principe selon lequel les frais de formation de l'assurée devraient être comparés à ceux qu'occasionnerait, sans invalidité, une formation de même nature. Car ce n'est nullement l'invalidité qui obligeait l'assurée à choisir la formation de jardinière d'enfants, laquelle entraîne le cas échéant de très grands frais; comparée à une jeune fille qui voit des deux yeux, l'assurée, aveugle d'un œil, n'était pas à tel point limitée dans le choix d'une profession qu'aucune autre activité n'aurait pu entrer en ligne de compte pour elle. Beaucoup de professions restaient accessibles; ainsi, elle aurait pu, sans plus de difficultés et à moins de frais, devenir employée de bureau ou de maison. Par conséquent, ce qui fut déterminant dans le choix du métier, ce n'est visiblement pas l'infirmité, mais ce sont les goûts de l'assurée.

Certes, du point de vue de l'AI, rien n'empêchait l'assurée d'embrasser la profession de jardinière d'enfants, si cela répondait à ses aptitudes. Cependant, elle n'a droit — suivant le principe énoncé ci-dessus — à des prestations de l'AI que si les frais de formation ainsi occasionnés dépassent d'au moins 240 francs par année ceux qu'une jeune fille non invalide supporterait pour une formation de même nature. Tel n'est visiblement pas le cas; car une jeune fille, habitant au même endroit et voyant de ses deux yeux, aurait dû supporter exactement les mêmes frais que l'assurée pour acquérir une formation de jardinière d'enfants. Par conséquent, l'appel apparaît non fondé.

Après l'échange des mémoires, le père a fait savoir que l'assurée avait renoncé à sa formation de jardinière d'enfants et qu'elle devait étudier la possibilité d'un autre métier. Dans ces circonstances, l'assurée a droit à l'orientation professionnelle en vertu de l'article 15 LAI. Son dossier doit donc être renvoyé à la commission AI afin que celle-ci, en collaboration avec l'office régional, examine quelle formation professionnelle peut être envisagée, compte tenu de ses aptitudes.

*Arrêt du TFA, du 5 août 1965, en la cause O. D.*

Article 20 LAI; article 13, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI. La surveillance spéciale de mineurs en pleine croissance, inaptes à recevoir une instruction, ne doit pas être assimilée à l'éducation et aux soins donnés normalement dans une famille; elle représente au contraire une charge supplémentaire considérable pour les parents.

*Articoli 20 LAI e 13, capoverso 2, OAI. La custodia speciale di minorenni in pieno sviluppo che sono inetti a ricevere un'istruzione, non deve essere parificata all'educazione ed alle cure che ricevono normalmente in famiglia; essa rappresenta invece una considerevole spesa supplementare per i genitori.*

Le cas de l'assuré, né en mars 1946, fut annoncé à l'AI au début de 1960. Selon le rapport médical, l'assuré est atteint d'idiotie mongoloïde. De 1956 à 1960, il a été placé dans un home d'enfants. L'AI accorde à l'époque une contribution aux frais de soins de 3 francs par jour pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 11 avril 1960. Plus tard, l'assuré, qui souffrait de tuberculose pulmonaire bilatérale, a séjourné dans une station de cure à la montagne.

L'assuré est de nouveau chez ses parents, apparemment depuis le 12 juin 1962. En mars 1964, les parents demandèrent à la commission AI si une contribution aux frais de soins à domicile pouvait être accordée. Après enquête, la commission put donner, en date du 27 avril 1964, les précisions suivantes :

« Beaucoup de frais occasionnés par le besoin de détruire : L'assuré déchire ses vêtements dès qu'il découvre un fil défait. Il change de vêtements très fréquemment au cours de la journée, parce que la moindre activité provoque une transpiration abondante. Il ouvre violemment les armoires, jette par terre les verres et les assiettes qui s'y trouvent ou disperse des papiers autour de lui. Dès qu'il saisit un outil, il fait des trous dans les parois. Récemment, alors que son père se tenait dans une pièce et que lui-même était au balcon, des voisins crièrent au feu. L'enfant avait allumé sur le balcon un coffre rempli d'habits.

La mère aurait grand besoin d'apporter sa contribution au revenu familial, mais elle ne peut pas laisser son fils seul. Elle ne voit pas d'autre solution que de le surveiller à la maison. Les parents prennent donc soin de l'assuré. Il est bien rare que des frères et sœurs mariés s'occupent de lui. Même s'ils étaient payés, les autres membres de la famille ou les voisins ne le feraient pas, car personne ne veut prendre la responsabilité de ses actes de destruction et de ses fugues. L'assuré ne peut exécuter aucun travail. Il répond par des accès de colère aux remontrances qui lui sont adressées. On doit cependant nier qu'il ait besoin de soins à proprement parler. »

Par décision du 17 juin 1964, la caisse de compensation notifia au père le prononcé de la commission AI, en vertu duquel une contribution aux frais de soins à domicile (appelée ci-après : contribution) de 1 franc par jour était accordée à partir du 12 juin 1962 jusqu'à la majorité de l'assuré.

Dans son recours, le père demanda à l'autorité de recours d'annuler la décision de la caisse et de porter à 2 francs la contribution. Ce recours fut rejeté le 8 février 1965 pour les motifs suivants : Le taux maximum de 3 francs par jour de la contribution ne peut être accordé que si les soins ou la garde entraînent des frais spéciaux. L'assuré est propre, il peut se déplacer tout seul, se faire comprendre, s'habiller, se déshabiller et se mettre au lit tout seul; il n'a pas besoin de nourriture spéciale ni de garde de nuit. Les frais spéciaux sont occasionnés par le besoin de détruire que

l'assuré éprouve de temps à autre. Les frais que les parents ont à supporter parce qu'ils emmènent l'assuré à leur lieu de travail ne peuvent pas être pris en considération. La contribution journalière de 1 franc est équitable.

Le père de l'assuré a déféré ce jugement au TFA en demandant à nouveau que la contribution soit portée à 2 francs. L'appel est motivé par les considérations suivantes: L'assuré a véritablement besoin d'être placé dans un établissement. Il faut le surveiller sans cesse afin que sa manie de destruction n'ait pas des conséquences trop graves. Ses parents sont obligés, par conséquent, de l'emmener tous les jours à leur lieu de travail, ce qui occasionne des frais considérables. Le rapport d'enquête est trop optimiste. Il n'est pas juste notamment de prétendre que l'enfant n'ait pas besoin de nourriture spéciale et qu'il soit propre. L'usure de son linge dépasse la moyenne. Les frais spéciaux ne se limitent pas aux conséquences directes de son besoin de détruire. Il faut à l'assuré des soins permanents; vu les frais médicaux et pharmaceutiques élevés qui en résultent, une contribution de 3 francs par jour se justifierait.

Le point de vue de la caisse de compensation est le suivant: Les frais médicaux et pharmaceutiques ne doivent pas être pris en considération pour fixer la contribution aux frais de soins à domicile. Le montant de 1 franc par jour est équitable, étant donné les dommages causés aux vêtements et compte tenu du temps pendant lequel l'assuré est soigné à domicile. Il appartient au tribunal d'appel de juger si une augmentation dudit montant à 2 francs est justifiée par le fait que les parents sont obligés d'emmener l'assuré à leur lieu de travail. Il faut cependant remarquer que seule une surveillance constante permet d'empêcher l'assuré de commettre des dégâts plus graves. Le placement dans un établissement entraînerait des frais considérablement plus élevés. Les parents seraient tenus, le cas échéant, de préciser, avec preuves à l'appui, pendant combien de temps ils emmènent l'assuré à leur lieu de travail.

L'OFAS déclare dans son rapport qu'il se justifie de porter la contribution à 2 francs si l'on considère que la garde de l'assuré occasionne aux parents une charge financière supplémentaire. Ceux-ci sont obligés de l'emmener jusqu'à leur lieu de travail parce que — l'enquête l'a établi — personne d'autre ne veut le garder. Cependant, compte tenu du temps pendant lequel on soigne l'enfant à domicile, une contribution de 1 franc est équitable.

Le TFA a admis l'appel interjeté pour les motifs suivants:

On ne conteste pas à l'assuré le droit à une contribution aux frais de soins à domicile pour la période allant du 12 juin 1962 jusqu'à la majorité. Seul le montant de cette contribution fait l'objet du litige.

L'article 20, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI prévoit une contribution aux frais de pension en faveur des mineurs incapables à recevoir une instruction qui doivent, à cause de leur invalidité, être placés dans un établissement. Si un mineur ayant besoin de soins spéciaux et de garde est soigné à la maison de la même manière que dans un établissement, l'AI peut lui allouer une contribution jusqu'à concurrence de 3 francs par jour aux frais de soins et de garde (art. 13, 2<sup>e</sup> al., RAI). Le but de cette contribution ressort clairement des dispositions légales, qui parlent de contribution aux frais de pension de l'enfant placé dans un établissement et de contribution aux frais de soins spéciaux et de garde de l'enfant à la maison. Le subsidie est donc destiné à couvrir en partie les frais particuliers d'entretien et de garde, mais pas les frais médicaux et pharmaceutiques de ces mineurs. De tels frais ne sont assumés par l'AI que dans le cadre de l'article 12 (mesures médicales directement nécessaires à la réadaptation

professionnelle) et de l'article 13 LAI (traitement des infirmités congénitales figurant dans la liste dressée par le Conseil fédéral), dispositions dont l'application n'est pas en cause en l'occurrence. Toutefois, la demande présentée en appel est motivée par les frais médicaux et pharmaceutiques considérables qui sont à la charge des parents. Même si ces frais étaient effectivement très élevés, l'octroi ou l'augmentation de la contribution ne se justifierait cependant pas, conformément à ce qui vient d'être précisé.

Le TFA a statué dans des arrêts précédents que les frais spéciaux de soins et de garde au sens de l'article 13, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI sont reconnus toutes les fois que le mineur inapte, n'étant pas propre, occasionne des frais de linge, de vêtements, etc., particulièrement élevés ou lorsque le mineur endommage constamment ses draps et d'autres objets. Cependant, les frais supplémentaires de soins et de garde pour un mineur soigné à la maison ne se limitent pas à de telles dépenses. Le TFA a admis dans le cas d'un enfant oligophrène (RCC 1965, p. 54, considérant 4) que plus l'enfant grandit, plus les servitudes de ceux qui le soignent se différencient des servitudes qu'imposent les soins et la garde d'un enfant normal. Le tribunal n'avait pas eu l'occasion, jusqu'alors, de tenir compte du fait que les servitudes particulières des personnes chargées de la *surveillance* de mineurs inaptes, en pleine croissance, ne peuvent plus être mises en parallèle avec l'éducation et les soins donnés normalement dans une famille.

Si l'on considère en l'espèce que l'assuré avait déjà 18 ans révolus au moment où la commission AI a rendu le prononcé attaqué (mai 1964); si l'on considère, en outre, qu'il devient subitement méchant, déchire ses vêtements, endommage le mobilier, transpire de façon anormale, va même jusqu'à mettre le feu à des habits et qu'on ne peut par conséquent pas le confier à des tiers, on devra admettre que sa surveillance, au sein de la famille, épargne à la société une lourde charge, et que l'on peut véritablement parler dès lors de charge supplémentaire considérable pour les parents au sens de l'article 13, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI. Peu importe, en l'occurrence, que ces frais proviennent d'une surveillance constante à la maison ou au lieu de travail des parents. Dans ces conditions, il se justifie, en faisant usage du pouvoir d'appréciation du juge, de porter à 2 francs par jour la contribution aux frais de soins à domicile, dès le 1<sup>er</sup> avril 1964 (date à laquelle l'assuré a eu 18 ans révolus).

*Arrêt du TFA, du 3 septembre 1965, en la cause E. S.*

**Article 21, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI; article 15, 3<sup>e</sup> alinéa, RAI.** Les objets mobiles sont considérés comme des moyens auxiliaires lorsqu'on peut les enlever et les utiliser à nouveau sans modifier leur structure ou sans opérer le patient. Un pacemaker (stimulateur électrique du cœur) est par conséquent un appareil servant au traitement de l'affection comme telle et non un moyen auxiliaire.

*Articolo 21, capoverso 1, LAI; articolo 15, capoverso 3, OAI. Le cose mobili sono considerate mezzi ausiliari quando possono essere serbate e utilizzate di nuovo senza modificare la loro struttura o senza operare il paziente. Un pacemaker è di conseguenza un apparecchio che serve alla cura vera e propria del male e non un mezzo ausiliare.*

L'assuré, né en 1904, qui a travaillé pendant bien des années comme charretier, a déposé une demande de prestations auprès de l'AI en juillet 1963, vu sa maladie de

cœur. La commission AI pria le directeur d'un hôpital cantonal de rédiger un rapport. Le 24 septembre 1963, un assistant fit savoir notamment que l'assuré était hospitalisé depuis le milieu de mai 1963 à la suite d'attaques d'hypoxémie. Les examens ont révélé l'existence d'un bloc atrioventriculaire complet, avec un rythme ventriculaire de 21 pulsations à la minute et un rythme auriculaire normal de 75 pulsations à la minute. Il s'agit d'une lésion grave du myocarde qui provient d'une sclérose cardiaque avancée. Un *pacemaker* (stimulateur électrique du cœur) a été placé à l'intérieur du corps le 27 mai 1963. Le processus de guérison postopératoire peut être considéré comme normal. L'assuré, qui est totalement incapable de travailler depuis le milieu de mai 1963, n'est pas en mesure de continuer à exercer sa profession, mais il pourrait éventuellement faire un travail d'un genre différent.

La commission AI fut avisée à fin novembre 1963 que la capacité de travail de l'assuré n'atteignait que 20 pour cent et ne pouvait pas être améliorée. Il y avait donc lieu d'accorder une rente à l'assuré. La commission AI admit une invalidité permanente de 76 pour cent et décida le 28 janvier 1964 de verser une rente entière simple d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> mai 1963. La caisse de compensation notifia ce prononcé à l'assuré par décision du 10 avril 1964.

La batterie du *pacemaker* ayant dû être remplacée en juin 1964, l'assuré s'adressa de nouveau à l'AI en septembre 1964 et demanda que le *pacemaker* lui soit remis en tant que moyen auxiliaire. Se fondant sur une lettre de l'OFAS du 22 décembre 1964, d'après laquelle un accessoire placé à l'intérieur du corps n'était pas considéré comme un moyen auxiliaire, mais comme un élément du traitement médical, la commission AI décida le 8 janvier 1965 de ne pas verser de prestations pour le *pacemaker*. Ce prononcé fut notifié par décision du 2 février 1965.

L'assuré recourut en alléguant que l'AI accorde des moyens auxiliaires pour les organes internes, en vertu de l'article 14, lettre e, RAI et dans le cadre de l'article 21 LAI. Or, le *pacemaker* fait partie de ce genre de moyens auxiliaires. Ce recours fut appuyé par un médecin qui déclara que la mise en place du *pacemaker* ne devait pas être considérée comme une mesure médicale destinée au traitement de l'affection, mais au contraire comme la « pose d'une prothèse » qui garantit un rythme cardiaque normal. Dans son jugement du 14 mai 1965, la commission cantonale de recours arriva à la conclusion que le *pacemaker* est un « accessoire démontable », qui sert à maintenir une fonction et non à traiter l'affection comme telle. Cette prothèse est bel et bien un moyen auxiliaire. Vu qu'il n'y a pas d'obstacles quant à la forme, il convient d'admettre le recours.

L'OFAS a fait appel de ce jugement et a demandé que la décision de la caisse soit rétablie. Il motive son appel en déclarant que la mise en place d'un *pacemaker* est une mesure médicale qui ne peut, en principe, pas être prise en charge par l'AI lorsque, comme dans le cas présent, la maladie affecte considérablement l'état de santé de l'assuré. D'après la jurisprudence du TFA, la correction locale de défauts, dont le but essentiel et immédiat est la suppression ou l'atténuation d'un état pathologique labile généralisé, sert avant tout au traitement de l'affection comme telle.

Le TFA a admis l'appel interjeté pour les motifs suivants :

1. La conservation de la vie humaine est, conformément au droit des assurances sociales, l'un des buts principaux de l'assurance-maladie (cf. art. 12 et suivants LAMA). L'AI, en revanche, vise à protéger les assurés contre les conséquences d'une incapacité de gain durable. Il est vrai qu'elle s'écarte de ce principe dans certains cas, en ce qui concerne les assurés mineurs (art. 13 LAI). Cependant, ce fait exceptionnel ne s'oppose pas au principe selon lequel des mesures visant avant tout à conserver la vie ne peuvent pas être englobées dans les prestations que la LAI pré-

voit pour la réadaptation des adultes à la vie professionnelle. Le TFA a déjà fixé cette règle dans le cadre de l'article 12 LAI (RCC 1966, p. 38). Or, la règle en question vaut aussi pour la remise de moyens auxiliaires. En effet, si un assuré a besoin d'une mesure particulière, nécessaire avant tout à la conservation de la vie, cette mesure ne pourrait pas être accordée conformément à l'article 21 LAI, même si elle entraînait l'emploi d'un objet présentant les caractéristiques d'un moyen auxiliaire, car, dans un cas semblable, elle ne viserait pas son but véritable, qui est celui de la réadaptation à la vie professionnelle (art. 9, 1<sup>er</sup> al., et art. 21, 1<sup>er</sup> al., LAI).

2. L'assuré qui, d'après le rapport de l'hôpital cantonal du 24 septembre 1963, doit porter sur lui un certificat de santé vu sa grave maladie de cœur, a prétendu dans son recours ne « plus pouvoir vivre » sans pacemaker. Le médecin traitant a fait savoir le 6 février 1965 à la commission AI que le pacemaker a dû être placé « pour que le cœur continue à fonctionner ». Dans sa réponse à l'appel, l'assuré déclare que, sans pacemaker, il serait exposé à des attaques mettant sa vie en danger. Il faut conclure de tout cela que la mesure litigieuse a servi avant tout à conserver la vie de l'assuré. Par conséquent, il ne s'agit pas d'une mesure de réadaptation au sens de l'article 9, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI.

3. Quant à savoir si le pacemaker présente les caractéristiques d'un moyen auxiliaire, il convient de préciser ce qui suit :

a. Le tribunal cantonal a estimé que le pacemaker sert à maintenir une fonction et non pas à traiter l'affection comme telle ; c'est pourquoi il a répondu à la question par l'affirmative. Cette distinction, qui est judicieuse dans le cadre de l'article 12 LAI, ne peut pas être considérée en l'occurrence comme un critère valable. Il s'agit en l'espèce de décider s'il est question d'une mesure médicale au sens de l'article 14, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI ou d'une prestation au sens de l'article 21, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI. Selon l'article 14, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, les mesures médicales comprennent non seulement le traitement de l'affection, mais aussi tout « traitement entrepris par le médecin ou, sur ses prescriptions, par le personnel paramédical », c'est-à-dire aussi des mesures qui servent à maintenir une fonction. On ne saurait répondre à une telle question en se fondant sur la distinction établie par le tribunal de première instance. Il faut au contraire choisir entre les caractéristiques du moyen auxiliaire et celles de la mesure médicale.

b. D'après la jurisprudence, le moyen auxiliaire est caractérisé essentiellement par le fait qu'on peut l'enlever et l'employer à nouveau sans modification de structure (ATFA 1963, p. 146 = RCC 1963, p. 466, considérant 1). Cette condition est conforme à l'expression généralement en usage de « moyen auxiliaire », qui désigne un objet dont l'utilisation représente une aide accessoire pour la vie humaine. Ainsi, ne serait-ce que pour une question de terminologie, la notion de conservation pure et simple de la vie ne peut pas être liée à celle de moyen auxiliaire. En outre, cette condition est confirmée par les exemples cités à l'article 14, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI. Enfin, elle sert à délimiter de façon objective le champ d'application de l'article 21 LAI, d'une part, et celui des articles 12 et suivants LAI, d'autre part. Pour les motifs exposés ci-dessus, la condition posée, à savoir que la structure ne soit pas modifiée, se rapporte non seulement au moyen auxiliaire, mais aussi au corps qui utilise ce moyen auxiliaire : par conséquent, le moyen auxiliaire doit pouvoir être enlevé sans porter atteinte à l'intégrité corporelle. Le fait que les « moyens auxiliaires pour les organes internes » sont mentionnés à l'article 14, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre e, LAI — sans exemples ni restriction — ne change rien à la situation. En effet, c'est à la jurisprudence qu'il appartient de délimiter les articles 14 et 21 LAI. Ainsi, des objets qui ne

peuvent, sur le plan physiologique, remplir la fonction de remplacement à laquelle ils sont destinés sans être placés à l'intérieur du corps au moyen d'une véritable intervention chirurgicale ne sont pas des moyens auxiliaires au sens de la LAI. L'intervention a une telle importance lors de la mise en place d'accessoires de ce genre qu'elle marque la mesure tout entière de son sceau. Le fait que le moyen auxiliaire compense totalement ou partiellement un défaut de l'organisme humain est tout à fait secondaire du point de vue de la LAI. Le pacemaker litigieux ne présente pas plus le caractère de moyen auxiliaire que les objets placés dans le corps par le chirurgien dans les opérations de la hanche, par exemple (voir à cet égard M. Saegesser, *Spezielle chirurgische Therapie*, 7<sup>e</sup> édition, p. 1203). Que sa fonction de remplacement soit de caractère dynamique et non statique, cela ne change en principe rien à la question.

Ainsi donc, en vertu de l'article 21, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, les objets mobiles ne sont considérés comme des moyens auxiliaires que s'ils sont « remis » pour être utilisés comme tels (art. 15, 3<sup>e</sup> al., RAI) et que s'ils peuvent être enlevés sans modification de structure ou même sans atteinte au corps humain.

4. Il ressort de ce qui précède que le pacemaker n'est pas un moyen auxiliaire. Il a été simplement un élément de l'opération du cœur effectuée le 27 mai 1963 (voir aussi art. 2, 1<sup>er</sup> al., RAI, où, dans le cadre des mesures médicales en vertu de l'art. 12, 1<sup>er</sup> al., LAI, sont mentionnés en particulier les actes médicaux de nature chirurgicale). En refusant le 8 janvier 1965 d'accorder des prestations pour le pacemaker, la commission AI a agi conformément à la jurisprudence qui se réfère à l'article 12, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, et d'après laquelle des opérations semblables à celle de la présente cause servent avant tout au traitement proprement dit de l'affection. L'appel de l'OFAS est donc fondé.

## RENTES ET INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

*Arrêt du TFA, du 13 juillet 1965, en la cause O. St.*

Articles 24, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, 16 LAPG et 21, 3<sup>e</sup> alinéa, RAI. Si, lors de son reclassement, un assuré reçoit de son employeur un supplément au salaire habituel d'un apprenti, en récompense du travail fourni, ce supplément doit être considéré comme un revenu au sens de l'article 21, 3<sup>e</sup> alinéa, RAI.

*Articolo 24, capoverso 1, LAI; articolo 16 LIPG; articolo 21, capoverso 3, OAI. Se, durante la riforma professionale, un assicurato riceve dal suo datore di lavoro, oltre al suo salario abituale d'apprendista, una somma supplementare a titolo di ricompensa per il lavoro prestato, questo supplemento dev'essere considerato reddito ai sensi dell'articolo 21, capoverso 3, OAI.*

Avant sa maladie, l'assuré a travaillé comme chauffeur et, en outre, comme professeur de ski. Il a dû renoncer à ces deux activités par suite d'une affection pulmonaire. Selon le rapport de l'office régional AI, son ancien employeur s'est alors dé-

claré prêt à lui donner une formation de mécanicien de précision, aux conditions suivantes :

« L'apprentissage dure trois ans. Pendant ce laps de temps, l'assuré doit étudier sur le plan théorique et pratique la matière de quatre ans. Le salaire normal des apprentis est fixé comme suit : 45 centimes à l'heure pendant la première année, 65 centimes pendant la deuxième année, 80 centimes pendant la troisième année et 90 centimes pendant la quatrième année. L'assuré recevra un salaire de 45 centimes à l'heure jusqu'à la fin de la période d'assimilation des connaissances fondamentales requises, c'est-à-dire pendant trois ou quatre mois. Ensuite, il touchera le salaire d'un apprenti de deuxième année, soit 65 centimes à l'heure, jusqu'à ce que son travail soit quelque peu productif. Tel devrait être le cas au bout de deux ans. Ensuite, le salaire sera fixé selon d'autres critères. Dans des conditions favorables, l'assuré doit pouvoir compter sur un salaire horaire de 1 fr. 50 à 2 francs pendant la troisième année d'apprentissage. Cela dépend uniquement du travail qu'il fournira. »

L'AI prit à sa charge le reclassement (qui avait commencé le 22 avril 1963) aux conditions énoncées ci-dessus, et alloua une indemnité journalière à l'assuré pour la durée de ce reclassement. Dans sa décision du 29 mai 1963, qui passa en force, la caisse de compensation fixa l'indemnité journalière à 14 fr. 80, plus un supplément de réadaptation de 30 pour cent, et fit savoir que le taux de l'indemnité journalière serait révisé le 1<sup>er</sup> mai 1964. Par décision du 23 juin 1964, la caisse de compensation notifia à l'assuré que, d'après son enquête, le salaire horaire se montait à 1 fr. 20 à partir du 1<sup>er</sup> mai 1964. En vertu de l'article 21, 3<sup>e</sup> alinéa, RAI, l'indemnité journalière et le revenu d'une activité exercée pendant le stage de réadaptation ne devraient pas dépasser 90 pour cent du gain déterminant réalisé avant la réadaptation. Comme ce gain s'est élevé pour l'invalidé à 25 fr. 60 par jour en moyenne, la limite des 90 pour cent se situe à 23 fr. 05. Si le salaire actuel est de 7 fr. 55 par jour, seule une indemnité journalière réduite, soit 15 fr. 50 (au lieu de 18 fr. 60), pourrait être allouée à partir du 1<sup>er</sup> mai 1964. A cette somme vient s'ajouter le supplément de réadaptation de 30 pour cent.

L'employeur recourut au nom de l'assuré en faisant valoir que celui-ci était dans sa troisième année d'apprentissage. Le salaire horaire usuel était de 90 centimes. L'augmentation du salaire horaire à 1 fr. 20 devait être considérée comme une marque de reconnaissance pour l'excellent travail fourni par l'invalidé ; elle était accordée seulement à condition que l'indemnité journalière ne soit pas réduite. La commission cantonale de recours estima que le supplément versé par l'employeur, dépassant les 90 centimes, devait être considéré « en toute justice comme un salaire social » (c'est-à-dire comme un « encouragement » et comme une « aide supplémentaire ») ; elle admit donc le recours et alloua à l'assuré une indemnité journalière de 17 fr. 15, plus un supplément de réadaptation de 5 fr. 25, à partir du 1<sup>er</sup> mai 1964. Dans l'appel interjeté contre ce jugement par l'OFAS, celui-ci allègue que l'augmentation de 30 centimes du salaire horaire a été accordée en récompense du travail fourni par l'assuré et ne représente par conséquent pas un salaire social (c'est-à-dire une prestation de secours).

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

1. Selon l'article 24, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, les limites supérieures sont les mêmes pour les indemnités journalières de l'AI que pour les indemnités et allocations prévues par la LAPG.

L'article 16 LAPG, qui a pour titre marginal « Limites supérieures », précise :

« L'allocation totale, sans l'allocation d'exploitation, ne dépassera pas le montant

journalier de 40 francs. Elle sera réduite dans la mesure où elle dépasse 90 pour cent du revenu moyen acquis avant l'entrée au service. Les allocations minimums selon les articles 9 ou 11 et trois allocations pour enfants, ainsi qu'une allocation pour assistance, seront servies entièrement. »

L'OFAS a prescrit aux organes de l'AI, déjà avant l'entrée en vigueur du RAI, d'appliquer par analogie l'article 16 LAPG et de réduire les indemnités journalières « dans la mesure où le montant de base correspondant à l'allocation du régime des APG (y compris les allocations pour enfants et pour assistance), ajouté au salaire versé, dépasse la limite de 90 pour cent du revenu déterminant ». Les allocations minimums étaient cependant réservées (voir RCC 1960, p. 390).

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1961, la question de la réduction des indemnités journalières est réglée à l'article 21, 3<sup>e</sup> alinéa, RAI. Cette disposition a la teneur suivante depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1964 :

« L'indemnité journalière est réduite dans la mesure où, ajoutée au revenu d'une activité exercée pendant le stage de réadaptation, elle dépasse 90 pour cent du gain déterminant selon les alinéas 1 et 2 ; l'indemnité pour personne seule et l'indemnité de ménage minimales, ainsi que trois indemnités pour enfants au plus et une allocation d'assistance, seront servies entièrement. L'indemnité journalière versée en vertu de l'article 20 est réduite dans la mesure où, ajoutée au salaire, elle dépasse la rémunération qui sera versée à l'assuré dès qu'il aura terminé sa mise au courant. »

Ce qui est déterminant pour juger le cas présent, c'est de savoir ce qu'il faut entendre par « revenu d'une activité exercée pendant le stage de réadaptation ».

Lorsqu'on répond à cette question, il convient de remarquer que, selon l'article 21, 1<sup>er</sup> alinéa, RAI, les dispositions du RAPG sont applicables par analogie, autant qu'il s'agit du calcul des indemnités journalières et des indemnités pour assistance. Seul est réservé l'article 24, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI, ce qui est sans importance en l'espèce.

Selon les articles 2 et 5 RAPG, l'allocation est calculée d'après le salaire déterminant au sens de la LAVS (voir également l'art. 25, 1<sup>er</sup> al., RAI).

Comme l'OFAS l'expose avec pertinence, l'article 21, 3<sup>e</sup> alinéa, RAI a pour but de « maintenir dans les limites de l'ancien revenu le gain dont dispose l'assuré pendant le stage de réadaptation, et d'empêcher que l'assuré ne subisse une diminution de revenu lorsqu'il exercera l'activité en vue de laquelle il a été reclassé ». C'est pourquoi l'indemnité journalière n'est en principe réduite que dans la mesure où, ajoutée au salaire touché pendant la période de réadaptation, elle dépasse 90 pour cent du gain déterminant pour le calcul de l'indemnité journalière. Il est nécessaire pour cela d'établir une comparaison entre le revenu déterminant pour le calcul de l'indemnité journalière, d'une part, et le gain réalisé pendant la période de réadaptation augmenté de l'indemnité journalière qui doit être versée en tant que telle, d'autre part. Or, si, en vertu des articles 2 et 5 RAPG, l'allocation doit être calculée d'après le salaire déterminant au sens de la LAVS et que cette disposition est applicable par analogie au calcul de l'indemnité journalière (art. 21, 1<sup>er</sup> al., RAI), les critères adoptés dans le droit de l'AVS sont aussi valables par analogie, dans le cadre de l'article 21, 3<sup>e</sup> alinéa, RAI, pour le calcul du gain réalisé pendant le stage de réadaptation. Il s'ensuit que, par « revenu d'une activité exercée pendant le stage de réadaptation », dans le cas d'une personne exerçant une activité salariée, il faut entendre en principe le revenu déterminant au sens de l'article 5 LAVS.

Ainsi, l'issue du litige ne dépend que de la réponse à la question suivante : Le salaire horaire de 1 fr. 20 doit-il être considéré entièrement ou partiellement (c'est-à-dire jusqu'à concurrence de 90 centimes) comme le salaire déterminant ?

2. Le salaire déterminant au sens de l'article 5, 2<sup>e</sup> alinéa, LAVS comprend, outre la rémunération touchée par le salarié pour le travail dont il est chargé, diverses autres prestations effectuées selon les circonstances personnelles ou familiales du salarié, ou en vertu des rapports étroits qui existent entre lui et son employeur. Est englobé en règle générale dans le salaire déterminant tout ce que le salarié touche en espèces et en nature et qui a une corrélation économique avec les rapports de services; peu importe, à cet égard, que ceux-ci durent encore ou non, et que les prestations soient dues ou qu'elles soient versées volontairement. Sont même comprises les prestations dites sociales, autant qu'elles ne sont pas expressément exceptées par l'article 6, 2<sup>e</sup> alinéa, ou par l'article 8 RAVS (voir ATFA 1964, p. 220, considérant 1). Ces principes valent aussi pour les apprentis qui reçoivent un salaire en espèces (art. 5, 3<sup>e</sup> al., et art. 10, 3<sup>e</sup> al., LAVS), dès le 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivant celle où ils ont accompli leur 20<sup>e</sup> année.

3. L'autorité de première instance a estimé que la prestation de l'employeur dépassant 90 centimes à l'heure était effectuée volontairement et qu'il fallait la considérer comme un salaire social. C'est pourquoi elle est arrivée à la conclusion que l'indemnité journalière devait être calculée sur la base d'un salaire horaire de 90 centimes (et non de 1 fr. 20). Cette interprétation n'est pas en harmonie avec les principes exposés ci-dessus.

L'employeur a déclaré expressément dans son recours que l'augmentation du salaire horaire devait être considérée comme une marque de reconnaissance pour l'« excellent travail » fourni par l'assuré. Dans ces conditions, on ne peut pas admettre qu'il y ait là une exception au sens de l'article 6, 2<sup>e</sup> alinéa, ou de l'article 8 RAVS. Par conséquent, le salaire de l'intimé doit être considéré sans aucune restriction comme le salaire déterminant et doit servir de base de calcul pour l'indemnité journalière, en vertu de l'article 21, 3<sup>e</sup> alinéa, RAI. Le caractère volontaire de l'augmentation du salaire ne saurait changer quoi que ce soit à cette situation, pas plus d'ailleurs que la réserve prévue en cas de réduction de l'indemnité journalière. Dans un tel état de fait et dans une telle situation juridique, il n'est pas nécessaire de se demander comment il faut comprendre la déclaration de l'employeur du 1<sup>er</sup> juillet 1964, selon laquelle l'assuré était alors dans sa troisième année d'apprentissage — cet apprentissage ayant commencé le 22 avril 1963.

La décision de la caisse de compensation est conforme à la loi, c'est pourquoi le jugement du tribunal de première instance doit être annulé et la décision rétablie.

*Arrêt du TFA, du 24 juillet 1965, en la cause R. S.*

**Article 41, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI.** La période des trois premières années pendant laquelle le droit à la rente peut être reconsidéré en tout temps commence lors de la notification de la décision et non pas lors de la naissance du droit à la rente.

*Articolo 41, capoverso 2, LAI.* Il periodo dei tre primi anni durante i quali il diritto alla rendita può essere riesaminato in ogni tempo inizia dal momento della notificazione della decisione e non dal sorgere del diritto alla rendita.

L'assuré, né en 1902, célibataire, a dû abandonner son métier de camionneur en raison d'une spondylarthrose importante. Par prononcé du 28 juillet 1961, notifié par

décision du 27 septembre 1961, la commission AI accorda à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 1961. L'assuré ayant recouru contre cette décision, la commission AI rendit un nouveau prononcé, le 5 décembre 1962, qui annulait et remplaçait celui du 28 juillet et fixait au 1<sup>er</sup> janvier 1960 le début du droit à la rente. Ce prononcé fut notifié par décision de la caisse de compensation du 1<sup>er</sup> février 1963. Le 25 avril 1963, le président de la commission cantonale de recours pour l'AVS ordonna le classement de la cause.

L'assuré reprit, le 1<sup>er</sup> novembre 1964, une activité lucrative régulière, dont il retirait en décembre 1964 un salaire mensuel de 550 francs. Par prononcé du 23 décembre 1964, la commission AI, estimant que l'assuré ne présentait plus une invalidité de la moitié au moins, supprima la rente dès le 1<sup>er</sup> février 1965. La commission cantonale de recours admit le recours interjeté par l'assuré contre la décision conforme de la caisse, du 22 janvier 1965, pour le motif que la rente avait été fixée pour la première fois le 27 septembre 1961 et que la révision était intervenue prématurément au regard des dispositions de l'article 41, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI.

Le TFA a admis l'appel interjeté par l'OFAS pour les motifs suivants :

1. Aux termes de l'article 41, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, « si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée. »

Selon l'article 41, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI, « l'évaluation de l'invalidité peut être revue en tout temps durant les trois années qui suivent la première fixation de la rente et, par la suite, à l'expiration de chaque période de trois ans. Toutefois, si l'ayant droit prouve que son état de santé s'est beaucoup aggravé, ou s'il est soumis après coup à des mesures de réadaptation, le nouvel examen aura lieu au cours des périodes de trois ans ».

2. Les premiers juges ont considéré que la rente avait été fixée pour la première fois le 27 septembre 1961 en l'occurrence. Or, la décision prise ce jour-là par la caisse de compensation a été frappée de recours, puis retirée par l'administration et remplacée par une nouvelle décision, du 1<sup>er</sup> février 1963. Cette dernière reconnaissait à l'assuré le droit à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> janvier 1960 et annulait implicitement la précédente. Le second prononcé de la commission AI avait du reste expressément mis à néant celui du 28 juillet 1961. L'ordonnance de classement du 25 avril 1963 du président de la commission cantonale de recours sanctionna ces diverses opérations. Elle ne fut pas déférée au TFA — ce qui eût été possible, selon la jurisprudence (cf. p. ex. ATFA 1955, p. 280 = RCC 1956, p. 196, et les arrêts cités). Elle est donc définitive, et ne saurait être revue par le Tribunal de céans. Il est donc superflu d'examiner ici la question — laissée en suspens dans l'arrêt F. W. du 29 octobre 1963, RCC 1964, page 89 — de savoir si l'on ne se trouvait pas, dans l'espèce, en présence d'un cas pouvant justifier une dérogation au principe, maintes fois confirmé, selon lequel les points qui font l'objet d'un acte administratif attaqué en justice ne peuvent plus être rectifiés par un nouveau prononcé, le pouvoir de décision appartenant désormais au seul juge (cf. p. ex. ATFA 1962, p. 157 = RCC 1962, p. 448).

Vu ce qui précède, la décision du 27 septembre 1961 n'a jamais produit d'effets juridiques, et c'est bien celle du 1<sup>er</sup> février 1963 qui, pour la première fois, a fixé la rente.

3. La décision du 1<sup>er</sup> février 1963 a accordé une rente à l'assuré dès le 1<sup>er</sup> janvier 1960. Il faut dès lors examiner si les délais de révision prévus à l'article 41,

2<sup>e</sup> alinéa, LAI commencent à courir dès le début du droit à la rente ou au contraire seulement dès la date à laquelle la décision accordant la rente a été rendue.

Le TFA n'a pas encore eu l'occasion de traiter, à ce jour, du problème du *dies a quo* de la première période de revision, problème que n'aborde pas non plus le RAI.

A ce propos, l'intimé invoque les dispositions parallèles de l'article 80 LAMA, ainsi que la jurisprudence, qui fait coïncider le point de départ du délai de revision, en matière d'assurance-accidents obligatoire, avec le jour à partir duquel la rente a commencé à courir.

L'OFAS a toutefois, dans sa circulaire du 26 novembre 1962 concernant la revision des rentes et des allocations pour impotents, donné les instructions suivantes: « La période de revision de trois ans commence à courir à partir de la date de notification de la première décision de rente. Le début du droit à la rente est, à cet égard, sans importance » (lettre B, chiffre III/2, p. 6).

L'administration donne donc de l'article 41, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI une interprétation qui diverge de celle qui a été dégagée par la jurisprudence à propos de l'article 80 LAMA. Ce n'est pas le lieu de décider si cette jurisprudence ne devrait pas être réexaminée. Il suffit de relever que, dans des cas comme le cas présent, la pratique adoptée sur le terrain de la LAMA reviendrait à supprimer, en fait, la première période de revision, puisque la rente a été accordée à l'assuré le 1<sup>er</sup> février 1963 avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 1960. Or, il n'est pas désirable, dans le cadre de la LAI tout au moins, de supprimer, ou même d'abréger simplement, la seule période (cas exceptionnels de l'art. 41, 2<sup>e</sup> al., LAI réservés) pendant laquelle la rente puisse être revue en tout temps.

Il s'ensuit que la revision du 22 janvier 1965 a eu lieu en temps utile dans l'espèce.

4. Reste à examiner si la décision de revision était justifiée en l'occurrence au regard des dispositions de l'article 41, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI. Cette question n'a toutefois pas été abordée par les premiers juges. Il convient dès lors — comme le suggère l'OFAS — de leur renvoyer la cause, pour qu'ils se prononcent sur le fond, en pesant notamment les arguments présentés par les parties au cours de la procédure d'appel.

*Arrêt du TFA, du 18 septembre 1965, en la cause M. V.*

Article 48, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI. La date du dépôt de la demande ne détermine que le début du versement de la rente, mais non pas le droit à celle-ci. Dès lors, pour établir si les conditions de la deuxième ou de la troisième variante sont remplies, il convient de tenir compte de l'incapacité de travail présentée par l'assuré aussi avant cette date.

*Articolo 48, capoverso 2, LAI. La data della presentazione della richiesta determina unicamente l'inizio del pagamento della rendita, ma non il diritto alla stessa. Di conseguenza, per stabilire se le condizioni della seconda o della terza variante sono adempite, occorre tener conto dell'incapacità lavorativa dell'assicurato anche prima di detta data.*

L'assurée, née en 1925, mariée, a été victime de deux hémorragies méningées en 1959. Elle a été constamment sous contrôle médical depuis lors et fut annoncée le 18 novembre 1964 à l'AI.

Par prononcé du 8 janvier 1965, la commission AI refusa de lui accorder une rente. La décision de la caisse de compensation fut notifiée le 15 février à l'assurée, qui recourut.

Par jugement du 24 mai 1965, la Commission cantonale de recours rejeta le recours. Selon elle, l'état de l'intéressée n'était pas stabilisé, ce qui excluait l'octroi d'une rente en vertu de la première variante de l'article 29, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI ; l'incapacité de travail totale n'avait commencé que le 23 novembre 1964, ce qui ne permettrait d'accorder une rente à l'assurée, en application de la seconde variante de cette disposition, qu'en novembre 1965, le cas échéant.

Le TFA a admis l'appel interjeté par l'assurée pour les motifs suivants :

1. Selon l'article 29, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, le droit à la rente prend naissance dès que l'assuré ou bien « présente une incapacité permanente de gain de la moitié au moins » (première variante), ou bien « a été totalement incapable de travailler pendant 360 jours consécutifs et subit encore une incapacité de gain de la moitié au moins » (seconde variante). Le TFA a précisé dans de nombreux arrêts déjà les conditions d'application de ces deux variantes. C'est ainsi qu'il a déclaré que l'application de la première était exclue, en règle générale, lorsqu'on se trouvait en présence d'un état non encore — au moins relativement — stabilisé (cf. p. ex. ATFA 1964, p. 108, 166, 173; RCC 1964, p. 395 et 508, et 1965, p. 237; la troisième variante, dégagée par la jurisprudence dans un autre arrêt, n'entre pas en considération dans l'espèce, pour le moment tout au moins).

2. Il ne fait aucun doute en l'occurrence que l'affection dont souffrait l'assurée était encore en pleine évolution le 15 février 1965, date à laquelle fut prise la décision litigieuse. C'est donc à juste titre que les premiers juges n'ont pas admis que l'assurée présentât à l'époque une invalidité permanente, au sens de la première variante de l'article 29, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI.

L'intéressée soutient en revanche qu'elle remplit les conditions d'application de la seconde variante. Et, de fait, elle a effectivement été totalement incapable de travailler de mai 1959 à juin 1961, soit pendant plus de 360 jours, ainsi que cela ressort de son dossier. Or, c'est à tort que les premiers juges n'ont pas tenu compte de l'incapacité de travail ainsi présentée avant la date du dépôt de la demande. Car si l'article 48, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI dispose que l'assuré qui exerce son droit à la rente plus de six mois après la naissance de ce droit ne reçoit la rente qu'à partir du mois dans lequel il a agi, cela signifie que la date du dépôt de la demande n'influe que sur l'allocation de la rente, mais non pas sur le droit à celle-ci (selon les articles 28 à 35 LAI), droit dont la disposition précitée atteste elle-même la préexistence. La première condition de l'octroi d'une rente dans le cadre de la seconde variante de l'article 29, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI est ainsi réalisée dans le cas particulier.

Il n'est pas possible en revanche de vérifier en l'état du dossier si l'appelante a présenté dans l'ensemble, de juin 1961 jusqu'en février 1965, une incapacité de gain de la moitié au moins, au sens des articles 28, 3<sup>e</sup> alinéa, LAI et 27 RAI, en quel cas elle aurait droit à une rente à partir du dépôt de la demande (art. 48, 2<sup>e</sup> al., LAI). Les renseignements médicaux figurant au dossier sont en effet imprécis et partiellement contradictoires. En outre, le questionnaire servant à fixer le degré d'invalidité des ménagères ne se rapporte qu'à la période postérieure à l'aggravation survenue en octobre 1964. Il se justifie, dans ces conditions, de renvoyer le dossier à la commission AI pour qu'elle complète l'instruction et rende un nouveau prononcé.

*Arrêt du TFA, du 28 juin 1965, en la cause E. H.*

Articles 50 LAI, 84 RAI, 20 et 45 LAVS, 76 RAVS. Lorsque l'assistance publique a accordé des prestations de secours à un assuré jusqu'à la fixation de la rente AI, il est possible de lui verser directement, pour garantir un emploi des rentes conforme à leur but, les arriérés jusqu'à concurrence du montant de ses prestations versées pour chacun des mois de rentes.

*Articoli 50 LAI, 84 OAI, 20 e 45 LAVS, 76 OAVS. Se l'assistenza pubblica ha concesso all'assicurato dei sussidi per le spese di sostentamento fino al momento in cui è stata fissata la rendita d'invalidità, le rendite arretrate possono essergli versate direttamente, deduzione fatta degli importi già pagati per singoli mesi, affinché sia garantito l'uso delle rendite conforme al loro scopo.*

L'assuré a été malade pendant une période assez longue. Jusqu'à fin 1963, il a reçu une aide financière suffisante de la Ligue contre la tuberculose. Depuis lors, l'assistance publique dut contribuer à l'entretien de l'assuré et de sa famille; elle fixa les besoins de l'assuré à 600 francs par mois et accorda une prestation de 400 francs par mois, en tenant compte du gain de l'épouse, qui s'élevait à environ 140 francs, et de l'indemnité journalière de 2 francs versée par la caisse-maladie. Elle fit savoir en même temps que ses prestations seraient réduites du montant des rentes AI prévues. D'éventuels arriérés de rentes AI devraient lui être versés. Le 13 avril 1964, l'assuré signa la déclaration suivante :

#### « Cession

... déclare par la présente avoir reçu de l'assistance publique de ... une prestation de secours de 400 francs par mois, vu son incapacité de gain de janvier à avril 1964. Il reconnaît que cette aide lui a été consentie à condition que l'arriéré des rentes AI soit restitué, et il cède ces rentes — au cas où elles seraient versées avec effet rétroactif — à l'assistance publique de la commune politique de ... »

Par décision du 15 juillet 1964, la caisse de compensation, se fondant sur le prononcé de la commission AI, alloua à l'assuré une rente AI entière à partir du 1<sup>er</sup> décembre 1963. L'arriéré de rentes fut fixé à 2121 francs, dont 1096 francs (soit les rentes pour la période de quatre mois allant de janvier à avril 1964) à verser à l'assistance et le reste, soit 1025 francs, à verser à l'assuré. Le recours formé par l'assuré, qui demandait que la caisse de compensation lui verse le montant total de 2121 francs, fut admis par l'autorité de recours; celle-ci estimait que la cession était entachée de nullité et que l'article 76 RAVS n'était pas applicable en l'espèce.

L'appel interjeté par la caisse de compensation a été admis par le TFA pour les motifs suivants :

1. a. Selon l'article 20, 1<sup>er</sup> alinéa, LAVS, le droit aux rentes est incessible et ne peut être donné en gage; il est soustrait à toute exécution forcée. Toute cession ou mise en gage est nulle et de nul effet. L'article 45 LAVS est cependant réservé. Cette disposition, dont le titre marginal est « Garantie d'un emploi des rentes conforme à leur but », autorise le Conseil fédéral à prendre, après consultation des cantons, les mesures « propres à garantir que la rente serve, si cela est nécessaire, à l'entretien du bénéficiaire et des personnes à sa charge ». Le Conseil fédéral a fait usage de ce droit à l'article 76 RAVS, selon lequel la caisse de compensation peut effectuer le

versement total ou partiel de la rente en mains d'un tiers ou d'une autorité qualifiés qui ont envers l'ayant droit un devoir légal ou moral d'assistance, ou qui s'occupent de ses affaires en permanence. La condition d'un tel versement est que l'ayant droit n'emploie pas la rente pour son entretien et pour celui des personnes à sa charge, ou qu'on puisse prouver qu'il n'est pas capable de l'affecter à ce but et qu'il tombe par là, ainsi que les personnes à sa charge, totalement ou partiellement à la charge de l'assistance publique ou privée.

b. Selon l'article 50 LAI, les articles 20, 1<sup>er</sup> alinéa, et 45 LAVS sont applicables par analogie à l'emploi des prestations et à leur compensation en matière d'AI. C'est aussi le cas pour l'article 76 RAVS, conformément à l'article 84 RAI.

2. a. La caisse de compensation fait valoir qu'en versant à l'assistance une partie de l'arriéré des rentes, elle n'a pas transgressé l'interdiction de cession figurant à l'article 20, 1<sup>er</sup> alinéa, LAVS, parce que les rentes n'ont pas été détournées de leur but. Sa façon de procéder, déclare-t-elle, est conforme au numéro 959 des directives concernant les rentes, valables dès le 1<sup>er</sup> août 1963, publiées par l'OFAS, à savoir :

« Lorsque des organismes d'assistance ou d'aide de droit public ou privé ont versé, à titre d'avance et pendant une période pour laquelle, notamment, des rentes AI ou des allocations pour impotents seront accordées ultérieurement avec effet rétroactif, des prestations importantes à un assuré pour son entretien et celui de ses proches en faveur desquels il peut prétendre des rentes complémentaires, les rentes et allocations pour impotents faisant l'objet des paiements d'arriérés pour la période en question peuvent, jusqu'à concurrence des avances accordées, être versées à ces organismes en vue de garantir un emploi des prestations conforme à leur but. »

b. L'autorité de première instance déclare au contraire que la « cession » du 13 avril 1964 est nulle, que les directives de l'OFAS ne lient pas le juge et que l'article 76 RAVS n'est pas applicable en l'espèce; en effet, il n'est pas juste de prétendre que l'assuré n'emploie pas la rente pour l'entretien de sa famille et qu'il soit tombé à la charge de l'assistance publique faute d'avoir utilisé la rente conformément à son but. Il faut cependant admettre, certes, que cette solution « ne saurait donner entière satisfaction ».

c. Le but essentiel des rentes est, d'après la loi, de « servir à l'entretien du bénéficiaire et des personnes à sa charge » (art. 45 LAVS). Cette disposition vise en premier lieu l'entretien courant; cela ressort de l'article 47, 3<sup>e</sup> alinéa, LAI, qui se réfère à l'article 44 LAVS, en vertu duquel les rentes sont payées, en règle générale, « mensuellement et d'avance » (voir en outre l'art. 72 RAVS et, pour les rentes AI, l'art. 82, 2<sup>e</sup> al., RAI). L'article 76 RAVS, dont le texte concerne également l'entretien courant, se fonde sur cette même réglementation. Dans le litige en question, il ne s'agit cependant pas du cas ordinaire du paiement de la rente courante pour l'entretien courant, mais du cas extraordinaire du paiement de l'arriéré, qui se produit notamment lorsque la procédure de demande et d'instruction, parfois longue, entraîne un retard dans le paiement de la rente. En principe, le paiement de l'arriéré des rentes est lié, lui aussi, au but prescrit par la loi, bien qu'il ne puisse plus servir directement à son but véritable, qui est l'emploi de la rente pour l'« entretien courant » pendant la période écoulée. Assurément, le fait que l'ayant droit ne peut plus utiliser la rente directement pour l'entretien courant, vu que le paiement de celle-ci a été différé, n'est pas un motif suffisant pour que l'on verse l'arriéré à des tiers ou à une autorité. Il y a toutefois des circonstances particulières en l'espèce. Si la caisse de compensation avait pu verser la rente de l'assuré, en plus des deux rentes com-

plémentaires, dès la naissance du droit à la rente (soit à partir du 1<sup>er</sup> décembre 1963), l'assistance aurait été libérée chaque mois de cette charge; en effet, elle aurait pu déduire de la somme de 600 francs (qui représente les besoins mensuels de l'assuré) — outre le gain de l'épouse et l'indemnité journalière de la caisse-maladie — également les rentes versées chaque mois. Comme la fixation et le versement de la rente tardaient, l'assistance s'est substituée à l'AI, de sorte que l'assuré a pu disposer, déjà pendant les mois de janvier à avril 1964, de l'argent nécessaire et l'utiliser pour l'entretien de sa famille. Ainsi, le but essentiel de la loi était atteint. Il faut relever à ce propos que la prétendue cession du 13 avril 1964 doit être considérée comme nulle et de nul effet (art. 20, 1<sup>er</sup> al., LAVS). La caisse de compensation a voulu voir dans ce document une déclaration de volonté par laquelle l'assuré, en se liant juridiquement, consentait à ce que l'assistance reçoive le paiement partiel de l'arriéré afin d'assurer un emploi des rentes conforme à leur but, au sens des articles 76 RAVS et 84 RAI. Le fait que l'intimé a signé la cession uniquement parce que, prétend-il, l'assistance aurait accepté que l'AI lui verse au moins 5000 francs est contesté par l'assistance et n'est pas établi. Ce qui est important, c'est qu'il faut admettre que l'assuré a considéré à ce moment-là le remboursement de l'arriéré de rentes litigieux comme une chose allant de soi.

Il faut conclure de ce qui précède que le remboursement de l'arriéré de rentes litigieux à l'assistance doit être considéré comme un emploi des rentes conforme à leur but au sens de l'article 76 RAVS. L'emploi différent des rentes que l'assuré avait manifestement en vue contredit par conséquent l'article 76 RAVS. Selon cette disposition, il n'est pas nécessaire, lorsqu'il s'agit du paiement à des tiers ou à une autorité, que l'ayant droit ait déjà employé des rentes de façon non conforme à leur but; il suffit que l'on puisse prouver qu'il a cette intention. Ainsi, il n'y a, aussi de ce point de vue, rien à objecter à ce versement litigieux. L'assuré ne pouvait raisonnablement pas demander que l'argent lui soit versé directement pour qu'il le fasse ensuite parvenir à l'assistance.

Le paiement de l'arriéré faisant l'objet du litige est donc conforme à la loi. On a ainsi créé après coup l'état de fait qui aurait existé normalement si le début du versement de la rente avait coïncidé avec le début de la naissance du droit à la rente.

d. Ce résultat peut être mis en parallèle avec la réglementation prévue à l'article 18 de l'ordonnance III sur l'assurance-maladie (du 15 janvier 1965). En vertu de cet article, la caisse-maladie est tenue provisoirement à prestations pendant une période limitée dans les cas qui doivent, autant que possible, être pris en charge par la CNA ou l'assurance militaire; elle portera à la connaissance de l'assuré que, s'il y a acceptation ultérieure du cas par la CNA ou l'assurance militaire, ses prestations seront imputées sur les prestations de l'autre assureur. Si le cas est en définitive pris en charge par la CNA ou l'assurance militaire, la caisse sera remboursée de tous les frais médico-pharmaceutiques et de l'indemnité journalière dus légalement par l'autre assureur.

## Allocations aux militaires pour perte de gain

*Arrêt du TFA, du 14 juillet 1965, en la cause E. S.*

Article 19, 2<sup>e</sup> alinéa, lettre c, LAPG. Si l'employeur paie le salaire complet à son employé pour la durée du service militaire, l'allocation pour perte de gain lui revient en règle générale, quels que soient le genre et la durée du service; ceci indépendamment du fait que ce service occasionne à l'employeur un préjudice matériel et gêne l'employé dans l'accomplissement de ses obligations professionnelles.

*Articolo 19, capoverso 2, lettera c, LIPG. L'indennità per perdita di guadagno spetta, in generale, al datore di lavoro che paga al suo impiegato il salario intero durante il servizio militare, di qualunque genere e durata essa sia; e ciò indipendentemente dal fatto che il servizio cagioni al datore di lavoro un danno materiale ed intralci l'adempimento dei doveri professionali dell'impiegato.*

Le militaire est procureur de district et il est soumis comme tel à l'ordonnance cantonale sur le statut et le traitement des fonctionnaires et employés de l'administration et du contentieux, dont le § 64, 1<sup>er</sup> alinéa, précise ce qui suit :

« Les fonctionnaires et employés reçoivent leur traitement complet pendant les cours de répétition. Pendant les cours d'instruction, les militaires mariés et célibataires avec obligation d'assistance reçoivent leur traitement complet, les célibataires sans obligation d'assistance reçoivent les trois quarts de leur traitement. »

Le § 77 du règlement d'exécution de cette ordonnance cantonale a la teneur suivante :

« Les écoles de recrues et les périodes de service assimilées aux services d'avancement par le régime des APG sont considérées comme service d'instruction. Tous les autres genres de service militaire obligatoire sont considérés comme des cours de répétition en ce qui concerne le règlement du personnel. »

En 1963, le militaire était greffier du tribunal de la 6<sup>e</sup> division et avait le grade de capitaine. Il reçut un ordre de marche pour les audiences du tribunal, auxquelles il devait prendre part en uniforme. Il s'occupa de différentes autres affaires à domicile et compta le temps consacré à ces travaux comme jours de vacations, en vertu de l'ordonnance concernant la comptabilité de la justice militaire, du 29 mai 1951, modifiée par l'arrêté du Conseil fédéral du 5 juillet 1963. L'article 6, 2<sup>e</sup> alinéa, de cette ordonnance précise ce qui suit :

« Ils (les officiers de la justice militaire) portent en compte leurs vacations pour le travail à domicile, pour l'étude des dossiers, la préparation des interrogatoires et des débats, les travaux écrits et autres actes officiels en dehors des débats et des jours de voyage. Huit heures de travail donnent droit à un jour de solde et à l'indemnité de vivres. Toutefois, si le temps employé en un jour dépasse huit heures, l'excédent ne peut pas être reporté sur un autre jour. »

Pour les jours de vacations du militaire, de février à juin 1963, la caisse de compensation versa les APG à la Direction des finances du canton. Le militaire fit valoir par la suite que ces allocations devaient lui revenir. Par décision du 30 septembre 1963, la caisse de compensation invita la Direction des finances à verser les allocations pour jours de vacations au militaire lui-même. Alors que le tribunal de première instance ordonnait que les allocations soient versées au militaire, le TFA statua au contraire que ces allocations revenaient au canton en tant qu'employeur du militaire, et cela pour les motifs suivants :

1. En vertu de l'article 1<sup>er</sup>, 1<sup>er</sup> alinéa, LAPG, les militaires qui font du service dans l'armée suisse ont droit à une allocation pour chaque jour soldé. Cette allocation est versée au militaire (art. 19, 2<sup>e</sup> al., LAPG); cependant, elle revient à l'employeur « dans la mesure où il continue à payer un salaire au militaire pour la période de service » (lettre c).

2. La législation sur les APG vise avant tout, selon les commentaires du message du Conseil fédéral (23 octobre 1951), à compenser le préjudice matériel que subit un militaire lorsqu'il fait du service. Cependant, on savait déjà, lors de l'élaboration de cette loi, que le droit à l'allocation dans un cas particulier ne pouvait pas être subordonné à l'existence réelle d'un tel préjudice. La loi ayant été révisée ultérieurement, le principe de la compensation du préjudice a été relégué au second plan et il est devenu une pure fiction; à l'heure actuelle, chaque jour soldé donne droit à l'allocation.

C'est pourquoi, lorsqu'on examine quelles sont les conditions qui doivent être remplies pour que l'APG revienne à l'employeur en vertu de l'article 19, 2<sup>e</sup> alinéa, lettre c, LAPG, le principe de la compensation du préjudice ne pèse plus guère dans la balance. Il faut, bien plutôt, considérer que, selon la volonté du législateur telle qu'elle est exprimée dans cet article, l'APG doit toujours revenir à l'employeur lorsqu'il paie le salaire, en vertu d'un règlement sur les traitements, pendant le service accompli (ce qui, par exemple, n'était pas le cas dans la cause H. L., cf. RCC 1958, p. 397). Le genre et la durée du service ne jouent en général pas de rôle; peu importe donc si le service pour lequel le salaire est en principe payé tombe entièrement ou partiellement pendant les vacances ou si le militaire, vu la position spéciale qu'il occupe, est en mesure de déployer son activité professionnelle complète malgré le service. En créant une disposition selon laquelle l'APG est versée pour chaque jour de service soldé, le législateur a établi une règle abstraite qui ne tient pas compte de la diversité des cas concrets. Ce fait, ainsi que sa conséquence logique — dont il a déjà été question, à savoir que le principe de la compensation d'un préjudice matériel est devenu une pure fiction — doivent faciliter l'interprétation de l'article 19, 2<sup>e</sup> alinéa, lettre c, LAPG. C'est pourquoi, lorsque l'employeur paie un salaire pour une période de service militaire, l'APG lui revient en règle générale, quel que soit le genre de service et indépendamment du fait qu'il subit ou non un préjudice matériel à cause de ce service. Ainsi, les employés, fonctionnaires et magistrats auxquels le salaire est en principe versé pour une période de service militaire n'ont généralement pas droit à l'APG, sans tenir compte du fait que l'accomplissement des devoirs professionnels soit **géné ou non par ce service.**

3. Selon les règles en vigueur, les jours de vacations du militaire sont des jours soldés pour lesquels l'allocation est due (art. 1<sup>er</sup>, 1<sup>er</sup> al., LAPG). Le point litigieux est de savoir si cette allocation revient au militaire ou à son employeur. En vertu de l'ordonnance cantonale précitée, le canton verse le traitement complet à ses fonctionnaires, ce qui s'applique au militaire en sa qualité de procureur de district, quel

que soit le genre du service obligatoire ; seules quelques exceptions sont prévues en cas de service d'avancement. Les travaux effectués par le militaire pendant ses jours de vacances sont englobés dans ce service obligatoire. En effet, le militaire était tenu, en sa qualité de greffier d'un tribunal de division, de rédiger les jugements prononcés et d'accomplir d'autres tâches en relation avec la position qu'il occupe, cela en dehors des audiences du tribunal auxquelles il a été convoqué. Du moment que le canton paie le traitement complet pour la durée du service militaire obligatoire, c'est à lui, d'après ce qui précède, que revient l'allocation pour jours de vacances, même si le militaire s'est acquitté pendant ses loisirs, et dans quelque mesure que ce soit, des travaux qui lui incombent en tant que greffier en dehors de ces audiences.

## **CHRONIQUE MENSUELLE**

La commission du Conseil national chargée d'examiner l'arrêté fédéral approuvant la *convention* conclue entre la Suisse et la Principauté de *Liechtenstein* en matière d'AVS et d'AI a siégé le 11 janvier, sous la présidence de M. Grandjean, député, et en présence de M. le directeur Saxer, préposé aux conventions internationales de sécurité sociale. Elle a approuvé à l'unanimité le projet d'arrêté fédéral.

\*

La *Commission fédérale d'experts pour la révision de l'AI* a tenu sa troisième séance du 1<sup>er</sup> au 3 février 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 prononcée au sujet des propositions présentées par ses quatre sous-commissions et a étudié le financement des améliorations prévues. Sur la base des décisions prises par la commission, ainsi que d'autres travaux, l'Office fédéral va maintenant élaborer un projet de rapport des experts, qu'il soumettra à la commission lors de sa séance finale.

## **Les prestations complémentaires des cantons**

### **Statistique**

#### **1. La nécessité**

Les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI font partie de notre sécurité sociale. Ce n'est toutefois pas la Confédération elle-même qui en assume la gestion, mais elle confère ce rôle aux cantons. Si ceux-ci versent des prestations complémentaires, la Confédération participe en revanche au financement en versant des subventions.

Du point de vue du droit public, les prestations complémentaires ont donc un fondement différent de celui des rentes AVS et AI. Par conséquent, la surveillance que doit exercer la Confédération sur ces deux branches d'assurance n'est pas la même. Les subventions qu'elle verse ne lui donnent pas seulement le droit, mais l'obligent aussi de veiller à ce que celles-ci soient utilisées par les

cantons de façon conforme à la loi. C'est pourquoi le droit de surveillance est, dans une large mesure, calqué sur celui qui existait en matière d'aide complémentaire à la vieillesse et aux survivants durant les années 1948 à 1965. Les nouvelles subventions dépassent toutefois de loin le montant relativement modeste de celles qui étaient accordées jusqu'ici. De plus, elles ne seront plus versées aux cantons sous forme de montants fixes, mais seront calculées d'après le total des prestations complémentaires versées par le canton durant l'année. Ce total, pour sa part, est fonction du genre et de la composition des différents éléments du revenu des bénéficiaires. Enfin, les dépenses futures ne peuvent être évaluées que sur la base de chiffres que l'expérience fournira. Par conséquent, les quelques rares données fournies jusqu'ici, et qui avaient plutôt un caractère d'information, ne suffisent plus. D'autre part, dans son message relatif à la loi sur les prestations complémentaires, le Conseil fédéral a donné l'assurance « de n'utiliser de ce droit de surveillance qu'autant que cela est strictement nécessaire et de limiter les mesures de contrôle au minimum ». Il importe maintenant de trouver une solution équilibrée entre l'intérêt légitime de connaître l'usage fait des fonds considérables versés par la Confédération, d'une part, et la retenue imposée par des raisons d'opportunité politique et d'économie de travail, d'autre part.

## 2. Les indications nécessaires

Sont importantes avant tout les indications suivantes :

- le nombre des bénéficiaires de prestations complémentaires (et des membres de la famille qui y ont part)
- le montant des prestations complémentaires versées
- la composition du revenu des bénéficiaires.

Lorsque des cantons et communes versent des montants qui dépassent le cadre prévu pour les prestations complémentaires subventionnées par la Confédération — et tel est le cas dans une mesure appréciable — des indications à ce sujet sont également précieuses ; elles révèlent l'importance sociale des prestations complémentaires en général et servent en même temps à l'information des cantons et communes.

## 3. L'obtention des données statistiques

La compétence de la Confédération d'exiger des indications d'ordre statistique est prévue par l'article 14, 2<sup>e</sup> alinéa, de la loi fédérale sur les prestations complémentaires et par l'article 8 de l'ordonnance fédérale, du 6 décembre 1965. Comme déjà relevé, elle n'utilisera de ce droit qu'avec retenue. L'Office fédéral des assurances sociales tend donc

1. à tirer le plus possible des indications qui doivent être fournies à propos du subventionnement, comme par exemple celles que contient le décompte pour le calcul de la subvention fédérale, ou celles qui sont données par les mesures destinées à éviter des paiements à double

2. à se limiter, pour le reste, à des indications qui peuvent être obtenues sans grand travail ou par des enquêtes partielles.

Ainsi, on peut esquisser le programme suivant :

#### *a. Le décompte*

L'Office fédéral fixe le montant des subventions en se fondant sur un décompte établi annuellement par les cantons (art. 2 de l'ordonnance fédérale). Les prestations complémentaires versées à des bénéficiaires de rentes AVS, ainsi que de rentes AI et d'allocations pour impotents, doivent faire l'objet de décomptes séparés. Le décompte doit notamment fournir des renseignements sur le nombre des bénéficiaires ainsi que sur les prestations versées. Le nombre total des bénéficiaires d'une année ne pourrait toutefois être déterminé qu'avec peine par les organes d'application qui ne disposent pas d'installations pour le traitement automatique des données.

#### *b. Le rapport annuel*

Le nombre des bénéficiaires (groupés d'après les risques assurés: vieillesse, décès et invalidité) doit par contre pouvoir être déterminé, à une date donnée, sans que cela exige un grand travail supplémentaire. Une solution consiste à requérir cette indication sur une feuille annexe au rapport annuel.

#### *c. La liste des bénéficiaires*

Les cantons doivent prendre des mesures pour éviter le versement, par l'un ou par plusieurs d'entre eux, de prestations complémentaires à double (art. 24 de l'ordonnance fédérale). En vue de déceler de tels versements, l'Office fédéral peut exiger des cantons une liste établie à une date donnée et fournissant sur chaque bénéficiaire les données suivantes: numéro d'assuré, nom, prénom, domicile, membres de la famille ayant part à la prestation, montant mensuel de celle-ci. Le cas échéant, diverses données statistiques peuvent être tirées de telles listes. Celles-ci présupposent toutefois l'existence de certaines conditions techniques qui ne sont pas encore partout réalisées. Pour que la liste des bénéficiaires puisse bientôt devenir une réalité, il faut que les organes d'application prennent aujourd'hui déjà les mesures d'organisation qu'elle nécessite.

#### *d. Autres pièces*

Le vrai rôle des prestations complémentaires consiste à compléter le revenu jusqu'à une certaine limite fixée. Les conditions auxquelles elles sont soumises et leurs répercussions ne peuvent être appréciées exactement que si l'on connaît la composition des revenus dans chaque cas particulier (part prise en compte du revenu privilégié, rentes AVS ou AI, fortune à prendre en compte, revenu brut à prendre en compte, total des déductions, et, dans ce montant, d'une part les intérêts des dettes, les frais d'entretien des bâtiments, les frais d'obtention du revenu et, d'autre part, les déductions pour loyer). De tels détails ne peu-

vent guère être exigés et interprétés au fur et à mesure. Un simple coup d'œil représentatif suffira-t-il ? Des enquêtes périodiques spéciales seront-elles nécessaires, et dans quelle mesure ? Ces questions peuvent rester indécises dans le présent exposé. La procédure peut être adaptée aux conditions existant dans les différents cantons. Une solution relativement simple consiste à remettre un double de la feuille de calcul. Là où cette procédure n'est guère applicable, d'autres réglementations peuvent entrer en ligne de compte. Les cantons qui assument ces travaux supplémentaires dès l'année de l'introduction de leur loi se verront plus tard déchargés d'autant.

Les statistiques inspirent souvent, à celui qui doit les livrer, une certaine méfiance injustifiée. Cette méfiance ou du moins cette réserve doit être éliminée par une franche collaboration empreinte de mutuelle compréhension. Dans la mesure où l'Office fédéral peut y contribuer, il est volontiers disposé à le faire.

## **Les nouvelles instructions aux bureaux de revision pour la revision des caisses de compensation AVS**

Selon l'article 68 LAVS, chaque caisse de compensation, y compris ses agences, doit être révisée périodiquement. Les détails d'exécution de ces revisions sont réglés dans le RAVS (art. 159 et suivants), qui autorise en outre l'Office fédéral des assurances sociales à donner des instructions aux bureaux de revision sur l'étendue des contrôles et sur la façon de présenter les rapports de revision. L'Office fédéral a, dès le début, fait usage de cette autorisation. Il s'agissait avant tout de veiller à ce que les rapports remis soient complets et contiennent tous les points essentiels. Les premières instructions, publiées le 16 octobre 1948, visèrent par conséquent à établir le contenu des rapports considéré comme nécessaire. Les revisions furent amplifiées déjà en 1949. La circulaire du 31 juillet 1951, qui fut annulée plus tard par les instructions du 15 juillet 1957, compléta les premières instructions. L'entrée en vigueur de l'AI nécessita à son tour des instructions complémentaires (31 octobre 1960); en outre, les Directives sur la comptabilité et les mouvements de fonds des caisses de compensation, valables dès le 1<sup>er</sup> février 1963, apportèrent quelques dispositions nouvelles dont il fallait tenir compte lors d'une revision (complément du 28 février 1964). Les instructions devinrent peu commodes à consulter, vu les nombreux compléments et additions. C'est pourquoi un remaniement et un résumé de textes parus s'imposèrent pour des raisons pratiques. A cette occasion, on put également tenir compte des expériences faites et des revisions des textes législatifs, ainsi que du récent développement du système des ordinateurs électroniques

pour le traitement automatique des données. On s'efforça enfin de simplifier le travail.

Le projet des nouvelles instructions fut discuté au sein d'une commission spéciale, qui comprenait des représentants des bureaux de revision externes (privés, cantonaux et fédéraux), des caisses cantonales et professionnelles de compensation et de la Centrale de compensation. Les délibérations donnèrent naissance aux nouvelles instructions du 15 octobre 1965, qui sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> février 1966 et qui seront appliquées pour la première fois lors de la revision de clôture de 1965. Ces instructions ont été commentées par l'Office fédéral, dans des conférences spéciales, à l'intention des bureaux de revision qui procèdent à des revisions de caisses.

L'innovation la plus importante réside probablement dans le fait que les domaines d'application du droit matériel peuvent, s'il n'existe pas de circonstances particulières, être contrôlés pendant des périodes plus longues que jusqu'à présent (c'est-à-dire à des intervalles de trois ans au maximum). Toute la matière à reviser doit être répartie de façon uniforme, autant que possible, sur les diverses revisions principales de la période de contrôle. On espère que cette façon de procéder permettra de mieux contrôler ces divers domaines, vu que le reviseur peut examiner la matière de façon plus approfondie; d'autre part, on pense qu'il sera possible de simplifier le travail dans une certaine mesure. Il était également nécessaire de fixer les contrôles à effectuer dans le domaine de l'AI et de délimiter l'activité de l'Office fédéral en matière de revision. Comme celui-ci contrôle la gestion des commissions AI, de leurs secrétariats et des offices régionaux AI, les contrôles du bureau de revision doivent s'étendre seulement aux tâches qui incombent aux caisses de compensation dans les limites de l'AI. En outre, l'utilisation d'ordinateurs électroniques par les caisses de compensation et d'autres organes a nécessité une nouvelle réglementation en matière de revision. A l'avenir, l'Office fédéral réglera de cas en cas la revision des agences qui n'accomplissent pas toutes les tâches d'une caisse de compensation. Enfin, les nouvelles instructions prévoient que les rapports seront ordonnés selon des critères autant que possible uniformes. On s'attend par conséquent à recevoir des rapports plus courts, mais où l'essentiel ressortira plus clairement.

Il ne saurait être question de parler dans cet article des autres innovations. Soulignons cependant que l'idée d'une seule revision annuelle a dû de nouveau être abandonnée. Lorsqu'on revise un appareil administratif qui réalise un mouvement de fonds annuel supérieur à quatre milliards de francs, le programme de revision présente nécessairement une certaine envergure qu'on ne peut guère réduire. Certes, il serait théoriquement concevable de procéder à tous les contrôles en une seule fois. Cependant, la durée d'une telle revision entraverait l'activité de la caisse de compensation et gênerait aussi la plupart des bureaux de revision.

## **Le traitement des infirmités congénitales et l'inaptitude à recevoir une instruction<sup>1</sup>**

Le TFA s'est prononcé plusieurs fois, ces derniers temps, sur le rôle de l'article 13 LAI dans le système des prestations de l'AI. Il est arrivé à la conclusion (cf. en particulier RCC 1965, p. 515, et 1966, p. 98) que les mesures médicales appliquées à des infirmités congénitales devaient revêtir le caractère de mesures de réadaptation puisque, selon le système adopté dans la loi, l'article 13 LAI est subordonné à l'article 9. Cette manière de voir n'a pas été partagée, jusqu'à présent, par l'administration. Toutefois, le souci de traiter de la même manière tous les cas identiques incite à adopter cette jurisprudence.

Signalons, ici, quelques considérants essentiels du tribunal, dont l'administration devra désormais tenir compte.

Les prestations visant au traitement d'infirmités congénitales (art. 13 LAI) et les contributions pour les mineurs inaptes placés dans un établissement ou soignés à domicile (au sens de l'art. 20 LAI) s'excluent mutuellement. Cela ne signifie toutefois pas nécessairement que les champs d'application de ces deux genres de prestations soient absolument distincts l'un de l'autre. En effet, selon la jurisprudence, des mesures médicales ne peuvent être refusées que s'il apparaît scientifiquement certain, même en tenant compte de l'évolution future de l'assuré jusqu'à sa majorité, que celui-ci ne pourra jamais devenir apte à exercer une activité lucrative; mais, d'autre part, l'octroi de contributions aux mineurs inaptes à recevoir une instruction est possible non seulement lorsque cette inaptitude est certaine, mais aussi, dans des cas spéciaux, jusqu'à ce que la question de l'aptitude commence à être étudiée. Si l'on admet que l'assuré est inapte et que l'on accorde la prestation correspondante, en vertu de l'article 20 LAI, il ne reste par définition aucune place pour des mesures médicales. Au contraire, si l'AI assume une mesure médicale en admettant une capacité de gain future, l'octroi de contributions aux frais de soins selon ledit article 20 est exclu pour la même période.

En tenant compte de ces règles de délimitation, il est donc recommandé, lorsqu'on a affaire à des enfants souffrant d'infirmités congénitales qui nécessitent un traitement, de ne pas admettre à la légère l'existence d'une inaptitude au sens dudit article 20 et de n'accorder des prestations, en vertu de cette disposition, que lorsque cette inaptitude a été dûment établie par des méthodes médicales et pédagogiques, éventuellement par suite d'un essai de formation

---

<sup>1</sup> Cf. arrêt R. K., p. 98.

scolaire. Chez les assurés qui se trouvent dans la première enfance, un jugement définitif de l'aptitude à recevoir une instruction n'est guère possible. L'expérience a montré que même dans des cas très graves, des mesures judicieusement appliquées menaient souvent à des succès inespérés. C'est pourquoi, pendant les premières années de la vie, il ne faudrait pas, en règle générale, refuser des mesures médicales pour le traitement d'infirmités congénitales en alléguant une inaptitude probable. La prudence dont il faut faire preuve dans ces appréciations se justifie, d'une manière générale, déjà parce que la notion d'aptitude à recevoir une instruction doit être prise au sens large et que rien ne serait plus contraire à l'esprit de la LAI que d'admettre prématurément l'inaptitude d'un enfant à recevoir une instruction (RCC 1963, p. 26-30).

Pour les commissions AI, une question se pose aujourd'hui, c'est de savoir si les cas traités d'après la pratique suivie jusqu'ici doivent être révisés. Pour que tous les assurés soient traités d'une manière égale, il faut répondre oui. Ce faisant, on n'oubliera pas que la suppression éventuelle de mesures médicales déjà accordées n'est indiquée que si leur application future doit s'étendre sur une longue durée ou s'avérer importante. Un traitement ou une étape de traitement en cours doivent, dans tous les cas, être menés à bonne fin.

## **Toxicomanies et rentes d'invalidité ; l'application de l'article 7 LAI**

### **Le point de vue juridique et pratique <sup>1</sup>**

Le problème des alcooliques et autres toxicomanes, envisagé du point de vue médical, a déjà été exposé.<sup>2</sup> Nous allons voir maintenant quelles sont les conclusions pratiques qui s'imposent — étant précisé qu'elles se circonscriront au seul domaine qui est envisagé ici, à savoir la répercussion de l'alcoolisme sur le droit à la rente d'invalidité. — La conséquence la plus importante à retenir est celle qui pose en principe que *l'alcoolisme est, dans des limites et selon des conditions à préciser, responsable de son invalidité*, ce qui justifie l'application de l'article 7 LAI à son égard.

Le refus ou simplement la réduction d'une prestation, si minime soit-elle, constitue toujours une mesure grave à l'égard de celui qui en fait l'objet. C'est pourquoi son application, notamment à l'égard des alcooliques, doit être subor-

<sup>1</sup> Conférence donnée lors de la séance des médecins des commissions AI, le 28 octobre 1965.

<sup>2</sup> Cf. RCC 1965, p. 440.

donnée à des *conditions strictes*, qui seront examinées dans la première partie du présent exposé (chap. A). Nous préciserons ensuite la nature, l'étendue et la durée de la *sanction* dans les cas où l'assuré porte juridiquement la responsabilité de son invalidité (chap. B). Pour terminer, nous dirons deux mots de la *procédure* à suivre dans les cas d'alcooliques (chap. C).

## A. Les conditions d'application de l'article 7 LAI

Pour qu'un assuré alcoolique soit passible d'une sanction au sens de l'article 7 LAI, il faut que les conditions suivantes soient remplies :

### 1. *L'assuré doit être invalide*

Par *invalidité*, il faut entendre la notion habituelle, définie à l'article 4 LAI, et précisée par la jurisprudence du TFA (Tribunal fédéral des assurances). S'agissant plus particulièrement d'alcooliques, on admettra donc en principe une invalidité permanente dès l'instant où *Péthylisme chronique a laissé des séquelles organiques ou mentales durables, entraînant une diminution présumée permanente de la capacité de gain*. Cette définition permet de refuser une rente de l'AI aux assurés qui se livrent à l'ivrognerie et de ce fait négligent de travailler. Ces assurés ne sont pas encore invalides, car en soi l'abus de boissons alcooliques ne constitue pas une atteinte à la santé, du moins aussi longtemps qu'il n'a pas entraîné des séquelles psychiques ou organiques (arrêt non publié du TFA).

On peut se demander en revanche s'il est toujours nécessaire qu'un assuré présente des *séquelles durables* d'éthylisme (cirrhose du foie, polynévrite, troubles psychiques, etc.) pour être considéré comme invalide. Nous ne le pensons pas. Il suffit qu'un ivrogne soit atteint dans sa santé et, partant, dans sa capacité de travail pour que son cas soit pris en considération dans le cadre de l'AI. En pareil cas, toutefois, on n'admettra pas d'emblée l'existence d'une invalidité permanente, mais bien plutôt une maladie de longue durée, ouvrant droit à une rente à l'issue d'un certain délai d'incapacité de travail totale ou partielle. Cette hypothèse — dans la pratique assez rare, car les assurés s'annoncent généralement à l'AI à une date où l'alcoolisme est déjà fort avancé — n'est pas sans intérêt lorsqu'il s'agit de fixer la durée de la sanction (cf. chap. B, chiffre 1/b).

### 2. *L'invalidité doit être imputable à l'assuré*

Pour qu'une sanction soit applicable, l'assuré doit avoir commis une faute grave; en matière d'alcoolisme, la faute est présumée. Le TFA considère en effet que *celui qui, connaissant les conséquences de l'alcoolisme pour sa santé et ayant la possibilité de réagir, continue à s'adonner à la boisson commet une faute grave*, justifiant une sanction au sens de l'article 7 LAI (cf. RCC 1962, p. 404). L'exposé médical démontre que cette présomption est parfaitement fondée. Nous n'insisterons donc pas sur cet aspect de la question, sinon pour relever que la responsabilité de l'assuré n'est engagée que s'il disposait au départ d'une capacité de discernement suffisante pour se rendre compte, en faisant

preuve de la diligence qu'on était en droit d'attendre de lui, des effets à long terme des excès de boissons alcoolisées et pour réagir à temps contre son penchant.

### 3. Une relation de causalité entre l'invalidité et l'alcoolisme

L'atteinte à la santé, qui est à l'origine de l'invalidité, doit avoir été causée ou du moins dans une large mesure aggravée par l'alcoolisme et non pas par d'autres causes, étrangères à celui-ci.

Cette question est très importante, car l'alcoolisme n'est souvent qu'un facteur englobé dans un complexe de causes plus ou moins prépondérantes qui l'ont influencé ou ont été influencées par lui. Il convient dès lors de faire la part des choses, afin d'éviter qu'un assuré ne soit « puni » injustement. A cet égard, on peut schématiquement distinguer les hypothèses suivantes :

- a. L'atteinte à la santé est due essentiellement à l'alcoolisme ou à une cause qui a été influencée elle-même par l'alcoolisme (accident par suite d'ivresse); en pareil cas, l'assuré est en principe responsable.
- b. L'atteinte à la santé est due à des causes indépendantes de l'alcoolisme, qui à elles seules ont provoqué l'invalidité (tuberculeux qui se met à boire et dont la santé n'est pas encore altérée par l'alcool); la responsabilité de l'assuré n'est alors pas engagée.
- c. L'atteinte à la santé est due à l'alcoolisme, lequel a cependant été influencé par une autre cause ou a aggravé un état préexistant ou concomitant; la responsabilité de l'assuré est en principe engagée, mais, lors de la fixation de la sanction, on tiendra compte des autres causes au titre de *circonstances atténuantes* (cf. chap. B/2).

## B. La sanction

### 1. Principe: La réduction des prestations

Lorsque les conditions mentionnées au chapitre précédent sont réalisées, il y a lieu en principe de *réduire* la rente d'invalidité revenant à l'assuré.

- a. *Taux de réduction.* La question du taux de réduction des prestations relève en principe de l'appréciation des commissions AI. Toutefois, afin d'obtenir une certaine uniformité de la pratique en ce domaine, et compte tenu des expériences faites jusqu'à maintenant, ainsi que de la jurisprudence du TFA, il y a lieu d'opérer, dans le cas normal, une réduction de *50 pour cent*. Ce taux moyen pourra être augmenté ou, au contraire, réduit selon qu'il existe des circonstances aggravantes ou atténuantes (cf. chiffres 2 et 3).
- b. *Durée de la réduction.* Selon la jurisprudence du TFA, la réduction est en principe *définitive*. Il reste toutefois entendu que dans les cas où une révision de la rente a été prévue — notamment lorsque le cas a été traité sous l'angle de la longue maladie — la commission AI a la faculté de revoir le taux de la sanction, s'il apparaît que l'assuré a fait un effort pour améliorer son état.

## 2. Les circonstances atténuantes

- a. La sanction doit être adaptée aux circonstances particulières de chaque cas. Dès lors, s'il existe des causes indépendantes de la volonté de l'assuré qui ont favorisé l'alcoolisme, il faut en tenir compte pour fixer le taux de la sanction et distinguer les circonstances atténuantes de ces causes qui libèrent l'assuré de toute responsabilité. C'est ainsi qu'on s'abstiendra de toute sanction à l'égard d'un épileptique buveur, dont la capacité de discernement n'est pas suffisante pour juger des effets nocifs de l'alcool.
- b. Il a été abondamment parlé dans l'article précédent, du point de vue médical, des circonstances fort diverses qui peuvent favoriser l'alcoolisme. Il n'est dès lors pas question de les énumérer ici à nouveau. Relevons néanmoins qu'il convient de faire la part des choses, en retenant celles qui ont un certain poids — comme les circonstances d'ordre médical, social ou professionnel — pour négliger les motifs futiles ou les prétextes plus ou moins subjectifs, qui n'ont qu'un rapport fort lointain avec l'origine de l'éthylisme. Au demeurant, une certaine prudence est de rigueur dans ce domaine, étant donné que telle cause ou tel événement peut entraîner des réactions diverses selon le niveau intellectuel et affectif de l'assuré, ainsi que son milieu familial, professionnel et social.
- c. Les circonstances atténuantes, lorsqu'elles existent, permettent en principe, selon leur répercussion plus ou moins directe sur l'alcoolisme, d'*atténuer seulement la sanction*, soit donc de diminuer le taux de réduction de la rente. Exceptionnellement, on pourra passer outre à toute sanction, si l'ensemble des circonstances atténuantes est tel qu'il exclut pratiquement toute responsabilité de l'assuré.

## 3. Les cas de refus de toute prestation

Bien que la jurisprudence du TFA ne s'oppose pas à un refus de toute prestation en matière d'AI, une telle sanction doit être considérée comme très exceptionnelle dans les cas d'alcooliques où l'intention fait défaut.

Néanmoins, théoriquement, on ne saurait exclure d'emblée le refus de toute rente dans les cas particulièrement choquants où l'octroi d'une rente, même réduite, risquerait de n'être pas compris. Une telle sanction ne doit toutefois être envisagée que lorsque les conditions suivantes sont réalisées :

- une faute particulièrement grave (assuré qui se met à prendre des doses d'alcool exorbitantes sans aucun motif valable) ;
- l'invalidité doit être due exclusivement à l'alcoolisme ;
- l'assuré conserve une situation économique favorable, le mettant à l'abri du besoin.

## C. La procédure à suivre dans les cas d'alcooliques

Etant donné les conditions strictes auxquelles est subordonnée la responsabilité d'un alcoolique, d'une part, et vu la gravité que constitue en soi une sanction

en matière d'assurance sociale, d'autre part, il importe de vouer un soin particulier à l'instruction des cas d'alcooliques. Grâce à l'expérience acquise par l'examen des cas qui lui sont soumis, l'OFAS doit constater que, trop souvent, les éléments d'appréciation font défaut, parce que les enquêtes sont insuffisantes ou trop hâtives. Nous avons relevé en particulier que, dans plus d'un cas, les renseignements figurant au dossier ne permettaient pas de porter un jugement tant soit peu fondé sur la responsabilité de l'assuré en raison de son alcoolisme. C'est pourquoi nous avons jugé utile d'énumérer brièvement les points principaux à éclaircir, ainsi que les moyens d'enquête qui doivent être mis en œuvre.

Lorsqu'une commission AI est saisie d'une demande concernant un assuré présentant des séquelles d'éthylisme, elle devra établir notamment les points suivants :

### 1. *L'existence d'une invalidité ou d'une maladie de longue durée*

Il est évident qu'avant de se prononcer sur la réduction éventuelle de la rente, il faut établir que la rente est due, ce qui ne peut être le cas que si l'assuré présente une diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, de la moitié au moins. Pour cela, on ne saurait, en règle générale, se contenter des seules données d'ordre médical, mais il faut également s'entourer de renseignements économiques, tant il est vrai que l'invalidité, au sens de l'AI, demeure une notion avant tout économique !

Au demeurant, la présomption de permanence de l'atteinte à la santé dans les cas d'alcooliques ne dispense pas les commissions AI de fixer aussi précisément que possible le *début du droit à la rente*, selon l'une ou l'autre des hypothèses prévues par la loi (art. 29 LAI) ou introduites par la jurisprudence du TFA (cf. RCC 1964, p. 505).

### 2. *La responsabilité de l'assuré en raison de son éthylisme*

Se demander si la rente doit être réduite, c'est poser la question de la responsabilité de l'assuré. Or, celle-ci ne saurait être engagée que si les conditions mentionnées plus haut, au chapitre A, sont réalisées. La commission AI devra déterminer tout d'abord si *l'incapacité de gain de l'assuré provient directement de l'alcoolisme ou s'il existe d'autres causes pathologiques ou accidentelles à l'origine de l'invalidité*.

— Lorsqu'il appert du dossier et notamment du questionnaire médical que l'atteinte à la santé, à l'origine de l'incapacité de gain actuelle, est constituée exclusivement par des séquelles d'éthylisme (polynévrite, cirrhose du foie, syndrome de Korsakoff, etc.), la responsabilité de l'assuré est en principe engagée. La commission AI devra néanmoins examiner de manière appropriée s'il existe des circonstances atténuantes (cf. chiffre 3 ci-après).

— Lorsque, parallèlement à l'alcoolisme, il existe d'autres causes pathologiques ou accidentelles à l'origine de l'incapacité de gain, la commission AI devra déterminer si ces affections ont été provoquées ou favorisées par l'éthyl-

lisme (par exemple, en diminuant la capacité de résistance physique ou psychique de l'assuré) ou si, au contraire, elles ont elles-mêmes favorisé l'éthylisme (comme cela peut arriver dans les cas d'épilepsie, de diabète ou de longue immobilisation ou inactivité par suite de maladie ou d'accident).

La détermination exacte de ces différents facteurs et de leur influence réciproque est très importante, car elle conditionne dans une large mesure la responsabilité de l'assuré. C'est pourquoi la commission AI doit, en pareil cas, recueillir tous les renseignements requis, en s'informant le cas échéant auprès du médecin traitant et en requérant au besoin une expertise psychiatrique (selon la procédure prévue aux n<sup>os</sup> 126 et suiv. de la circulaire y relative, du 4 avril 1964).

### 3. L'existence de circonstances atténuantes et aggravantes

Dans les cas où la responsabilité de l'assuré est engagée, la commission AI doit examiner d'office s'il existe des circonstances pouvant atténuer la sanction. De telles circonstances peuvent ressortir du dossier, mais aussi d'une enquête sociale ordonnée par la commission sur les antécédents de l'assuré, son milieu familial ou professionnel.

## Conclusions

Les deux exposés que la RCC a consacrés aux alcooliques ont pour but d'attirer l'attention des commissions AI sur les problèmes particuliers qu'ils soulèvent dans l'assurance. Ils visent à un traitement uniforme de cette catégorie d'assurés dans toute la Suisse. En fixant la sanction, les commissions AI auront à cœur de se montrer équitables, tout en faisant preuve d'objectivité. Pour le surplus, nous renvoyons aux considérations qui ont été émises dans la RCC 1962, pages 370 et suivantes, et qui gardent toute leur portée.

## Le dépistage des enfants invalides <sup>1</sup>

Si nous examinons l'ensemble des problèmes du dépistage de l'invalidité chez l'enfant, nous devons constater que le dépistage des *invalidités massives*, comme les arriérations graves, les déficiences sensorielles importantes, se fait d'une façon satisfaisante. Les enfants « cachés » dans leur famille sont de moins

---

<sup>1</sup> Extraits de l'exposé de M<sup>me</sup> Fert, directrice du Service médico-pédagogique du Département genevois de l'instruction publique, lors de la conférence des autorités cantonales préposées à la surveillance des écoles spéciales reconnues par l'AI, du 1<sup>er</sup> octobre 1965.

en moins nombreux. Nous avons reçu en consultation, depuis la mise sur pied de l'AI, des parents de tous les milieux, hostiles jusqu'alors à toute intervention officielle ou, par avance, résignés à assumer seuls la charge de l'éducation et de la préparation de l'avenir de leur enfant. Le plus souvent, ces parents viennent, non pas dans le seul espoir de retirer une aide financière, mais conscients que quelqu'un s'intéresse à leurs soucis et que quelque chose existe, que des spécialistes sont prêts à les conseiller et à prendre même en charge l'éducation du petit invalide. Sachant qu'il y a une réponse à leur angoisse et une réponse non entachée de charité, ils sont encouragés et osent exposer leur problème. Il s'agit donc, avant tout, d'un effet moral.

Nous sommes tous d'accord que le dépistage doit être précoce: un dépistage précoce permet, en effet, avant même une action directe sur l'enfant lui-même, une aide à la famille, à la mère en particulier, lui permettant d'accepter l'infirmité de son enfant, de voir le problème d'une façon moins affective, donc plus sereine et plus objective. Cette mère reçoit des conseils directs quant à l'attitude qu'elle doit adopter envers l'enfant. Parallèlement à cette action sur l'entourage de l'invalidé, le service officiel qui l'a pris en charge a la possibilité de poursuivre son observation et de préparer la suite de l'éducation, soit l'intégration dans l'école spéciale qui conviendra le mieux à l'enfant. Le dépistage précoce offre donc, en plus de l'avantage individuel et direct apporté à l'enfant, celui de permettre au service officiel cette prospection indispensable à la mise en place d'un équipement scolaire répondant réellement aux besoins. Nous sommes si convaincus de l'importance de ce dépistage précoce que nous avons, depuis un an, axé notre recherche sur ce problème dont la difficulté nous apparaîtrait de plus en plus clairement.

\*

Lorsque l'invalidité de l'enfant est *moins massive*, lorsque les troubles sont plus fins, donc plus difficiles à déceler, le dépistage est évidemment plus complexe.

Ceci nous a entraînés à encourager l'enquête d'une de nos collaboratrices portant sur 50 mères; celles-ci avaient un premier enfant qui était âgé, lors de l'enquête, de 2 ans. Il ressort de cette enquête que la surveillance médicale de ces mères est excellente pendant la première année de l'enfant, mais pratiquement inexistante ensuite. Or, certains de ces troubles ne sont révélés qu'après la première année d'existence. Durant les premiers mois, les mères s'inquiètent surtout des problèmes de santé physique; pour cela, elles peuvent recourir aux consultations de nourrissons, aux pédiatres, aux infirmières visiteuses, aux brochures mensuelles de l'Ecole des parents. Dès l'âge d'un an, les problèmes alimentaires sont résolus, le passage à l'alimentation normale est fait; les mères alors ne consultent plus, sauf à l'occasion des vaccins obligatoires qui se font à toute vitesse et pratiquement à la chaîne, ou en cas de maladie aiguë. Jusqu'à la scolarité, la plupart des mères ne s'inquiètent plus et comptent sur l'école pour remettre en place ce qui, dans le comportement de l'enfant, leur paraît inadapté. Elles interrogent éventuellement les voisines, les amies, la famille, mais aucune personne spécialisée. Si, par hasard, elles consultent les pédiatres,

ces derniers, trop pressés à cause du grand nombre de leurs patients, n'ont guère le temps de discuter avec elles, et surtout de les écouter.

Un effort est actuellement tenté dans les crèches, où nous espérons que grâce à une information plus large, à une meilleure préparation du personnel, ce dernier sera à même de diriger sur le service compétent les enfants présentant des difficultés d'adaptation.

Dès le début de la scolarité, le dépistage est fait, sur le plan genevois, d'une manière satisfaisante, mais il faut aider les instituteurs à faire un tri parmi les enfants qui leur sont confiés : ceux dont les inadaptations sont passagères et se stabiliseront par l'action éducative de la classe, la discipline imposée au groupe et les méthodes de travail acquises, et ceux dont l'invalidité mentale est d'une nature telle que l'intervention de spécialistes est nécessaire.

Le service pédagogique genevois, étant intégré dans le Département de l'instruction publique, a facilement accès aux écoles. Il a donc pu organiser des séances d'information à l'intention du personnel enseignant et, chaque année, une semaine d'information générale des candidats à l'enseignement primaire, ceci dans le cadre même de leurs études. Le résultat est déjà sensible maintenant, et il est intéressant de constater que l'âge moyen des enfants examinés par notre service de consultation a fortement baissé, grâce à l'information solide qui est donnée au corps enseignant. En 1957, un grand nombre d'enfants (45 pour cent) étaient dépistés entre 8 et 12 ans, le reste se répartissant dans les classes d'âge de 4 à 8 ans et de 12 à 16 ans; en 1964, cette forte proportion (46 pour cent) appartenait à la classe d'âge de 4 à 8 ans.

\*

Les problèmes posés par les enfants les plus jeunes sont, en général : une arriération mentale, des troubles de nature psychotique, mais surtout des troubles du langage (absence de langage d'origines diverses, retard de langage, troubles de la parole). Dans une recherche effectuée sous la direction du professeur de Ajuriaguerra entre 1960 et 1963, nous avons étudié une population de 40 enfants d'intelligence normale présentant un retard de langage avéré. Nous avons relevé, au cours de notre étude, que 22 sujets sur 40, soit plus de la moitié, n'avaient émis aucun mot-phrase avant l'âge de 3 ou 5 ans.

Fait curieux, aucun des parents n'avait consulté un spécialiste avant la scolarité à cause de ces déficiences; ils espéraient tous que l'école comblerait ce retard. Ces parents étaient souvent rassurés de voir leurs enfants d'intelligence normale s'adapter assez bien dans le milieu familial, exprimer par mots isolés et par gestes leurs désirs et se présenter comme vifs et débrouillards; ils en concluaient qu'il s'agissait de troubles passagers, que l'entraînement scolaire parviendrait à corriger.

Pourtant, cinq ans d'expérience nous ont montré que lorsque le retard de langage est massif, et ceci en dépit d'une intelligence normale (c'était notre critère de sélection), seuls les enfants dépistés avant l'âge de la scolarité obligatoire et ayant bénéficié d'une rééducation intense ont pu, tant bien que mal,

se maintenir dans la filière scolaire ordinaire. La plupart des sujets ont dû, tôt ou tard, être placés en classe spécialisée; leur avenir scolaire et, plus tard, professionnel nous semble fort compromis. Il nous est apparu que dans des cas de retards de langage massifs, la prise en charge logopédique intervenant après l'âge de 5 ans ne parvenait plus à développer le besoin de parler.

Grâce au travail intense du secteur logopédique de notre service et à nos possibilités accrues de thérapies diverses, les parents s'adressent à nous de plus en plus tôt à cause des retards du langage de leurs enfants. On nous demande toujours plus fréquemment de prendre en charge des enfants parlant mal, ou sans langage, âgés de 3 ou 4 ans. Si, en 1957, aucun enfant au-dessous de 4 ans ne nous a été signalé, en 1964, 31 enfants de cette classe d'âge ont été examinés par nos soins.

Toutes ces observations nous ont amenés à créer un équipement médico-pédagogique adéquat pour ces jeunes enfants. La meilleure formule de prise en charge nous a paru celle d'une classe de langage réunissant un groupe de 5 à 8 petits, de 3 à 5 ans. En effet, l'absence de langage entrave le processus de socialisation normal, et il nous a semblé indispensable d'intégrer ces enfants dans un groupe où ils doivent s'adapter aux exigences d'une collectivité restreinte.

Un travail d'observation et de diagnostic nous permettra de prévoir une intégration scolaire adéquate, soit dans une institution pour enfants débiles, soit dans une classe spécialisée ou normale avec aide logopédique parallèle, soit encore dans une classe de caractère tout à fait original dont la création serait suggérée par cette expérience.

## **La statistique des rentes AI de l'année 1964**

Les tableaux ci-après donnent les principaux résultats des paiements de rentes AI effectués en Suisse en 1964.

La présente statistique comprend toutes les personnes qui ont bénéficié une fois ou l'autre d'une prestation AI au cours de l'année 1964, de même que les sommes qui leur ont été versées à titre de rente.

Depuis 1964, les rentes complémentaires ne sont plus considérées comme des rentes indépendantes, ceci à cause de l'introduction de rentes complémentaires dans l'AVS et de l'adaptation des statistiques des rentes AI aux statistiques des rentes AVS. C'est pourquoi ces tableaux sont présentés sous une forme quelque peu différente.

*Bénéficiaires et sommes des rentes AI d'après les catégories de rentes*

Tableau 1

Catégories de rentes	Bénéficiaires	Sommes des rentes en francs <sup>1</sup>	
		En tout	Dont rentes complémentaires
Rentes ordinaires . . . . .	62 857	130 472 128	21 782 739
Rentes extraordinaires . . . . .	10 683	15 671 128	2 021 020
Total . . .	73 540	146 143 256	23 803 759

<sup>1</sup> Sans les rentes doubles pour enfants, qui représentent une somme de 1 456 043 francs.

Les sommes de rentes concernant les rentes complémentaires ne figurent séparément qu'au tableau 1, qui montre la classification des rentes AI par genres de rentes; dans les autres tableaux, elles sont englobées dans les sommes des rentes AI. Par rapport à l'année précédente, les versements ont augmenté en moyenne d'un peu plus de 30 pour cent. Cette hausse est plus faible que celle de l'AVS, parce que, parmi les innovations apportées par la 6<sup>e</sup> révision, seule l'augmentation générale d'un tiers a eu ici des répercussions financières. En revanche, le nombre des bénéficiaires a diminué car, comme déjà expliqué, les personnes pour lesquelles des rentes complémentaires sont accordées ne sont plus considérées comme bénéficiaires. Comme on ne peut pour le moment déterminer si les sommes de rentes concernant les rentes doubles pour enfants se rattachent, dans les cas particuliers, aux rentes AI simples ou de couples, il n'en a pas été tenu compte dans ces tableaux. D'ailleurs, leur somme totale, 1,5 million de francs, est insignifiante.

## Rentés ordinaires de l'AI

Bénéficiaires et sommes des rentés d'après les genres de rentés et le droit

Tableau 2

Genres de rentés	En nombres absolus			En pour-cent		
	Demi- rentés	Rentés entières	Ensemble	Demi- rentés	Rentés entières	Ensemble
	Bénéficiaires					
Rentés simples . . . . .	10 639	45 239	55 878	99,4	86,7	88,9
Rentés pour couples . .	60	6 919	6 979	0,6	13,3	11,1
Total . . .	10 699	52 158	62 857	100,0	100,0	100,0
	Sommes des rentés en milliers de francs <sup>1</sup>					
Rentés simples . . . . .	13 503	94 546	108 049	99,3	80,9	82,8
Rentés pour couples . .	93	22 330	22 423	0,7	19,1	17,2
Total . . .	13 596	116 876	130 472	100,0	100,0	100,0
<sup>1</sup> Sans les rentés doubles pour enfants, qui représentent une somme de 1 376 000 francs.						

Les tableaux 2 à 4 concernent uniquement les rentés *ordinaires*, qui ont une bien plus grande importance que les rentés extraordinaires. Le tableau 2 montre la répartition d'après les genres de rentés et le genre du droit. La part des rentés AI pour couples est assez petite ; en outre, il n'existe pratiquement pas de demi-rentés dans ce cas-là.

## Rentés ordinaires de l'AI

Bénéficiaires et sommes des rentés versées, selon les classes d'âge et le genre des rentés

Tableau 3

Classes d'âge (en années)	Bénéficiaires			Sommes des rentés, en milliers de francs <sup>1</sup>		
	Rentés simples	Rentés pour couples	Ensemble	Rentés simples	Rentés pour couples	Ensemble
Moins de 20 . . .	3	—	3	3	—	3
20 à 24 . . . . .	619	—	619	899	—	899
25 à 29 . . . . .	2 062	—	2 062	3 559	—	3 559
30 à 34 . . . . .	2 557	6	2 563	4 618	18	4 636
35 à 39 . . . . .	3 225	7	3 232	5 938	21	5 959
40 à 44 . . . . .	4 962	20	4 982	9 431	58	9 489
45 à 49 . . . . .	6 103	51	6 154	11 794	175	11 969
50 à 54 . . . . .	8 635	185	8 820	17 021	545	17 566
55 à 59 . . . . .	12 854	835	13 689	25 343	2 654	27 997
60 à 64 . . . . .	14 858	5 875	20 733	29 443	18 952	48 395
Total . . .	55 878	6 979	62 857	108 049	22 423	130 472

<sup>1</sup> Sans les rentés doubles pour enfants, qui s'élèvent à 1 376 000 francs.

Le tableau 3 montre la répartition des rentés AI d'après les classes d'âge. Pour les rentés simples, les chiffres sont de plus en plus élevés d'une classe à l'autre ; les maximums sont atteints dans les classes les plus âgées. Dans le cas des rentés pour couples, la classe 60-64 ans présente un chiffre particulièrement élevé, parce que c'est là que les conditions donnant droit à ce genre de rente sont le plus souvent réalisées. La même progression peut être observée dans les sommes de rentés.

## *Rentes ordinaires de l'AI*

Bénéficiaires et sommes des rentes versées selon le degré et la cause de l'invalidité

Tableau 4

Degré d'invalidité, en pour-cent  Causes de l'invalidité	Bénéficiaires		Sommes des rentes <sup>1</sup>	
	En nombres absolus	En pour-cent	En milliers de francs	En pour-cent
	Degrés d'invalidité			
Moins de 50 . . . . .	165	0,3	289	0,2
De 50 à 66 ⅔ . . . . .	11 512	18,3	16 275	12,5
66 ⅔ et plus . . . . .	51 180	81,4	113 908	87,3
Total . . .	62 857	100,0	130 472	100,0
	Causes de l'invalidité			
Infirmité congénitale . .	11 825	18,8	17 061	13,1
Maladie . . . . .	47 256	75,2	104 151	79,8
Accident . . . . .	3 776	6,0	9 260	7,1
Total . . .	62 857	100,0	130 472	100,0

<sup>1</sup> Sans les rentes doubles pour enfants, qui s'élèvent à 1 376 000 francs.

Le tableau 4 donne la répartition d'après le degré et la cause de l'invalidité. Les bénéficiaires ayant un degré d'invalidité de 66 ⅔ pour cent ou plus obtiennent une rente entière. Les autres, qui ont un degré d'invalidité plus faible, ont droit à une demi-rente, autant qu'il ne s'agit pas de couples auxquels une rente entière est accordée dans des cas spéciaux (épouse âgée de 60 ans ou invalide pour les deux tiers). La principale cause de l'invalidité est constituée par les maladies, et dans une mesure plus faible par les infirmités congénitales; les accidents, eux, n'ont pratiquement aucune influence.

*Rentes ordinaires de l'AI*

Bénéficiaires et sommes des rentes par cantons

Tableau 5

Cantons	Bénéficiaires			Sommes des rentes, en milliers de francs <sup>1</sup>		
	Rentes simples	Rentes pour couples	Ensemble	Rentes simples	Rentes pour couples	Ensemble
Zurich . . . . .	7 064	1 015	8 079	13 740	3 451	17 191
Berne . . . . .	10 328	1 093	11 421	18 790	3 454	22 244
Lucerne . . . . .	2 790	248	3 038	5 097	789	5 886
Uri . . . . .	466	55	521	880	177	1 057
Schwyz . . . . .	944	90	1 034	1 732	283	2 015
Unterwald-le-H. .	274	16	290	482	45	527
Unterwald-le-B. .	197	19	216	415	50	465
Glaris . . . . .	394	34	428	756	104	860
Zoug . . . . .	341	34	375	668	108	776
Fribourg . . . . .	2 280	194	2 474	4 111	545	4 656
Soleure . . . . .	1 686	256	1 942	3 476	849	4 325
Bâle-Ville . . . .	2 302	468	2 770	4 723	1 673	6 396
Bâle-Campagne .	1 132	194	1 326	2 418	674	3 092
Schaffhouse . . .	594	85	679	1 152	270	1 422
Appenzell Rh.-E.	625	33	658	1 051	100	1 151
Appenzell Rh.-I.	323	21	344	529	58	587
Saint-Gall . . . .	3 411	293	3 704	6 216	899	7 115
Grisons . . . . .	1 985	152	2 137	3 710	430	4 140
Argovie . . . . .	2 783	335	3 118	5 347	1 040	6 387
Thurgovie . . . .	1 456	150	1 606	2 632	482	3 114
Tessin . . . . .	3 336	446	3 782	7 260	1 399	8 659
Vaud . . . . .	4 909	862	5 771	9 881	2 780	12 661
Valais . . . . .	3 100	395	3 495	6 473	1 076	7 549
Neuchâtel . . . .	1 295	172	1 467	2 581	591	3 172
Genève . . . . .	1 863	319	2 182	3 929	1 096	5 025
Suisse . . . . .	55 878	6 979	62 857	108 049	22 423	130 472

<sup>1</sup> Sans les rentes doubles pour enfants, qui s'élèvent à 1 376 000 francs.

*Rentes extraordinaires de l'AI*

Bénéficiaires et sommes des rentes par cantons

Tableau 6

Cantons	Bénéficiaires			Sommes des rentes, en milliers de francs <sup>1</sup>		
	Rentes simples	Rentes pour couples	Ensemble	Rentes simples	Rentes pour couples	Ensemble
Zurich . . . . .	1 130	11	1 141	1 606	23	1 629
Berne . . . . .	1 565	16	1 581	2 268	29	2 297
Lucerne . . . . .	596	3	599	924	5	929
Uri . . . . .	69	1	70	112	1	113
Schwyz . . . . .	178	3	181	266	7	273
Unterwald-le-H. .	86	1	87	132	2	134
Unterwald-le-B. .	40	—	40	66	—	66
Glaris . . . . .	48	—	48	67	—	67
Zoug . . . . .	73	—	73	108	—	108
Fribourg . . . . .	601	10	611	922	20	942
Soleure . . . . .	315	1	316	473	2	475
Bâle-Ville . . . . .	393	4	397	500	8	508
Bâle-Campagne . .	212	3	215	309	7	316
Schaffhouse . . . .	84	—	84	121	—	121
Appenzell Rh.-E.	102	—	102	145	—	145
Appenzell Rh.-I.	31	—	31	54	—	54
Saint-Gall . . . . .	581	6	587	852	13	865
Grisons . . . . .	367	3	370	559	7	566
Argovie . . . . .	472	2	474	709	4	713
Thurgovie . . . . .	284	4	288	414	8	422
Tessin . . . . .	737	19	756	1 086	37	1 123
Vaud . . . . .	1 096	18	1 114	1 568	37	1 605
Valais . . . . .	804	14	818	1 160	22	1 182
Neuchâtel . . . . .	254	1	255	367	2	369
Genève . . . . .	433	12	445	625	24	649
Suisse . . . . .	10 551	132	10 683	15 413	258	15 671

<sup>1</sup> Sans les rentes doubles pour enfants, qui s'élèvent à 80 000 francs.

Les deux derniers tableaux montrent la répartition cantonale des rentes ordinaires (tableau 5) et des rentes extraordinaires (tableau 6).

## Films concernant la réadaptation des invalides

La rubrique intitulée «Bibliographie» signale aux lecteurs de la RCC les publications qui se rapportent directement ou indirectement à l'AVS, à l'AI et aux APG. On a renoncé, jusqu'à présent, à mentionner les films documentaires qui existent dans ce domaine, bien que l'on dispose, notamment, d'un vaste choix de films instructifs et éducatifs en matière de réadaptation des invalides. La plupart de ces films existent en version anglaise; quelques-uns sont parlés français et très peu d'entre eux sont enregistrés ou postsynchronisés en allemand.

Deux organismes internationaux surtout s'occupent du prêt de ce genre de films, à savoir

— l'International Society for Rehabilitation of the Disabled, Information Services, New York

et

— l'Office Européen des Nations Unies, Bureau des Affaires sociales, Service de Prêt de Films relatifs au Service social, Genève.

Cependant, beaucoup d'autres administrations et entreprises sont à même de livrer des films documentaires généralement remarquables (p. ex. Sandoz S. A., à Bâle).

Les documentaires en question sont remis moyennant une modeste rétribution ou même gratuitement. Il s'agit en règle générale de bandes sonores de 16 mm., en partie en noir et blanc, en partie en couleurs, qui durent de 10 à 40 minutes. Les entreprises qui les prêtent exigent que la projection soit confiée à un personnel qualifié; elles mettent parfois à disposition les opérateurs et l'équipement nécessaires (Sandoz).

Bien entendu, les films sont de qualité variable, tant en ce qui concerne le contenu que la présentation. Les catalogues disponibles donnent certes un bref résumé du contenu, mais l'expérience a montré qu'il faut d'abord faire un essai pour savoir si un film peut être projeté, par exemple, lors d'une manifestation d'invalides ou pour des collaborateurs de l'AI ou de l'aide aux invalides. Afin que ces documentaires atteignent le but éducatif visé, surtout lorsqu'ils sont parlés dans une langue étrangère, il est nécessaire de les commenter avant ou après la projection et de montrer leur utilité sur le plan pratique.

Les motifs exposés ci-dessus font comprendre pourquoi l'Office fédéral des assurances sociales a renoncé à publier une bibliographie des films documentaires dans la RCC. Cet office est toutefois disposé à prêter aux intéressés les catalogues de films des organismes internationaux précités et à leur fournir tous renseignements utiles. Il est également possible de mentionner à l'occasion les films les plus remarquables dans la RCC. Parmi ceux-ci, il faut citer:

## *Efforts*

Pays d'origine : France, 1963

16 mm., en couleurs, sonore, 21 minutes

Langue : le français

Prêt : ONU ou Sandoz.

Ce film a été tourné et enregistré au Centre de rééducation pour enfants infirmes moteurs cérébraux, à Garches (Seine-et-Oise) ; il traite de la réadaptation de ces enfants.

A cette occasion, signalons que la FIMITIC (Fédération internationale des mutilés, des invalides du travail et des invalides civils), en collaboration avec d'autres organismes internationaux, organisera à Rome, du 18 au 20 mars 1966, son 3<sup>e</sup> *Festival du film*, où seront présentés des films du monde entier sur la *réadaptation des invalides*.

## **Problèmes d'application de l'AVS et de l'AI**

### **Les frais des bûcherons-tâcherons**

Il a été dit dans la RCC 1960, page 314, que les directives de la CNA pour l'évaluation des frais des bûcherons-tâcherons sont également applicables par les caisses de compensation à la fixation du salaire déterminant.

La CNA a fixé de nouveaux taux d'évaluation pour la période commençant le 1<sup>er</sup> janvier 1966 et a publié des règles à ce sujet. Les nouveaux taux sont applicables, avec effet immédiat, également au décompte des cotisations paritaires avec les caisses de compensation.

Le texte de ces règles peut être demandé aux agences régionales de la CNA.

### **Que peut faire l'AI dans les cas de malformations des lèvres, de la mâchoire et du palais chez les adultes ?**

La cheilo-gnatho-palatoschizis (bec-de-lièvre et gueule-de-loup) est réputée infirmité congénitale en vertu de l'article 2, chiffre 201, OIC. Par conséquent, l'AI prend en charge les frais de traitement de cette affection pendant la minorité de l'assuré, conformément à l'article 13 LAI.

Il n'est pas étonnant de constater que, grâce à la correction opératoire de ces malformations, on ait obtenu de bien meilleurs résultats ces dernières années qu'il y a quelques décennies, car la chirurgie a réalisé des progrès constants aussi dans ce domaine. C'est surtout lorsqu'on exécute très tôt les premières

mesures, qui comprennent une préparation indispensable d'orthopédie maxillaire, que l'on crée les conditions favorables à des opérations futures. Ces méthodes plus raffinées permettent d'obtenir de meilleurs résultats esthétiques et fonctionnels. Alors qu'autrefois, on devait souvent se contenter de fermer un bec-de-lièvre — sans s'occuper du raccourcissement et de la malposition de la lèvre supérieure, ni de la persistance d'un orifice palatin que l'on comblait tant bien que mal au moyen d'un obturateur — on attend à l'heure actuelle beaucoup plus du chirurgien. Il faut d'ailleurs remarquer que, malgré l'obturation pratiquée, le nasonnement continuait de gêner celui qui avait une gueule-de-loup.

C'est pourquoi les commissions AI seront appelées à juger les demandes d'assurés adultes qui désirent une amélioration esthétique et fonctionnelle des séquelles des malformations pour lesquelles ils ont été opérés précédemment. Comme, d'une part, le traitement des infirmités congénitales comme telles n'est possible que pour les mineurs et que, d'autre part, la disposition transitoire de l'article 85, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI n'est plus applicable depuis le 31 décembre 1964, les demandes en question doivent être examinées à la lumière de l'article 12 LAI. Vu que l'on se trouve en présence non pas d'un état pathologique labile, mais d'un état stable comparable à une guérison avec séquelles, on ne peut pas parler de traitement de l'affection comme telle. Ainsi, il n'est pas exclu en principe d'accorder des mesures médicales conformément à l'article 12, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI. Reste à savoir cependant si une amélioration durable et importante de la capacité de gain peut être obtenue grâce aux mesures prévues. Il n'est pas possible de donner une réponse de caractère général à cette question car il faut, dans chaque cas d'espèce, tenir compte de la situation personnelle de l'assuré et apprécier les effets de l'affection sur la capacité de gain.

En ce qui concerne le rapport entre l'atteinte esthétique et fonctionnelle et la capacité de gain, il y a lieu d'admettre que le facteur esthétique ne peut être pris en considération que si l'assuré est défiguré. Du point de vue esthétique, une simple anomalie ne suffit pas pour que l'AI accorde des prestations.

Il faut ensuite examiner les répercussions de cette atteinte sur la capacité de gain. Elles peuvent être importantes, par exemple, pour un assuré qui, ayant été opéré d'un bec-de-lièvre de façon peu satisfaisante, exerce la profession de guichetier et est ainsi en contact permanent avec le public. On peut faire les mêmes remarques au sujet de l'atteinte fonctionnelle. Selon l'article 12 LAI, seul doit être considéré le nasonnement produit par le défaut de fermeture entre les cavités buccale et nasale. La mastication insuffisante peut certes, à l'occasion, influencer l'état général; cependant, l'amélioration de l'état de santé n'incombe pas à l'AI. De plus, l'état de la denture n'a qu'une importance secondaire en ce qui concerne la prononciation.

Ces explications ont pour but d'aider les commissions AI à se prononcer sur l'octroi éventuel, selon l'article 12 LAI, de mesures médicales aux adultes qui ont été opérés d'un bec-de-lièvre ou d'une gueule-de-loup de façon peu satisfaisante; elles valent aussi pour d'autres séquelles semblables.

## L'organisation de la subdivision AVS / AI / APG de l'Office fédéral des assurances sociales

La RCC a publié en 1964, à la page 432, un organigramme indiquant, d'une manière sommaire, les fonctions des divers services faisant partie de la subdivision AVS/AI/APG de l'OFAS. La création d'une section des prestations complémentaires a modifié, depuis lors, cette organisation. Un nouvel organigramme est donc publié sur la double page au milieu du présent fascicule.

Les chefs responsables et leurs suppléants sont :

### *Gérance de la subdivision AVS/AI/APG*

Chef	A. Granacher
Suppléant	H. Naef
Service médical	Docteur H. Hohl

### *Section des cotisations*

Chef	A. Wettenschwiler
Suppléant	B. Aubert

### *Section des rentes et indemnités journalières*

Chef	H. Naef
Suppléant	H. Haefliger

### *Section des prestations complémentaires*

Chef	H. Güpfer
Suppléant	A. Bise

### *Section de la réadaptation des invalides*

Chef	A. Lüthy
Suppléant	H.-P. Kuratle

### *Section de l'organisation*

Chef	F. Oberli
Suppléant	C. Crevoisier

### *Section des affaires administratives générales*

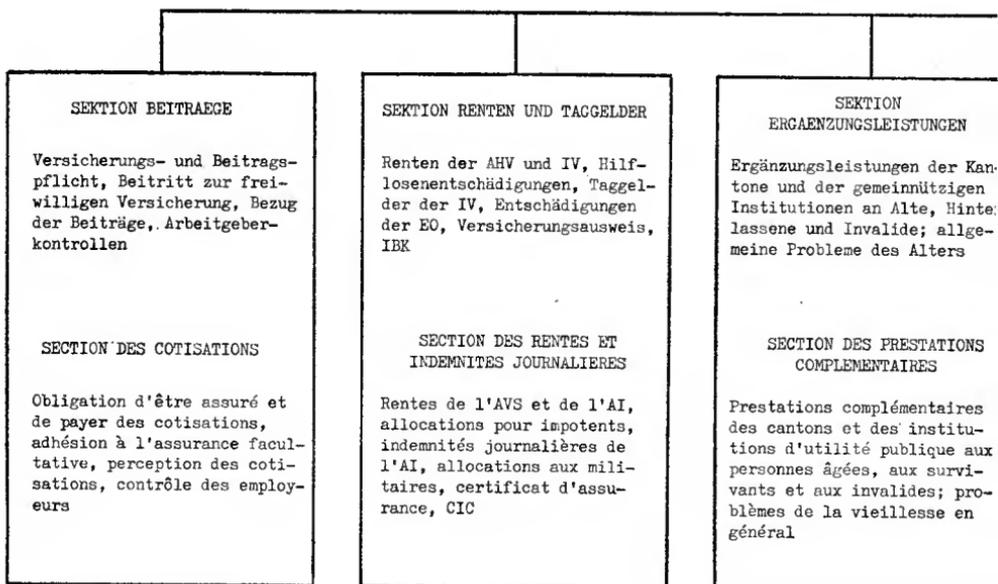
Chef	K. Achermann
Suppléant	B. Martignoni

DIE ORGANISATION  
DER UNTERABTEILUNG AHV/IV/EO  
DES BUNDESAMTES FUER SOZIALVERSICHERUNG

D I  
D I

AERZTLICHER DIENST  
Medizinische Fragen der IV  
SERVICE MEDICAL  
Affaires médicales de l'AI

UNTERABTEILUNG AHV/IV/EO  
Leitung, allgemeine Organisation,  
Fragen, Informationswesen, ZAK  
-----  
Sekretariat: Drucksachen, Formulare,  
Dokumentation



L'ORGANISATION  
DE LA SUBDIVISION AVS/AI/APG  
DE L'OFFICE FEDERAL DES ASSURANCES SOCIALES

N  
N

SUBDIVISION AVS/AI/APG  
ance, questions générales  
organisation, information, RCC  
-----  
rétariat: imprimés, formules,  
documentation

FRANZ. UND ITAL.  
SPRACHIGER DIENST  
  
SERVICE DE LANGUE  
FRANCAISE ET DE  
LANGUE ITALIENNE

SEKTION EINGLIEDERUNG  
INVALIDER  
  
medizinische und berufliche  
gliederungsmassnahmen,  
erschulung, Hilfsmittel,  
sekosten, Tarifverträge  
  
TION DE LA READAPTATION  
DES INVALIDES  
  
ures de réadaptation médi-  
es et professionnelles,  
mation scolaire spéciale,  
ens auxiliaires, frais de  
age, conventions tarifaires

SEKTION ORGANISATION  
  
Rechnungswesen der Ausgleichs-  
kassen, technisch-organisato-  
rische Fragen, Betriebs- und  
Baubeiträge der IV, übrige  
Beiträge der IV  
  
SECTION DE L'ORGANISATION  
  
Comptabilité des caisses de  
compensation, questions de  
l'organisation technique,  
subventions de l'AI pour la  
construction et l'exploita-  
tion, autres subventions de  
l'AI

SEKTION ALLGEMEINE  
VERWALTUNGSPRAGEN  
  
Rechtliche Organisation der  
Versicherungsorgane, Revi-  
sionswesen, allgemeine Ver-  
fahrens- und Zulassungsfra-  
gen in der IV, Organisation  
und Verfahren der Rechts-  
pflege  
  
SECTION DES AFFAIRES  
ADMINISTRATIVES GENERALES  
  
Organisation juridique des  
organes d'assurance, revi-  
sion des caisses de compen-  
sation, questions générales  
de procédure et de recon-  
naissance dans l'AI, orga-  
nisation et procédure du  
contentieux

## INFORMATIONS

### Fonds de compensation de l'AVS

Au cours du second semestre de 1965, le paiement des prestations a absorbé au total 1049,7 millions de francs (contre 1021,0 millions durant la même période de l'année précédente). Sur ce montant, 839,2 (823,9) millions concernent l'AVS, 142,4 (127,9) millions l'AI et 68,1 (69,2) millions les APG. Quant aux recettes de cette même période, elles sont constituées par les cotisations des assurés et des employeurs pour un montant de 774,4 (727,1) millions, par les contributions des pouvoirs publics (Confédération et cantons) à l'AVS et à l'AI pour un total de 236,6 (265,0) millions, par les intérêts des capitaux placés s'élevant à 119,6 (115,2) millions et par le remboursement de prêts pour une somme de 10,3 (15,1) millions de francs.

Tout en gardant à disposition la trésorerie suffisante, le Conseil d'administration du fonds de compensation a été à même de placer ferme, au cours du second semestre, un montant nominal de 164,5 (83,3) millions de francs.

La totalité des placements fermes du fonds de compensation s'élève, au 31 décembre 1965, à 7003,0 millions de francs, se répartissant entre les catégories suivantes d'emprunteurs, en millions: Confédération 193,5 (193,5 à la fin du premier semestre 1965), cantons 1107,5 (1091,5), communes 993,4 (950,2), centrales des lettres de gage 2129,7 (2099,7), banques cantonales 1362,8 (1332,8), institutions de droit public 42,3 (29,4) et entreprises semi-publiques 1173,8 (1151,8).

Le rendement moyen des capitaux placés fermes est de 3,47 pour cent à fin décembre 1965, contre 3,44 pour cent à la fin du premier semestre de 1965.

### Prestations complémentaires dans le canton de Lucerne

Dans sa séance du 30 novembre 1965, le Grand Conseil du canton de Lucerne a adopté la loi sur les prestations complémentaires cantonales à l'AVS/AI. Le délai de référendum a expiré le 13 janvier 1966 sans avoir été utilisé. Les limites de revenu prévues correspondent aux montants maximums de la loi fédérale. Le montant global déductible du revenu provenant de l'exercice d'une activité lucrative, ainsi que du montant annuel des rentes et pensions, est porté à un maximum de 480 ou 800 francs. La loi cantonale prévoit, dans le cadre de la loi fédérale, une déduction de 750 ou 1200 francs par an au maximum pour frais de loyer.

**Prestations  
complémentaires  
dans le canton  
du Tessin**

Dans sa séance du 21 décembre 1965, le Grand Conseil du canton du Tessin a adopté la loi cantonale sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI. Les limites de revenu prévues correspondent aux montants maximums de la loi fédérale. Le montant global déductible du revenu provenant de l'exercice d'une activité lucrative, ainsi que du montant annuel des rentes et pensions, est fixé à 240 francs pour les personnes seules et à 400 francs pour les couples et les personnes qui ont des enfants ayant ou donnant droit à une rente. De plus, une déduction de 750 francs ou 1200 francs par an au maximum est prévue pour le loyer, dans la mesure où celui-ci excède un cinquième de la limite de revenu déterminante.

Le délai référendaire a expiré à fin janvier 1966 sans avoir été utilisé; la loi est entrée en vigueur avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 1966.

**Prestations  
complémentaires  
dans le canton  
du Valais**

Par 12 373 oui contre 788 non, le souverain du canton du Valais a, les 29 et 30 janvier 1966, accepté la loi cantonale sur les prestations complémentaires. Les limites de revenu prévues correspondent aux montants maximums de la loi fédérale. Le montant global déductible du revenu provenant de l'exercice d'une activité lucrative, ainsi que du montant annuel des rentes et pensions, est fixé à 240 francs pour les personnes seules et à 400 francs pour les couples et les personnes qui ont des enfants ayant ou donnant droit à une rente. La loi est entrée en vigueur avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 1966.

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

Page 8, Caisse 24, Neuchâtel, et  
Page 24, commission AI Neuchâtel  
Nouvelle adresse: 2001 Neuchâtel, Trésor 9  
Nouveau numéro de téléphone: (038) 4 26 12

**Nouvelles  
personnelles**

Par suite de sa nomination au Conseil fédéral, M. *Rudolf Gnägi*, Berne, conseiller national et conseiller d'Etat, a quitté la Commission fédérale d'experts pour la révision de l'AI. Le Département fédéral de l'intérieur a nommé son successeur en la personne de M. *Willi Baur*, directeur de l'Office cantonal des assurances et gérant de la Caisse cantonale de compensation, Berne.

M. *Georges Martin*, ancien juge à la Cour de justice, a quitté la présidence de la commission AI du canton de Genève, ayant atteint la limite d'âge. Le nouveau président est M. *Edouard Drexler*, juge à la Cour de justice.

**Erratum  
RCC 1966**

A la page 39, dernière ligne du 3<sup>e</sup> alinéa, lire: système *circulatoire*.

# JURISPRUDENCE

---

## Assurance-invalidité

### RÉADAPTATION

*Arrêt du TFA, du 26 avril 1965, en la cause C. S.*

Articles 5, 2<sup>e</sup> alinéa, et 12 LAI. Un acte médical dont bénéficie un assuré mineur vise principalement la réadaptation professionnelle, alors même que l'affection n'est pas encore stabilisée, s'il tend à éliminer des séquelles stables qui s'installeraient dans un proche avenir et porteraient un préjudice sérieux à la formation professionnelle ou à la capacité de gain.

Tel est le cas, pour le jeune assuré frappé d'épiphyséolyse, de l'opération pratiquée en cas de glissement — mais non de simple relâchement — de la calotte épiphysaire. (Evolution de la jurisprudence.)

*Articoli 5, capoverso 2, e 12 LAI. Anche se l'affezione non è ancora stabilizzata, un intervento medico eseguito su un minore mira prevalentemente all'integrazione professionale, se tende ad eliminare uno stato difettoso che potrebbe manifestarsi in un prossimo avvenire e pregiudicare seriamente la formazione professionale o la capacità al guadagno.*

*Questo è il caso per l'operazione eseguita ad un giovane assicurato affetto da distacco epifisario, in quanto trattasi di slittamento tra la testa e il collo del femore e non soltanto di un distacco della cartilagine di coniugazione. (Cambiamento della giurisprudenza.)*

L'assuré, né le 24 avril 1950, a ressenti dans les premiers mois de l'année 1963 de vagues douleurs au genou gauche, qui se localisèrent ensuite au niveau du pli de l'aîne. Son médecin traitant l'adressa à un spécialiste, qui diagnostiqua en juillet 1963 une épiphyséolyse avec glissement important de la calotte épiphysaire de la tête du fémur gauche, ainsi qu'une épiphyséolyse imminente à droite; il proposa la réduction du glissement et la fixation opératoire à la hanche gauche, ainsi qu'une fixation opératoire à la hanche droite. Les parents du patient ayant refusé l'intervention préventive à droite, l'opération à la hanche gauche fut pratiquée le 17 juillet.

Saisie d'une demande de prestations, déposée par le père de l'enfant le 17 juillet 1963, la commission AI a constaté que l'affection en cause n'était pas congénitale et a refusé d'assumer les frais des mesures médicales entreprises.

L'autorité de recours, saisie de l'affaire, a requis du spécialiste diverses précisions. Forte des renseignements obtenus, elle a admis le recours.

L'OFAS a déferé ce jugement cantonal au TFA. Le TFA a ordonné une expertise par les soins du professeur X, dont le rapport a été communiqué aux intéressés.

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

1. ...

2. ... (Considérons sur la portée de l'application de l'art. 12 LAI aux assurés mineurs. Cf. notamment RCC 1965, p. 415, considérant 3.)

Il sied de préciser que les critères mentionnés par la jurisprudence (RCC 1963, p. 122, 408; 1964, p. 159, 202) valent non seulement pour l'assuré atteignant l'âge de la formation professionnelle (comme pourraient le laisser entendre les termes de certains des arrêts précités), mais aussi pour les assurés plus jeunes encore. Il est néanmoins évident que plus bas sera l'âge de l'assuré, et plus cet assuré se trouvera ainsi éloigné de l'âge de formation professionnelle et d'entrée dans la vie active, moins grande sera dans nombre de cas la vraisemblance d'une incapacité future de gain — ne serait-ce qu'en raison des facultés d'accoutumance et de l'éventail des possibilités d'orientation et de formation — et moins aussi il sera aisé d'admettre la prédominance des desseins de réadaptation professionnelle. Il faut relever, d'autre part, que le préjudice porté à la formation professionnelle et à la capacité ultérieure de gain doit être sérieux, qu'il ne suffit pas d'un handicap minime ou pouvant être éliminé notamment par le choix d'une activité adéquate et répondant aux aptitudes de l'assuré.

3. Le rapport du professeur X donne de l'épiphyseolyse et des actes médicaux entrepris un tableau qui répond, tout en les précisant à divers égards, aux indications fournies par le professeur Y lors de précédentes expertises (voir notamment arrêts publiés dans ATFA 1963, p. 113 et 257 = RCC 1963, p. 410, et 1964, p. 159).

L'épiphyseolyse est un relâchement du cartilage du disque épiphysaire reliant l'épiphyse de la tête du fémur à son col ; le tissu cartilagineux perd sa cohésion normale et ne possède plus la solidité mécanique nécessaire pour amarrer la tête sur le col. Ce relâchement (parfois dénommé épiphyséolyse « imminens ») se produit surtout au cours de la période de croissance rapide qui caractérise la puberté, soit entre 12 et 16 ans pour les garçons et entre 10 et 14 ans pour les filles. Dans un très grand nombre de cas, il est passager, évolue sans provoquer de symptômes particuliers et peut même passer inaperçu. Il se guérit spontanément avec la fin de la croissance et la fermeture physiologique des lignes épiphysaires.

Un certain nombre de patients présentent toutefois une complication de cette lyse, consistant en un déplacement de la calotte épiphysaire, en général vers le bas et en arrière. Si ce déplacement peut se faire de façon aiguë, à la suite surtout d'un traumatisme même minime, que le disque épiphysaire se déchire alors d'un seul coup et que la tête du fémur se déplace comme elle le ferait pour une fracture du col chez un individu ayant terminé sa croissance (le syndrome clinique est celui d'une fracture au niveau de la hanche), il se fait le plus souvent lentement et progressivement, sous l'influence des facteurs habituels à la station et à la marche. Dès qu'un déplacement survient, le danger d'une évolution vers une déformation importante de l'articulation apparaît, sans qu'il soit possible de poser un pronostic même de probabilité sur l'évolution. Les termes d'épiphyseolyse « incipiens » et « progrediens », désignant l'un le glissement à son début et l'autre un glissement de grande ampleur, ne correspondent donc pas à un concept anatomique, radiologique ou clinique vraiment clair et sont de moins en moins utilisés dans la littérature spécialisée. Lorsque le déplacement est

important — on admet de façon générale qu'une bascule de vingt degrés constitue l'extrême limite acceptable d'un déplacement encore compatible avec une bonne fonction de la hanche — on voit toujours apparaître et évoluer souvent très précocement une arthrose extrême invalidante de l'articulation coxale ; mais même les patients ne présentant qu'un glissement discret n'en sont pas complètement à l'abri.

Le traitement est conservateur ou opératoire. Le traitement conservateur consiste en une longue cure de décharge par appareil ou extension au lit, de façon à protéger le cartilage lysé contre un déplacement épiphysaire et à attendre dans de bonnes conditions la consolidation spontanée de la lyse. Le traitement opératoire comprend, d'une part, des interventions destinées à stabiliser le cartilage lysé sans modifier la position de la calotte épiphysaire, par enclouage ou vissage notamment ; d'autre part, des interventions visant, par diverses ostéotomies, arthroplasties, changement des axes mécaniques de l'articulation, à replacer celle-ci dans des conditions fonctionnelles meilleures. Lorsque le relâchement du cartilage n'est accompagné encore d'aucun glissement (épiphyséolyse « imminens »), certains auteurs estiment déjà nécessaire une intervention pour stabiliser avec certitude le disque épiphysaire ; d'autres mettent en œuvre un traitement conservateur et une surveillance étroite du patient. Dès l'apparition d'un glissement, un traitement opératoire est, de l'avis du plus grand nombre des spécialistes, le meilleur et le plus rapide. En effet, un traitement conservateur ne donne jamais la même sécurité, le patient n'étant pas à l'abri d'une progression du glissement ; sa durée peut poser de plus d'épineux problèmes de scolarité ou d'apprentissage. Ce sont enfin aux déformations graves que s'adressent les interventions correctrices, lesquelles permettent parfois une véritable restitution de l'articulation, mais souvent n'aboutissent qu'à une réparation incomplète et ne font tout au plus que retarder l'apparition de l'arthrose ou en diminuer la gravité. Il est donc important pour l'avenir du patient de diagnostiquer à temps le relâchement du cartilage ; il est plus important encore de dépister dès les tout premiers stades un glissement de l'épiphyse afin de pouvoir, par une intervention simple, stabiliser définitivement l'état de l'articulation et prévenir les complications précoces ou tardives inévitables qui accompagnent un glissement plus prononcé.

4. Les actes médicaux entrepris en cas d'épiphyséolyse ont-ils le caractère de mesures médicales de réadaptation professionnelle au sens de l'article 12 LAI — l'affection n'étant pas congénitale, l'article 13 LAI n'est pas applicable — et satisfont-ils aux conditions mises à leur prise en charge par l'AI ? Le TFA l'a admis pour l'intervention correctrice de la difformité pratiquée dans les cas les plus graves (« épiphyséolyse progrediens » ; cf. RCC 1963, p. 410), puis de même pour l'intervention stabilisatrice dans les cas d'évolution exceptionnellement rapide du glissement vers une telle gravité (suivant en cela l'avis du professeur Y, qui mettait en garde contre une distinction schématique entre épiphyséolyse « incipiens » et « progrediens » ; cf. RCC 1964, p. 159). L'examen des données et précisions fournies par les experts médicaux, à la lumière des critères légaux, amènent aujourd'hui le TFA à tracer en principe une ligne de démarcation entre le simple relâchement du cartilage, sans déplacement aucun de la calotte épiphysaire, et la survenance d'un glissement, soit entre les actes médicaux entrepris dans l'une et dans l'autre de ces situations.

Le relâchement du cartilage du disque épiphysaire qui n'est accompagné d'aucun glissement de la calotte (épiphyséolyse « imminens ») est une lésion fréquente et en soi bénigne, dont la guérison est souvent spontanée ou ne nécessite tout au plus qu'une intervention mineure. Qu'il soit conservateur ou opératoire, le traitement porte sur l'affection comme telle, et les desseins de réadaptation professionnelle demeurent nettement à l'arrière-plan. En effet, si le risque de voir survenir des séquelles

invalidantes existe, il n'est pas aigu au point de rendre vraisemblable une incapacité future de gain au sens de l'article 5, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI.

Dès l'apparition d'un glissement, en revanche, le danger d'une évolution progressive vers une déformation gravement invalidante devient aigu. Sans doute un pronostic de l'évolution est-il impossible; si le glissement peut progresser jusqu'aux formes les plus graves, il peut aussi s'arrêter avant d'avoir dépassé la limite considérée comme compatible encore avec une bonne fonction de la hanche. La délimitation jusqu'ici retenue, qui exigeait l'installation de déformations graves ou tout au moins leur imminence certaine, a donc l'avantage d'une entière clarté de la situation de fait. Cependant, le glissement de la calotte épiphysaire est lui-même déjà une séquelle de la lyse du cartilage, séquelle dont seule l'ampleur demeure imprévisible dans un cas donné. Si, le risque étant tel que décrit, le médecin ne peut prendre sur lui d'attendre, l'AI ne le saurait davantage. Il serait en effet difficilement compréhensible de refuser une intervention simple et autorisant les plus grands espoirs, pour devoir, dans nombre de cas, assumer peu après une intervention grave dont le succès n'est en outre souvent que partiel. Malgré le caractère encore évolutif de la séquelle et l'impossibilité de prédire la gravité qu'elle atteindrait une fois stabilisée, le danger pressant d'une déformation invalidante permet donc d'admettre, en règle générale, la prédominance des desseins de réadaptation professionnelle. Le traitement opératoire entrepris dans un tel cas, acte unique selon l'article 2 RAI et de nature à sauvegarder la capacité future de gain, répond donc aux exigences de l'article 12 LAI.

L'OFAS relève que, même en cas de glissement épiphysaire, certains spécialistes tentent tout d'abord un traitement conservateur. La question de savoir si ce traitement pourrait, selon les circonstances, satisfaire aux exigences légales peut toutefois rester ici indécise. Quant au fait que des actes médicaux analogues sont pratiqués en cas de fracture accidentelle notamment, il est sans pertinence: est déterminant non pas le genre de l'acte, mais son but au regard des critères légaux définissant la notion de mesure de réadaptation professionnelle.

5. Dans l'espèce, l'intimé a souffert d'une épiphyséolyse avec glissement important — environ 25 degrés — de la calotte épiphysaire de la tête du fémur à gauche, ainsi que d'une épiphyséolyse imminente, sans glissement aucun, à droite. La guérison spontanée de l'affection de la hanche droite confirme les données médicales générales exposées plus haut (considérant 3). Du côté gauche, en revanche, le danger d'une évolution vers une déformation importante et gravement invalidante a exigé une intervention stabilisatrice. Celle-ci a permis une fixation que l'expert judiciaire qualifie de tout à fait satisfaisante et permettant de considérer l'avenir de l'articulation avec beaucoup d'optimisme, tant du point de vue médical que du point de vue professionnel.

Au vu de ces faits et des critères ci-dessus établis, le TFA arrive donc à la conclusion que l'opération pratiquée présentait le caractère d'une mesure médicale de réadaptation au sens de l'article 12 LAI et qu'elle satisfait aux conditions mises à sa prise en charge par l'AI. Il partage de même l'avis des premiers juges quant à l'application de l'article 78, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI; étant donné l'évolution menaçante du cas vers une aggravation du glissement et l'installation de séquelles portant un préjudice sérieux à la capacité future de gain, l'intervention était urgente; l'intimé avait ainsi des motifs valables de se soumettre à l'intervention prescrite sans attendre le prononcé administratif.

*Arrêt du TFA, du 31 mai 1965, en la cause G. V.*

Articles 5, 2<sup>e</sup> alinéa, et 12 LAI. Un acte médical dont bénéficie un assuré mineur vise principalement la réadaptation professionnelle, alors même que l'affection n'est pas encore stabilisée, si cet acte tend à éliminer des séquelles stables qui s'installeraient dans un proche avenir et porteraient un préjudice sérieux à la formation professionnelle ou à la capacité de gain.

Tel peut être le cas, pour un jeune assuré atteint de décollement rétinien, de l'opération pratiquée pour éviter la cécité.

Article 2 RAI. Le fait qu'une opération risque de devoir être répétée en cas de rechutes ultérieures ne s'oppose pas à sa prise en charge par l'AI, lorsque ce risque est limité dans le temps.

*Articoli 5, capoverso 2, e 12 LAI. Anche se l'affezione non è ancora stabilizzata, un intervento medico eseguito su un minorenne mira prevalentemente all'integrazione professionale, se tende ad eliminare uno stato difettoso che potrebbe manifestarsi in un prossimo avvenire e pregiudicare seriamente la formazione professionale o la capacità al guadagno.*

*Questo può essere il caso per l'operazione eseguita ad un giovane assicurato affetto da distacco della retina al fine di evitare la cecità.*

*Articolo 2, OAI. Il fatto che un'operazione debba eventualmente essere ripetuta a causa di ulteriore recidiva, non impedisce l'assunzione delle relative spese da parte dell'AI se questo rischio è limitato nel tempo.*

L'assuré a été frappé en septembre 1960, à la suite d'un traumatisme, de décollement de la rétine droite, qui a entraîné la perte pratiquement totale de la vue de l'œil atteint. En août 1962, un décollement rétinien spontané se produisit à gauche. Le patient fut opéré avec succès le mois suivant; mais en mai 1963 survint une rechute, qui nécessita d'urgence une nouvelle opération, pratiquée le 16 mai. Cette intervention paraît avoir réussi; selon le médecin, l'acuité visuelle à gauche était en juillet 1964 de 0,4 avec un verre correcteur.

La commission AI, saisie le 24 mai 1961 d'une demande de mesures d'orientation, de formation professionnelle initiale et de placement, avait envisagé un apprentissage de peintre en bâtiment, formation que les événements de 1962 et 1963 rendirent cependant impossible. Cependant, elle a accordé à l'assuré dès l'automne 1963 un stage d'essai de trois mois, suivi d'un apprentissage d'une année, dans un centre de réadaptation pour aveugles et amblyopes.

Sur le plan médical, en revanche, la commission refusa de prendre en charge le traitement du décollement rétinien d'août 1962. Sur nouvelle demande déposée le 3 juin 1963, la commission estima de même qu'elle ne pouvait assumer les frais de l'opération pratiquée le 16 mai.

L'assuré a recouru contre cette dernière décision.

L'autorité cantonale de recours, ayant requis du spécialiste diverses précisions, a admis le recours, par jugement du 30 novembre 1964, et déclaré l'AI tenue au remboursement des frais de l'intervention pratiquée le 16 mai 1963.

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

1. ...

2. ... (cf. RCC 1962, p. 72; 1963, p. 120, 122, 408 et 414; 1964, p. 159, 202 et 331; 1966, p. 92).

Certains des arrêts précités faisant état du caractère typiquement juvénile de l'affection, l'OFAS paraît vouloir en conclure que ce caractère constituerait un critère supplémentaire de délimitation. Sans doute la nature et l'évolution de nombre d'affections juvéniles typiques auront-elles pour effet que, dans ces cas-là, il sera satisfait aux critères posés par la jurisprudence plus souvent que dans mainte autre affection; les affaires jusqu'ici soumises au tribunal le révèlent clairement, et les arrêts précités ne font que constater ce fait. Rien ne justifierait toutefois une exclusion de ces autres affections si, au regard de la longue période future d'activité, les actes médicaux entrepris répondent aux critères définissant la notion de mesure de réadaptation professionnelle. Ce qui est déterminant n'est donc pas le caractère typiquement juvénile de l'affection, mais le jeune âge et la probabilité d'activité de l'assuré qui en est atteint.

3. La seule question litigieuse dans la présente procédure est de savoir si l'opération pratiquée le 16 mai 1963 constitue une mesure médicale de réadaptation au sens de l'article 12 LAI. L'article 13 LAI n'est en effet pas applicable, l'affection paraissant être sans rapport avec une infirmité congénitale figurant à l'article 2 OIC, malgré la prédisposition locale au décollement rétinien mentionnée dans les rapports médicaux.

On doit constater tout d'abord que, à défaut d'opération, il fallait s'attendre à l'installation certaine et imminente, voire déjà actuelle, d'une cécité totale ou quasi totale, soit d'une séquelle stable qui aurait compromis gravement la formation professionnelle et porté un préjudice sérieux à la capacité future de gain. Si l'opération tendait à combattre le processus même du décollement rétinien et avait donc pour objet l'affection comme telle, la lutte simultanée contre une séquelle imminente lui donne néanmoins un caractère mixte.

Il faut reconnaître ensuite que l'opération était de nature, par un acte médical unique, à sauvegarder la capacité de gain de façon durable et importante. Certes, l'intervention pratiquée n'était pas la première, un décollement rétinien du même côté s'étant produit quelques mois auparavant déjà; rien cependant ne s'oppose à considérer pour eux-mêmes le nouveau décollement survenu en mai 1963 et les mesures alors entreprises. Sans doute aussi l'opération doit-elle être parfois répétée (le cas présent en fournit l'illustration); mais le risque de rechute est en général limité dans le temps, et par conséquent aussi l'éventualité d'une répétition nécessaire de l'intervention. Le risque de rechutes ultérieures semble d'ailleurs minime dans l'espèce, l'oculiste ayant constaté en juillet 1964, soit quelque 14 mois après l'intervention en cause, que le décollement était guéri et la vision stabilisée.

Il est enfin hors de doute que l'exécution de l'opération au moment donné était indiquée tant médicalement que du point de vue professionnel. Une attente aurait compromis les chances de succès, et le patient se trouvait en plein âge de formation professionnelle.

Il sied de relever, au surplus, que le décollement rétinien à gauche — contrairement à celui qui s'était produit à droite deux ans et demi auparavant — n'était pas de nature traumatique; que l'on ne se trouve donc en aucun cas en présence de l'un de ces actes médicaux qui, étant en relation de fait et de temps avec le processus qui intervient entre l'atteinte accidentelle et sa guérison, doivent être considérés comme faisant partie du traitement proprement dit.

Au vu de ces faits et des critères ci-dessus établis, la Cour de céans arrive donc à la conclusion que l'opération pratiquée présentait le caractère prépondérant d'une mesure médicale de réadaptation au sens de l'article 12 LAI et qu'elle satisfait aux conditions mises à sa prise en charge par l'AI. Elle partage de même l'avis des premiers juges quant à l'article 78, alinéa 2, RAI : étant donné l'urgence de l'intervention, l'intimé avait des motifs valables de s'y soumettre sans attendre le prononcé administratif.

*Arrêt du TFA, du 8 octobre 1965, en la cause R. K.<sup>1</sup>*

**Articles 9, 1<sup>er</sup> alinéa, 13 et 20, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI. Un assuré ne peut bénéficier de contributions allouées en faveur des mineurs inaptes à recevoir une instruction, aussi longtemps qu'il a droit à des mesures de réadaptation, en particulier au traitement d'infirmités congénitales.**

*Articoli 9, capoverso 1, 13 e 20, capoverso 1, LAI. Un assicurato non può beneficiare di sussidi assegnati a minorenni inetti a ricevere un'istruzione fin tantochè ha diritto a provvedimenti d'integrazione, in particolare alla cura d'infirmità congenite.*

L'assuré, né en 1959, souffre de toute une série d'infirmités congénitales, en particulier de microcéphalie et de lésions congénitales du cerveau avec crises épileptiformes, de *coxa valga* (anomalie du col du fémur) et de *pes adductus* (variété de pied bot). Se fondant sur l'article 13 LAI, l'AI lui a accordé des mesures médicales sans interruption depuis 1960, notamment une médication antiépileptique et des opérations orthopédiques. Pour le moment, ces mesures ont été accordées jusqu'à fin 1965. Du 2 février au 27 mars 1964, l'assuré a séjourné dans un home, parce que sa mère a eu à l'époque un autre enfant. Par lettre du 23 mars 1964, un service social demanda à l'AI, au nom des parents, s'il ne serait pas possible d'allouer une « contribution aux frais de placement dans un établissement » puis une « contribution aux frais de soins à domicile ». Le 10 septembre 1964, le service psychologique scolaire du canton de domicile fournit à la commission AI l'expertise suivante au sujet de l'assuré :

« L'assuré doit toujours rester assis sur sa chaise d'enfant si on ne lui fait pas faire de la gymnastique ou des exercices de marche. Il a encore besoin de soins dans une large mesure ; il faut lui aider à manger. Il ne sait pas encore exprimer son besoin d'aller aux toilettes. La salivation est encore très forte. En dépit de cet aspect certes pitoyable subsiste l'espoir — justifié semble-t-il — de voir l'enfant devenir une fois apte à recevoir une instruction, si son développement psychique ne s'arrête pas brusquement ou ne rétrograde pas... Son langage est encore très rudimentaire. Il s'exprime au moyen de balbutiements, à peu près comme un bébé de six mois ; en revanche, il passe avec succès des tests ne faisant pas appel au langage et qui correspondent au niveau intellectuel d'enfants d'une année et demie (griffonnages, planche à formes, jeux de construction, etc.). Lorsqu'on lui apporte des jouets, il manifeste une joie vive, frétille et rit. Il est capable de s'intéresser aux choses et aux gens, mais pour peu de temps seulement. »

<sup>1</sup> Cf. l'article publié page 68.

Par décision du 4 décembre 1964, la caisse de compensation fit savoir aux parents de l'assuré que, selon le prononcé de la commission AI, les contributions aux frais de soins et de garde au sens de l'article 20 LAI ne pouvaient pas être allouées; en effet, l'assuré était, compte tenu des circonstances et selon toutes prévisions, pratiquement apte à recevoir une instruction.

Un service social recourut au nom des parents contre cette décision. Il invoqua l'arrêt U. L. publié dans ATFA 1962, p. 123 (RCC 1963, p. 26) et alléguait que les contributions sollicitées peuvent être allouées si l'aptitude de l'assuré à recevoir une instruction n'est pas encore établie, comme c'est le cas en l'espèce.

La caisse de compensation proposa d'écarter le recours. Elle se référait au rapport d'un médecin pour enfants, daté du 6 février 1965, selon lequel les lents progrès réalisés jusqu'ici justifient l'espoir « que l'enfant devienne tout de même apte à recevoir une instruction grâce à une formation scolaire spéciale de pédagogie curative ». L'autorité cantonale rejeta le recours par jugement du 25 mai 1965.

Le TFA fut saisi d'un appel dans lequel il était prié de faire allouer provisoirement une contribution au sens des articles 20 LAI et 13 RAI, jusqu'à ce qu'il soit possible d'examiner si l'assuré est apte à être instruit. La caisse de compensation proposa le rejet de l'appel.

Dans son préavis, l'OFAS ne fit aucune proposition.

Le TFA rejeta l'appel pour les motifs suivants :

1. Le TFA a estimé dans un autre arrêt (ATFA 1965, p. 108 = RCC 1965, p. 515) qu'on ne peut pas accorder aux mineurs des mesures médicales au sens de l'article 13 LAI si une capacité de gain future, si minime soit-elle, est exclue. Cette opinion est motivée par le fait que l'article 13 LAI est un cas d'application — privilégié toutefois en un certain sens — de l'article 9, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, qui fixe les conditions fondamentales du droit aux mesures de réadaptation. En revanche, si l'on examine sa teneur, l'article 20 LAI, qui fixe le droit à la contribution aux frais de soins pour mineurs incapables à recevoir une instruction, est sans aucun doute une disposition de caractère exceptionnel, qui ne vise aucun but de réadaptation. Cette idée a déjà été exprimée dans un arrêt du TFA (ATFA 1962, p. 123 = RCC 1963, p. 26); cependant, l'arrêt en question précise que, dans des cas particuliers, lorsqu'on doute de l'aptitude à recevoir une instruction, l'assuré peut être assimilé aux mineurs incapables à recevoir une instruction et avoir droit à la contribution aux frais de soins, selon les conditions figurant à l'article 20 LAI et à l'article 13 RAI, tant que l'examen de cette aptitude n'a pas commencé.

2. C'est à juste titre que l'on a accordé à l'assuré des mesures médicales en vertu de l'article 13 LAI car, selon les indications du service psychologique scolaire et du médecin traitant, une capacité de gain future n'est pas exclue. On a estimé dans le recours et l'appel, en se référant à l'arrêt U. L. (ATFA 1962, p. 123 = RCC 1963, p. 26), que l'assuré a droit en outre à la contribution aux frais de soins en vertu de l'article 20 LAI, parce que son aptitude à recevoir une instruction n'est pas encore établie. Dans l'arrêt cité, on a admis « un cas particulier », vu que l'assuré ne pouvait encore être soumis à aucun essai de formation scolaire spéciale; seule cette mesure de réadaptation au sens de l'article 9, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI était en cause. Cet argument reste pertinent, car l'incapacité à recevoir une instruction n'a pas besoin d'être irréversible pour ouvrir droit aux prestations prévues à l'article 20 LAI. Il y a donc une différence entre le cas présent, où l'on prévoit une activité lucrative future, et le cas où l'on estime que cette activité est impossible, ce qui exclut tout droit au traitement en vertu de l'article 13 LAI.

Or, il ne peut exister un droit qui cumule les mesures de réadaptation et les prestations accordées en vertu de l'article 20 LAI. En effet, les mesures de réadaptation présupposent par définition — quoique dans le cadre de l'article 13 LAI — la possibilité d'une aptitude à recevoir une instruction, alors que la contribution prévue à l'article 20 LAI présuppose au contraire l'absence d'une telle aptitude. Ainsi, ces deux raisons d'accorder des prestations s'excluent mutuellement. Lorsqu'on accorde des mesures de réadaptation au sens de l'article 13 LAI, il faut noter qu'elles comprennent le traitement dans un établissement, le logement et les repas, s'il est nécessaire de placer l'assuré dans un établissement (art. 14 LAI). En outre, l'assurance assume, en vertu de l'article 4 RAI, les frais de personnel infirmier jusqu'à concurrence d'un montant raisonnable si des mesures médicales sont exécutées à domicile.

3. Ainsi, d'après ce qui précède, un assuré ne peut bénéficier de contributions allouées selon l'article 20 LAI aussi longtemps qu'il a droit à des mesures de réadaptation, en particulier au traitement des infirmités congénitales conformément à l'article 13 LAI. Ces mesures de réadaptation sont en l'espèce accordées provisoirement jusqu'à fin 1965 en vertu des décisions rendues. Il n'est donc pas possible de donner suite avant ce moment-là à la demande formulée en instance d'appel, à moins que d'autres droits découlant de l'article 13 LAI ne soient reconnus. Le représentant légal de l'assuré a toutefois la faculté de renouveler la demande concernant le versement de contributions selon l'article 20 LAI au cas où l'assuré n'aurait plus droit aux mesures de réadaptation.

*Arrêt du TFA, du 3 mai 1965, en la cause J. I.*

Articles 12, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI et 2 RAI. Dans un cas de spondylyse et de spondylolisthésis, l'intervention chirurgicale a le caractère prépondérant de mesure médicale de réadaptation professionnelle, lorsque la greffe osseuse est pratiquée sur un patient encore jeune chez lequel les phénomènes dégénératifs secondaires en sont à leur début et nettement localisés au niveau du segment lésé. En outre, l'opération doit garantir l'exercice de la profession correspondant à la formation et aux aptitudes de l'assuré.

*Articoli 12, capoverso 1, LAI e 2 OAI. In un caso di spondilosi e di spondilolistesi, l'intervento chirurgico ha carattere preponderante di provvedimento sanitario d'integrazione professionale, allorché il trapianto osseo è praticato ad un paziente ancora giovane nel quale i fenomeni degenerativi secondari sono al loro inizio e nettamente localizzati al livello del segmento lesa. Oltre a ciò, l'operazione deve garantire l'esercizio della professione che corrisponde alla formazione ed alle attitudini dell'assicurato.*

L'assuré, né en 1935, est monteur téléphonique. Dès janvier 1963, il a souffert de lombo-sciatalgies qui l'ont contraint à suspendre son travail dès le mois de septembre. Les examens médicaux faits en octobre 1963 ont révélé une spondylyse congénitale de la 5<sup>e</sup> vertèbre lombaire. Les traitements conservateurs alors entrepris n'ayant pas donné de résultat, une greffe osseuse selon Bickel fut pratiquée le 27 novembre. Le patient, qui doit porter un lombostat, a pu reprendre son activité en plein le 24 février 1964. En réponse à une demande d'octroi de mesures médicales et de moyens auxiliaires, déposée par l'intéressé le 2 octobre 1963, la caisse de compensation informa le requérant, par décision du 31 janvier 1964, qu'elle refusait

d'assumer les frais des mesures médicales, parce que l'assuré n'avait pas droit au traitement d'une infirmité congénitale qui ne s'était pas manifestée durant la minorité, et que l'opération effectuée constituait le traitement de l'affection comme telle (art. 12 LAI). L'autorité cantonale de recours a admis le recours de l'assuré, considérant que l'intervention chirurgicale tendait avant tout à la récupération de la capacité de travail.

Le TFA a rejeté l'appel interjeté par l'OFAS contre ce jugement. Voici ses motifs:

1. ... (Considéranrs sur l'application de l'article 13 LAI, en corrélation avec l'article 85, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI; voir notamment arrêt du TFA publié dans RCC 1963, p. 414, considérant 1).

2. ... (Considéranrs d'ordre général sur le champ d'application de l'article 12 LAI; voir notamment arrêt du TFA publié dans RCC 1963, p. 120, considérant 1).

3. Une expertise médicale donne de la spondylyse et du spondylolisthésis, ainsi que des actes médicaux entrepris, un tableau qui répond aux indications fournies lors de précédentes expertises (voir notamment ATFA 1963, p. 126 = RCC 1963, p. 414).

La spondylyse, défaut très répandu d'ossification de l'arc vertébral, le plus souvent héréditaire, n'est pas encore présente à la naissance, mais se développe au cours de l'enfance et de l'adolescence. Elle provoque une solution de continuité au niveau de cet arc et rompt ainsi le verrou qui maintient alignées l'une sur l'autre les vertèbres de la colonne lombaire. Cette rupture permet dans un grand nombre de cas à la vertèbre lésée de se déplacer en avant, créant par là une lésion dénommée spondylolisthésis. Ce glissement se fait en général lui aussi au cours de la croissance de la colonne vertébrale et se stabilise avec la fin de cette croissance; il est très rare d'observer un déplacement de vertèbre porteuse d'une spondylyse après la 25<sup>e</sup> année. — L'anomalie de développement de la colonne ne provoque pas forcément des symptômes douloureux et peut rester muette la vie durant; mais elle laisse toujours un point faible au niveau du segment atteint, sensible notamment au surmenage mécanique. L'appareil articulaire, ligamentaire et discal, privé du soutien osseux dont il dispose normalement, doit en effet travailler dans des conditions défavorables, ce qui mène à l'apparition plus précoce et plus gênante de lésions d'usure et de phénomènes dégénératifs.

Le traitement est foncièrement différent selon qu'il s'agit d'un malade en période de croissance ou d'un adulte. Chez l'enfant et l'adolescent, il tendra le plus souvent à stabiliser le trouble de croissance et à empêcher un glissement ultérieur de la vertèbre lésée. Chez l'adulte, il aura pour premier but de supprimer les symptômes douloureux provoqués par l'anomalie de développement lombaire, laquelle est en général stabilisée mais cause des troubles secondaires. Le choix entre traitement conservateur (physiothérapie, port de corset) et chirurgical (greffe osseuse) dépendra alors dans une grande mesure de la profession et de l'âge du patient. L'une des indications majeures de la greffe — qui ne guérit pas les lésions arthrotiques toujours constatées, mais les met dans des conditions telles qu'elles ne gêneront plus le malade — est de permettre au patient de continuer à exercer, avec un risque diminué, le métier qu'il avait appris. Cette raison d'intervenir chirurgicalement est d'autant plus évidente que le patient est plus jeune et qu'il exerce une profession dont on ne peut exiger raisonnablement l'abandon pour une activité moins pénible. L'indication opératoire se raréfie avec l'âge, car des patients de 45 ou 50 ans sont presque toujours porteurs de lésions dégénératives atteignant la plupart des segments de la colonne

vertébrale ; les chances qu'une intervention localisée à un segment bien déterminé puisse débarrasser radicalement et de façon durable le patient de ses symptômes douloureux sont alors restreintes.

4. Les actes médicaux entrepris en cas de spondylyse et de spondylolisthésis ont-ils le caractère de mesures médicales de réadaptation professionnelle au sens de l'article 12 LAI et satisfont-ils aux conditions mises à leur prise en charge par l'AI ? Si le TFA l'a nié dans les causes dont il a eu précédemment à connaître, le cas présent et l'examen des renseignements fournis par les experts médicaux, à la lumière des critères légaux, révèlent que la réponse ne peut être négative en toutes circonstances.

Chez l'adulte — la situation de l'enfant et de l'adolescent peut rester ici réservée —, spondylyse et spondylolisthésis sont des lésions en soi stabilisées, sauf dans des cas exceptionnels. Souvent, ces lésions demeurent cependant muettes et n'exigent aucun traitement. Un traitement n'intervient en général que lorsque apparaissent des symptômes douloureux, qui ont pour cause des phénomènes évolutifs secondaires ; il a pour premier but de supprimer ces symptômes. La greffe osseuse notamment ne guérit pas ces phénomènes (encore que, selon l'un des experts médicaux, elle puisse entraîner des processus régénératifs) ; mais elle les met dans des conditions telles qu'ils ne gêneront plus le malade. L'indication en est essentiellement l'âge du patient et la possibilité de le maintenir dans sa profession.

L'intervention chirurgicale, chez un adulte, présente ainsi certains traits tant de mesures médicales de réadaptation que de traitement de l'affection par élimination des douleurs qui en résultent. Du tableau clinique et de l'indication opératoire, on peut déduire en droit que le caractère de mesure médicale de réadaptation professionnelle l'emportera, en règle générale, lorsque la greffe osseuse est pratiquée sur un patient encore jeune, chez lequel les phénomènes dégénératifs secondaires en sont à leur début et nettement localisés au niveau du segment lésé, et que l'indication opératoire est dictée par le souci de maintenir l'intéressé dans une profession correspondant à sa formation et à ses aptitudes.

5. Dans l'espèce, l'intimé a souffert d'un syndrome douloureux lombo-sciatique apparu pour la première fois en janvier 1963, à la suite apparemment d'un banal refroidissement, et qui devait le contraindre dès le mois de septembre à suspendre tout travail. Les médecins ont diagnostiqué une spondylyse de la 5<sup>e</sup> vertèbre lombaire. Seule une greffe osseuse devait permettre à cet assuré, âgé de 28 ans, de conserver son métier de monteur téléphonique, qui répondait à sa formation et à ses facultés et dont on ne pouvait raisonnablement exiger qu'il l'abandonne pour une activité ne comportant pas d'effort physique.

L'intervention chirurgicale était de nature à sauvegarder la capacité de gain de façon durable et importante, par un acte médical unique suivi d'une brève convalescence. Si l'expert judiciaire a diagnostiqué, outre la spondylyse, un *spina bifida* de la première vertèbre sacrée et une anomalie des apophyses articulaires des première et deuxième vertèbres lombaires, il affirme en effet que ces affections anodines ne jouaient aucun rôle dans le syndrome douloureux. La situation est ainsi fort différente de ce qu'elle était dans les causes dont le TFA avait eu précédemment à connaître (en particulier dans la cause déjà citée), où les intéressés, plus âgés, étaient atteints soit d'anomalies multiples de la colonne, soit de processus dégénératifs affectant de nombreux segments.

La Cour de céans arrive donc à la conclusion que l'opération pratiquée dans l'espèce présentait le caractère d'une mesure médicale de réadaptation au sens de

l'article 12 LAI et qu'elle satisfait aux conditions mises à sa prise en charge par l'AI. — Elle partage de même l'avis des premiers juges quant à l'article 78, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI: Marié et père de deux enfants en bas âge, l'assuré avait un intérêt majeur à recouvrer dans les plus brefs délais sa capacité de travail et de gain; il avait ainsi des motifs valables de se soumettre à l'intervention prescrite sans attendre le prononcé administratif.

*Arrêt du TFA, du 14 septembre 1965, en la cause H. S.*

**Article 12 LAI.** Le traitement d'un état pathologique labile est également assimilé au traitement de l'affection comme telle, si ce processus découle d'un ensemble de faits de nature médicale qui a — ou aurait — fondé précédemment un droit aux mesures médicales en vertu de l'article 12 ou de l'article 13 LAI.

**Article 13 LAI.** Une lésion causée par un accident ne saurait être considérée comme une infirmité congénitale, même si l'état pathologique de l'assuré a pu contribuer à provoquer l'accident.

*Articolo 12 LAI.* La cura di uno stato patologico labile è parificata alla cura vera e propria del male se questo processo deriva da un complesso di fatti di natura medica che ha o avrebbe giustificato precedentemente un diritto a provvedimenti sanitari in conformità dell'articolo 12 o dell'articolo 13 LAI.

*Articolo 13 LAI.* Una lesione causata da un infortunio non potrebbe essere considerata infermità congenita anche se lo stato patologico dell'assicurato ha potuto contribuire a provocare l'infortunio.

L'assuré, qui est âgé de 12 ans, souffre d'une dystrophie musculaire progressive des extrémités inférieures et du tronc. Son père sollicite des prestations de l'AI au printemps 1960. L'AI prit à sa charge les frais de toutes les mesures médicales nécessaires au traitement de cette infirmité congénitale et, en outre, les moyens auxiliaires adéquats. Dès le 8 janvier 1962, elle accorde encore à l'assuré, qui avait été placé dans un institut, une contribution aux frais de formation scolaire spéciale. L'assuré se déplace au moyen d'un fauteuil roulant. Le 8 avril 1964, l'enfant tomba de son fauteuil, alors qu'il passait les vacances de Pâques chez ses parents, et se brisa le fémur droit. Le 18 juin 1964, la commission AI décida de ne pas prendre en charge les frais du traitement de la fracture; elle motivait son prononcé en déclarant qu'il s'agissait du traitement de l'affection comme telle et qu'il n'y avait pas de relation directe entre la fracture et la dystrophie musculaire.

Le père de l'assuré recourut contre la décision de la caisse de compensation du 22 octobre 1964. Par jugement du 2 avril 1965, la commission de recours admit le recours et mit à la charge de l'AI les frais du traitement, qui s'élevaient à 346 fr. 80. La commission s'était fondée en l'espèce sur le rapport du médecin traitant, d'après lequel les radiographies avaient révélé une atrophie osseuse évidente; par conséquent, l'enfant n'avait pas pu se protéger suffisamment lors de sa chute à cause de la faiblesse de sa musculature. La commission de recours estime qu'il existe une relation de cause à effet entre l'infirmité congénitale et la fracture de la cuisse. Il serait indiqué, dans un cas-limite semblable, de rendre un jugement qui soit favorable à l'assuré.

L'OFAS a fait appel de ce jugement, en demandant que la décision de la caisse soit rétablie. Interrogé sur les circonstances de l'accident, le père de l'assuré déclara par lettre du 27 juillet 1965 que les sœurs de l'enfant, âgées de 8 et 12 ans, avaient promené celui-ci dans son fauteuil roulant. Une fois de retour à la maison, une des filles avait légèrement soulevé le fauteuil, ce qui avait fait perdre l'équilibre à l'assuré, qui était alors tombé. L'assuré a de la peine à se tenir droit dans son fauteuil. Sans sa dystrophie musculaire, il aurait pu se retenir lors de sa chute; s'il avait été en bonne santé, aucune fracture ne se serait produite. Depuis fin 1962, l'assuré ne peut plus se tenir debout ni marcher.

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

1. a. En règle générale, une mesure médicale vise le traitement de l'affection comme telle au sens de l'article 12, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI lorsqu'elle sert avant tout à guérir ou à atténuer un état pathologique labile (ATFA 1962, p. 308 = RCC 1963, p. 120; ATFA 1963, p. 43 = RCC 1964, p. 331; ATFA 1963, p. 59 = RCC 1963, p. 408; ATFA 1963, p. 130 = RCC 1963, p. 414).

b. En vertu de l'article 13 LAI, les assurés mineurs ont droit au traitement des infirmités congénitales qui, vu leur genre, peuvent entraîner une atteinte à la capacité de gain. Les infirmités pour lesquelles l'AI accorde ces mesures sont énumérées dans l'POIC (nouvelle teneur du 10 août 1965, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> septembre 1965). Il est bien établi qu'en l'espèce, l'assuré souffre d'une dystrophie musculaire progressive. Le seul point litigieux est de savoir si l'AI doit aussi supporter les frais occasionnés par le traitement de la fracture du fémur.

2. a. La jurisprudence a statué que, lorsque l'octroi de mesures médicales est litigieux, il faut évaluer l'atteinte à la santé pour elle-même, sans tenir compte de la cause de l'affection. Ainsi, le TFA a déclaré à plusieurs reprises à propos de l'article 12, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI que le traitement d'un état pathologique labile est également assimilé au traitement de l'affection comme telle et ne donne, par conséquent, pas droit aux mesures médicales, si ce processus découle d'un ensemble de faits de nature médicale qui a — ou aurait — justifié précédemment un droit à ces mesures, en vertu de l'article 12 ou de l'article 13 LAI. Le TFA a par exemple admis que l'AI n'est pas tenue de prendre à sa charge le traitement de complications urologiques qui se sont produites chez un paraplégique — parce qu'il vise essentiellement à atténuer un état pathologique labile — quoique les symptômes de paralysie comme tels fondent un droit aux mesures médicales de réadaptation (RCC 1965, p. 274). Le tribunal était déjà arrivé pratiquement au même résultat dans un arrêt publié précédemment (ATFA 1962, p. 308 = RCC 1963, p. 120): Les troubles de la circulation du sang et l'obstruction des voies lymphatiques, séquelles d'une poliomyélite qui aurait ouvert droit aux mesures médicales, ont été considérés comme un nouvel état pathologique labile, et le traitement adéquat a été déclaré traitement de l'affection comme telle. Le principe d'après lequel il y a lieu de ne prendre en considération que l'atteinte à la santé et non la cause de l'affection, lorsque l'octroi de mesures médicales est litigieux, est en un certain sens également valable dans l'application de l'article 13 LAI (ATFA 1963, p. 191 = RCC 1963, p. 501).

b. Par conséquent, en cas d'atteinte à la santé qui n'exclut pas une capacité de gain future (ATFA 1965, p. 108 = RCC 1965, p. 515) et pour laquelle des prestations sont sollicitées en vertu de l'article 13 LAI, il ne reste plus qu'à examiner, en ce qui concerne sa nature, si elle figure ou non dans la liste des infirmités congénitales. Si elle n'y est pas mentionnée, il n'existe en règle générale — d'après ce qui est dit au considérant 2 a — aucun droit aux mesures médicales, même si elle est la séquelle

d'une infirmité réputée congénitale. L'article 13 LAI dispose en effet que seules sont prises en charge les mesures médicales nécessaires au traitement des *infirmities congenitales* dont la liste a été établie par le Conseil fédéral.

La jurisprudence a toutefois admis que le droit aux mesures médicales en vertu de l'article 13 LAI peut, dans de rares cas, s'étendre aussi au traitement d'affections secondaires qui n'appartiennent certes plus à l'ensemble des symptômes de l'infirmité congénitale, mais qui, d'après les connaissances médicales actuelles, en sont une conséquence fréquente (ATFA 1962, p. 216 = RCC 1963, p. 76; ATFA 1962, p. 48 = RCC 1962, p. 343). En d'autres termes, il doit exister un rapport particulièrement étroit de causalité adéquate entre l'infirmité congénitale et l'affection secondaire. Il faut se montrer strict en ce qui concerne les conditions mises à ce rapport de causalité qui a des effets juridiques, d'autant plus que — comme il a été dit ci-dessus — l'article 13 LAI limite le droit des mineurs au traitement des infirmités congénitales comme telles. Dans l'arrêt publié précédemment (ATFA 1962, p. 216 = RCC 1963, p. 76), par lequel le tribunal a accordé des mesures médicales pour le traitement d'une pneumonie de déglutition à un enfant de cinq ans qui ne pouvait pas avaler normalement, le rapport de causalité adéquate a été considéré comme un « risque lié à l'infirmité congénitale » (voir aussi ATFA 1962, p. 48 = RCC 1962, p. 343).

3. Une lésion causée par un accident ne saurait être considérée comme une infirmité congénitale, même si l'état pathologique de l'assuré a pu contribuer à provoquer l'accident. Or, à la lumière de l'article 12 LAI, on voit également que le traitement de l'atteinte à la santé causée par l'accident est réputé traitement de l'affection comme telle et ne peut, par conséquent, pas être mis à la charge de l'AI. Ainsi, il ne reste qu'à examiner en l'espèce si le rapport étroit de causalité requis existe entre l'infirmité congénitale et la fracture du fémur; mais tel n'est pas le cas. En effet, d'après les connaissances médicales actuelles, la fracture du fémur n'est pas une conséquence fréquente de la dystrophie musculaire. Il fallait qu'un accident se produise, la chute du fauteuil en l'occurrence. Cet événement doit être considéré comme la cause indépendante et décisive de la fracture. C'est pourquoi on ne saurait faire découler de l'article 13 LAI un droit au traitement des séquelles de cet accident aux frais de l'AI.

*Arrêt du TFA, du 28 septembre 1965, en la cause N. U.*

Article 13 LAI; article 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> alinéa, OIC. L'article 13 LAI est subordonné à l'article 9, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI. C'est pourquoi l'assuré dont l'infirmité congénitale ne peut influencer la capacité de gain n'a pas droit à son traitement en vertu de l'article 13 LAI.

*Articolo 13 LAI; articolo 1, capoverso 2, OIC. L'articolo 13 LAI è subordinato all'articolo 9, capoverso 1, LAI. È per questo motivo che l'assicurato la cui infermità congenita non può influire sulla capacità al guadagno non ha diritto alla sua cura in virtù dell'articolo 13 LAI.*

L'assuré, né en 1945, séjourna du 19 mai au 3 juin 1964 dans un hôpital cantonal, où l'on procéda à l'ablation opératoire d'un kyste dermoïde sacré purulent. Sur le conseil de la caisse-maladie à laquelle est affilié l'assuré, celui-ci demanda à la commission AI, le 25 mai 1964, la prise en charge des frais du traitement. Dans un rap-

port du 18 juin 1964, le médecin de l'hôpital nia, sans autre précision, l'existence d'une infirmité congénitale. Là-dessus, la commission AI décida, le 20 juillet 1964, de n'accorder aucune mesure médicale; ce prononcé fut communiqué à l'assuré par décision du 9 septembre 1964.

La commission cantonale de recours rejeta le recours formé contre cette décision (jugement du 18 décembre 1964).

L'assuré a porté ce jugement cantonal devant le TFA. Il fait valoir qu'à l'hôpital, on l'a soigné pour une infirmité congénitale, si bien que l'AI doit assumer les frais qui en sont résultés.

La caisse de compensation recommande le rejet de l'appel. Dans son préavis, l'OFAS considère que le médecin de l'hôpital a nié bien à tort l'existence d'une infirmité congénitale. En effet, d'après la liste de l'OIC, un kyste dermoïde sacré qui provient d'un développement embryonnaire anormal est reconnu comme infirmité congénitale. Sans doute, l'infirmité est désignée par un astérisque dans la liste, si bien que des mesures médicales ne peuvent être accordées lorsque l'infirmité en question n'aura manifestement pas d'influence sur la capacité de gain de l'assuré; cependant, si un tel kyste est gros ou s'infecte, il peut entraîner un handicap considérable et douloureux, allant jusqu'à empêcher le patient de travailler et de gagner sa vie; or, tel est le cas en l'espèce. L'assuré étant encore mineur à l'époque du traitement, le recours doit être admis.

L'hôpital a informé le tribunal que le kyste opéré était congénital et provenait d'un développement embryonnaire anormal. « L'examen histopathologique révèle l'existence d'un kyste enflammé et la formation de pus, si bien qu'on doit admettre que le kyste non soigné aurait eu une influence sur la capacité de gain. »

Le TFA a admis l'appel interjeté pour les motifs suivants :

1. Selon l'article 13 LAI, les assurés mineurs ont droit au traitement des infirmités congénitales qui, vu leur genre, peuvent entraîner une atteinte à la capacité de gain. Dans la liste de ces infirmités établie par le Conseil fédéral dans l'OIC, du 10 août 1965, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> septembre 1965, les kystes dermoïdes congénitaux sont mentionnés sous chiffre 103 (ils étaient aussi, sous chiffre 3, dans la liste en vigueur jusqu'au 1<sup>er</sup> septembre 1965). Leur mention étant accompagnée d'un astérisque, ils appartiennent à la catégorie des infirmités pour lesquelles, selon l'article 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> alinéa, OIC, des mesures médicales ne sont pas accordées lorsque ces infirmités n'auront manifestement pas d'influence sur la capacité de gain de l'assuré.

Dans un arrêt (ATFA 1965, p. 108; RCC 1965, p. 515), le TFA a jugé que des mesures médicales ne peuvent pas être accordées selon l'article 13 LAI quand une capacité de gain future, si petite soit-elle, est exclue. Ce jugement est motivé par le fait que l'article 13 LAI est une norme d'application — d'ailleurs favorable à l'assuré en général — de l'article 9, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI. Cette même disposition a pour autre conséquence qu'une infirmité congénitale non susceptible d'influencer la capacité de gain, au sens de l'article 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> alinéa, OIC, ni peut pas être traitée aux frais de l'AI en vertu de l'article 13 LAI. Strictement parlant, un tel cas ne nécessiterait aucune disposition spéciale dans l'ordonnance.

2. Du rapport médical requis, il ressort que le kyste dermoïde opéré était congénital et représentait donc une infirmité congénitale. En raison de l'infection du kyste — infection qui, vraisemblablement, provenait des particularités morphologiques et histologiques de l'anomalie — on ne peut pas dire que la capacité de gain de l'assuré n'aurait manifestement pas été influencée par l'infirmité. Par conséquent, si la com-

mission AI s'était prononcée avant le début du traitement, en mai 1964, elle aurait dû, sur la base de l'article 13 LAI, assumer les frais de traitement, l'assuré étant encore mineur à cette époque.

Reste encore à examiner la question — qui n'a pas encore été soulevée — de savoir si l'article 78, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI ne s'oppose pas à la prise en charge du traitement appliqué en juillet 1964 avant le prononcé de la commission AI. D'après cet article, l'AI prend à sa charge les mesures qui, pour des motifs valables, ont dû être exécutées avant que la commission AI se soit prononcée, à condition toutefois que l'assuré ait déposé sa demande au plus tard six mois après le début de leur application. Dès le moment où le kyste était purulent, il existait des motifs valables de pratiquer l'intervention en mai 1964 déjà. On ne peut pas dire que l'assuré, conformément aux termes d'un arrêt du 8 septembre 1965, aurait pu obtenir un prononcé de la commission AI déjà avant l'opération; en effet, puisque le médecin niait encore, dans son rapport de juin 1964, l'existence d'une infirmité congénitale, l'assuré ne pouvait rien savoir de la réalisation d'un état de fait lui donnant droit à des prestations, jusqu'au moment où — après l'opération — il en a été informé par la caisse-maladie. Enfin, l'assuré a respecté le délai de six mois, qui ne commençait d'ailleurs à courir que dès le moment où il eut connaissance de l'existence d'une infirmité congénitale.

Par conséquent, l'AI doit prendre en charge les frais de traitement, dans le cadre des conventions tarifaires en vigueur, ce qui conduit à admettre l'appel.

*Arrêt du TFA, du 4 octobre 1965, en la cause H. G.*

Articles 21, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI et 14, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre e, RAI. Les moyens auxiliaires sont des objets dont l'emploi remédie à la défaillance de certaines parties du corps ou de leur fonction. Il faut que l'on puisse les enlever et les utiliser à nouveau sans modification de leur structure ni de celle du corps humain. Par conséquent, une valvule aortique artificielle n'est pas un moyen auxiliaire.

*Articoli 21, capoverso 1, LAI e 14, capoverso 1, lettera e, OAI. I mezzi ausiliari sono oggetti il cui impiego sostituisce la mancanza di singole parti del corpo o delle loro funzioni. Essi devono potersi deporre e nuovamente usare senza modificare la loro struttura o quella del corpo umano. Una valvola cardiaca artificiale non costituisce un mezzo ausiliario.*

L'assuré a présenté le 25 juin 1964 une demande de prestations de l'AI, sous forme notamment de moyen auxiliaire. Selon le rapport du médecin traitant, le patient était atteint d'insuffisance aortique post-rhumatismale, d'anévrisme de l'aorte ascendante et souffrait des suites d'un ancien infarctus. Souffrant depuis juillet 1963 de forte dyspnée, de toux nocturnes et d'insuffisance cardiaque grave, il avait été opéré le 14 avril 1964; l'opération avait consisté en la mise en place d'une prothèse artificielle sur la valve aortique et en la résection de l'anévrisme de l'aorte ascendante, remplacée par une greffe de Teflon.

La commission AI, considérant que les actes médicaux entrepris avaient pour objet le traitement de l'affection comme telle, a refusé d'en assumer les frais. Ce prononcé a été notifié à l'assuré par décision de la caisse du 16 septembre 1964.

Saisie d'un recours, l'autorité cantonale de recours a requis du médecin traitant divers éclaircissements. Sur la base des précisions obtenues, elle a constaté que le caractère du traitement reléguait à l'arrière-plan les desseins de réadaptation et que la valvule artificielle, n'étant pas amovible et remplaçant de plus un organe vital, ne répondait pas à la notion de moyen auxiliaire. Aussi a-t-elle rejeté le recours. L'assuré a déferé le jugement cantonal au TFA, estimant que la valvule artificielle doit être assumée par l'assurance en tant que moyen auxiliaire.

Le TFA a rejeté cet appel pour les motifs suivants :

1. L'appelant accepte le refus opposé à sa demande de prise en charge des actes médicaux entrepris. A juste titre car, ainsi que l'expose le jugement cantonal, ces actes ne satisfont ni aux conditions des articles 13 et 85, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI, ni à celles de l'article 12 LAI. D'une part, en effet, les rapports médicaux établissent que l'opération du 14 avril 1964 tendait à éliminer non pas une infirmité congénitale (même si, comme il l'affirme, l'intéressé a présenté dès l'enfance une faiblesse du cœur), mais une lésion acquise. D'autre part, le but premier de l'intervention était de permettre la survie, en enrayant un processus pathologique dont tout laisse de plus entendre qu'il était évolutif (voir p. ex. ATFA 1965, p. 78), et les desseins de réadaptation s'en trouvaient relégués nettement à l'arrière-plan.

La seule question litigieuse, dans la présente procédure, est dès lors celle de savoir si la valvule aortique artificielle peut être assumée par l'AI au titre de moyen auxiliaire.

2. Selon l'article 21, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, l'assuré a droit aux moyens auxiliaires qui sont nécessaires à la réadaptation professionnelle et qui figurent dans la liste que le Conseil fédéral en a dressée à l'article 14 RAI. L'article 15, 1<sup>er</sup> alinéa, RAI précise que « les moyens auxiliaires sont fournis aux assurés qui en ont besoin pour exercer une activité lucrative ou pour accomplir leurs travaux habituels, pour étudier ou pour apprendre un métier, ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle ».

Interprétant ces dispositions, la jurisprudence a reconnu qu'il importait peu, en principe, que le moyen auxiliaire visât simultanément d'autres buts encore que la réadaptation au sens ci-dessus ; que l'article 21, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI ignorait en effet la recherche du but prépondérant telle que l'implique l'article 12 LAI. Elle a admis par conséquent qu'un moyen auxiliaire nécessaire à la réadaptation professionnelle — et de nature à atteindre ce but, selon la norme générale de l'article 9, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI — devait être assumé par l'AI alors même qu'il servirait également, voire de manière prépondérante, à atténuer une affection dont le traitement n'incombe pas à l'assurance en vertu des articles 12 et 13 LAI (RCC 1963, p. 466, et 1964, p. 204).

Ce principe n'a cependant pas de portée absolue : outre les limites que lui fixent les dispositions légales (art. 21, 1<sup>er</sup> al., 2<sup>e</sup> phrase, LAI), la jurisprudence a réservé ou formulé certaines dérogations soit extensives (ATFA 1963, p. 144), soit restrictives (RCC 1966, p. 47). Cependant, il n'est pas besoin dans l'espèce d'exposer ni d'examiner plus avant ce que doivent être ces dérogations et leur champ d'application. En effet, même si l'on tient le principe posé pour applicable et nie la présence de toute circonstance autorisant ou exigeant une dérogation, la valvule aortique artificielle ne peut être prise en charge par l'AI, cet appareil ne satisfaisant pas, à un double égard, à la notion même de moyen auxiliaire au sens de la loi.

3. a. On entend par moyen auxiliaire un objet dont l'emploi remédie à la défaillance de certaines parties ou fonctions du corps. Il en résulte que, l'accent étant mis sur son emploi — et suivant d'ailleurs en cela le langage courant — cet objet doit

pouvoir être enlevé puis utilisé à nouveau sans qu'il faille en modifier la structure. Confirmée dès l'origine par la jurisprudence, cette exigence porte non seulement sur l'objet lui-même, mais aussi sur le corps humain et son intégrité (RCC 1966, p. 47). En effet, un objet qui ne peut remplir ce rôle qu'une fois inséré à l'intérieur du corps par une véritable intervention chirurgicale et dont le remplacement implique également une telle intervention ne saurait être qualifié de moyen auxiliaire au sens de la loi, sous peine d'effacer toute limite objective entre les articles 12 à 14 LAI, d'une part, et l'article 21 LAI, d'autre part. L'importance de l'acte médical entrepris dans ces cas est si éminente que le caractère de cet acte s'étend manifestement à l'ensemble de la correction ainsi apportée à l'organisme.

De même que les éléments hétéroplastiques ou homoplastiques implantés par le chirurgien lors d'opérations de la hanche, par exemple, ne peuvent être qualifiés de moyens auxiliaires (voir à ce propos M. Saegesser, *Spezielle chirurgische Therapie*, 7<sup>e</sup> éd., p. 1203 ss), de même que la jurisprudence a dénié cette qualification au « pacemaker » soutenant la fonction du cœur (RCC 1966, p. 47), de même en est-il donc de toute évidence aussi de la valvule ici en cause. Sans doute l'article 14, 1<sup>er</sup> alinéa, RAI mentionne-t-il sous lettre e — sans citer d'exemples ni formuler de restrictions — les « moyens auxiliaires pour les organes internes ». Toutefois, ce fait ne saurait modifier la situation de droit, car il appartient au juge de tirer la ligne de démarcation entre les articles 12 à 14 et l'article 21 LAI, et de vérifier de cas en cas si le moyen en question satisfait à la notion de moyen auxiliaire au sens des dispositions légales.

3. b. Le terme de moyen « auxiliaire » (tout comme les termes allemand de « Hilfsmittel » et italien de « mezzi ausiliari ») implique de plus l'idée d'aide ou, ainsi que l'exprime le juge cantonal, de caractère adjuvant. Or, ce caractère fait défaut à un moyen qui, remplaçant un organe vital, tend à assurer la fonction primaire de la vie même, de l'existence physique de l'individu (voir RCC 1966, p. 47).

Cette dernière situation est clairement donnée dans l'espèce, où les médecins déclaraient très inquiétant l'état de l'intéressé avant l'intervention et où la valvule aortique artificielle avait un caractère non pas auxiliaire, mais vital. De ce point de vue également, l'AI ne saurait donc en assumer la charge.

4. ...

## RENTES

*Arrêt du TFA, du 26 juillet 1965, en la cause C. G.*

Article 29, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI. Le droit à une rente d'invalidité prend naissance

- a. dès que l'assuré présente une incapacité permanente de gain de la moitié au moins (éventuellement deux cinquièmes) (variante I);  
ou bien
- b. lorsque l'assuré a été totalement incapable de travailler pendant 360 jours consécutifs et qu'il subit encore une incapacité de gain de la moitié au moins (éventuellement deux cinquièmes) (variante II);  
ou bien

- c. lorsque l'assuré a subi une incapacité de gain moyenne de deux tiers au moins pendant 450 jours, et qu'il présente encore une incapacité de gain de la moitié au moins (éventuellement de deux cinquièmes) (variante IIIa);  
ou bien enfin
- d. lorsque l'assuré a subi pendant 540 jours une incapacité de gain moyenne de la moitié au moins (éventuellement de deux cinquièmes), mais inférieure à deux tiers, et qu'il présente encore une incapacité de gain de la moitié au moins (éventuellement deux cinquièmes) (variante IIIb).

*Articolo 29, capoverso 1, LAI. Il diritto alla rendita d'invalidità nasce :*

- a. dal momento in cui l'assicurato è incapace al guadagno di almeno la metà (eventualmente due quinti) in modo permanente (variante I);  
oppure,
- b. quando l'assicurato è stato incapace al lavoro totalmente e ininterrottamente per 360 giorni e che è ancora incapace al guadagno di almeno la metà (eventualmente due quinti) (variante II);  
oppure,
- c. quando l'assicurato è stato incapace al guadagno in media di almeno due terzi durante 450 giorni e che lo è ancora di almeno la metà (eventualmente due quinti) (variante IIIa);  
e infine,
- d. quando l'assicurato è stato incapace al guadagno in media di almeno la metà (eventualmente due quinti) durante 540, ma meno di due terzi, e che lo è ancora di almeno la metà (eventualmente due quinti) (variante IIIb).

L'assuré, né en 1909, a été victime d'un infarctus le 19 mars 1962 ; il a présenté les périodes d'incapacité de travail suivantes :

- 100 pour cent du 19 mars au 15 juillet 1962,
- 50 pour cent du 16 juillet au 2 septembre 1962,
- 100 pour cent du 23 février au 16 juin 1963,
- 50 pour cent du 17 juin au 19 juillet 1963,
- 100 pour cent du 20 juillet au 23 août 1963,
- 50 pour cent du 24 août au 16 octobre 1963,
- 100 pour cent du 10 décembre 1963 au 10 janvier 1964,
- 50 pour cent du 1<sup>er</sup> mai au 5 juin 1964,
- 100 pour cent dès le 4 septembre 1964 et jusqu'au 25 février 1965 en tout cas.

L'assuré a réalisé un gain brut de 9091 francs en 1962 et de 4703 francs en 1963, alors que le salaire qu'il aurait touché, s'il n'avait pas été malade, se serait élevé à 12 495 francs en 1962 et 12 659 francs en 1963, selon son employeur. Il s'est annoncé à l'AI le 17 juin 1963. Dans un rapport du 30 mai 1963, le D<sup>r</sup> X n'excluait pas une reprise du travail à 50 pour cent dès le 15 juin 1963, alors que le médecin traitant estimait le 16 septembre 1963 que l'état de son patient était encore susceptible d'amélioration ou d'aggravation.

Par prononcé du 18 mars 1964, la commission AI refusa d'accorder une rente à l'assuré pour le motif que ce dernier ne remplissait pas les conditions auxquelles

l'article 29, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI subordonne l'ouverture du droit à la rente. Ce prononcé fit l'objet de la décision du 25 mars 1964 de la caisse de compensation compétente.

L'assuré recourut contre cette décision. Toutefois, après avoir requis des renseignements complémentaires auprès de l'employeur et du médecin traitant, le juge cantonal rejeta le recours.

Sur appel de l'assuré, le TFA ordonna un complément d'instruction qui permit d'établir que les lésions de l'assuré devaient être considérées comme irréversibles à partir de septembre 1964. Au vu de quoi, le TFA a admis partiellement l'appel pour les motifs essentiels suivants :

1. La seule question à trancher dans l'espèce est celle de savoir si l'appelant peut prétendre une rente dès avant le 1<sup>er</sup> septembre 1964, puisque la commission AI lui a reconnu le droit à une rente entière à partir de ce moment-là.

2. ...

3. ...

4. L'article 29, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI règle de façon systématique la naissance du droit à la rente, en reprenant la distinction, faite à l'article 4 LAI, entre « incapacité de gain permanente » et « incapacité de gain de longue durée ». Or, si l'on doit admettre que la première variante règle de façon exhaustive l'ouverture du droit à la rente en cas d'incapacité de gain permanente, la seconde variante n'envisage, comme la jurisprudence l'a déjà relevé, qu'une partie des cas d'incapacité de gain de longue durée qui peuvent se présenter en pratique. Ainsi, par exemple, l'assuré qui subit pendant des années une incapacité de gain moyenne, non permanente, de 50 pour cent seulement, et ne remplit dès lors pas les conditions requises pour que la variante II soit applicable, peut manifestement prétendre une rente au regard de l'article 28, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, en corrélation avec la définition de l'article 4 LAI ; on ne saurait lui dénier ce droit, à l'encontre de la volonté clairement manifestée du législateur, en s'en tenant au texte de l'article 29, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI. Ce texte présente donc une véritable lacune. Il incombe au juge de rechercher quelle aurait été la solution que le législateur aurait adoptée pour régler la question, s'il se l'était posée (cf. art. 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> al., CCS ; cf. également Burckhardt, *Methode und System des Rechts*, 1936, p. 258 et suiv., ainsi que Germann, *Präjudizielle Tragweite höchstinstanzliche Urteile, insbesondere der Urteile des schweizerischen Bundesgerichts*, dans la *Revue de Droit suisse*, 1949, p. 297 et suiv., plus spécialement p. 304-309).

Il paraît donc nécessaire d'accorder aussi une rente, dans le cadre d'une troisième variante, aux assurés qui, sans remplir les conditions posées à l'article 29, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, présentent néanmoins une invalidité de longue durée de la moitié au moins (voire de deux cinquièmes, dans les cas pénibles). Par analogie avec la solution de la variante II, ces assurés ne doivent pouvoir bénéficier d'une rente qu'à l'échéance d'un délai d'attente, dont il y a lieu de préciser ici la durée.

Si le législateur a subordonné à 360 jours consécutifs d'incapacité de travail totale l'ouverture du droit à la rente selon la seconde variante de l'article 29, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, la durée du délai d'attente doit logiquement être supérieure à 360 jours dans le cadre d'une troisième variante reconnaissant le droit à une rente à l'échéance d'une période d'incapacité de gain moyenne de 50, voire 40 pour cent. Vu la définition de l'invalidité donnée à l'article 4 LAI, c'est bien l'incapacité de gain qui doit être prise en considération pendant le délai d'attente. Cela est conforme au système de la loi, malgré les termes « totalement incapable de travailler » utilisés à l'article 29,

1<sup>er</sup> alinéa, LAI. Du reste, à l'incapacité de travail totale correspond, en général, une incapacité de gain, totale elle aussi. Il paraît d'autre part équitable de ne pas soumettre au même délai d'attente, dans l'hypothèse examinée, les assurés qui présentent une invalidité moyenne inférieure à deux tiers et ceux dont l'invalidité moyenne est supérieure. On peut ainsi admettre qu'à un délai d'attente de 360 jours applicable en cas d'incapacité de travail totale correspond approximativement un délai d'attente de 540 jours en cas d'incapacité de gain inférieure à deux tiers, et de 450 jours en cas d'invalidité de deux tiers au moins. Enfin, seule l'existence d'une incapacité de gain de la moitié (voire deux cinquièmes) au moins doit pouvoir justifier l'octroi d'une rente à l'échéance du délai d'attente applicable.

Il n'est pas nécessaire de déterminer, en l'occurrence déjà, dans quelle mesure et à quelles conditions la récupération totale ou partielle de la capacité de gain pendant le délai d'attente serait apte à influencer le droit à la rente dans le cadre de cette nouvelle variante: il ressort en effet des pièces que c'est en se surmenant, et contrairement aux prescriptions médicales, que l'appelant a pu travailler à 100 pour cent durant certaines périodes, sans pour autant présenter une capacité de gain moyenne supérieure à 50 pour cent, de sorte que ce point souffre de demeurer indécis. Il n'est pas indispensable non plus d'examiner ici quelle devrait être la solution à adopter dans l'hypothèse où, à l'échéance du délai d'attente, le rétablissement d'une capacité de gain excluant l'octroi d'une rente serait imminent. De même, peut rester indécis la question de savoir si la variante III (comme la variante II, du reste) pourrait donner droit à une rente, dans l'éventualité où l'incapacité de gain (ou de travail) résulterait d'une succession de causes différentes.

En résumé, le droit à une rente d'invalidité prend en principe naissance

- a. lorsque l'assuré présente une incapacité permanente de gain de la moitié (éventuellement deux cinquièmes) au moins (variante I); ou bien
- b. lorsque l'assuré a été totalement incapable de travailler pendant 360 jours consécutifs et qu'il subit encore une incapacité de gain de la moitié (éventuellement deux cinquièmes) au moins (variante II); ou bien
- c. lorsque l'assuré a subi une incapacité de gain moyenne de deux tiers au moins pendant 450 jours, et qu'il présente encore une incapacité de gain de la moitié (éventuellement deux cinquièmes) au moins (variante IIIa); ou bien enfin
- d. lorsque l'assuré a subi pendant 540 jours une incapacité de gain moyenne de la moitié (voire deux cinquièmes) au moins, mais inférieure à deux tiers, et qu'il présente encore une incapacité de gain de la moitié (éventuellement deux cinquièmes) au moins (variante III b).

5. Il faut admettre dans l'espèce, sur la base des pièces du dossier, que l'assuré a subi pendant une longue période une incapacité de gain pratiquement ininterrompue dont le taux moyen peut équitablement être situé entre la moitié et les deux tiers. Comme il l'a déjà relevé plus haut, c'est en effet en se surmenant qu'il a pu travailler parfois à 100 pour cent. La variante III b est dès lors applicable. Le délai d'attente, de 540 jours, expirait donc dans le cas particulier le 9 septembre 1963. L'assuré peut ainsi prétendre une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> septembre 1963 (art. 29, 1<sup>er</sup> al., in fine, LAI), car on doit admettre qu'il présentait encore, à cette date, une incapacité de gain supérieure à 50 pour cent, mais inférieure à 66  $\frac{2}{3}$  pour cent.

(Même résumé que l'arrêt C. G.)

1. ...

2. Aux termes de l'article 29, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, le droit à la rente naît dès que l'assuré présente une incapacité permanente de gain de la moitié au moins (variante I) ou dès qu'il a été totalement incapable de travailler pendant 360 jours consécutifs et subit encore une incapacité de gain de la moitié au moins (variante II).

Un droit à la rente, fondé sur une invalidité permanente, ne naît pas avant qu'on ait pu constater avec une grande vraisemblance que l'atteinte à la santé est en bonne partie stabilisée, essentiellement irréversible, et que malgré des mesures de réadaptation, elle diminuera la capacité de gain de l'assuré d'une manière durable et dans une proportion suffisante pour ouvrir droit à une rente (ATFA 1964, p. 110 = RCC 1964, p. 395; ATFA 1964, p. 173 = RCC 1964, p. 508). En cas de processus morbide, on ne peut pas, en règle générale, parler d'incapacité de gain présumée permanente au sens de la première variante. Chez les assurés âgés, on peut admettre une incapacité de gain permanente — l'état étant supposé stable — dès que l'atteinte à la santé aura vraisemblablement acquis un caractère essentiellement irréversible jusqu'à la fin de la période normale d'activité, qui arrive à terme au moment où l'assuré atteint l'âge ouvrant droit à la rente de vieillesse de l'AVS, étant donné que, passé cette limite, les prestations de l'AI sont en principe remplacées par celles de l'AVS (RCC 1965, p. 527).

La première variante n'est pas applicable en l'espèce. En effet, le dossier révèle l'existence d'un état pathologique à l'origine de l'incapacité de travail de l'assuré...

De même, en s'en tenant à la seconde variante, on ne peut pas conclure qu'un droit à la rente soit né au moment déterminant, parce que la condition d'une incapacité totale de travail de 360 jours n'était pas encore remplie. Le dossier ne contient aucun indice permettant d'admettre que l'appelant ait été totalement incapable de travailler, si ce n'est pendant son séjour à l'hôpital.

3. Le TFA a déclaré plusieurs fois que l'on peut dégager du texte de la loi une troisième possibilité selon laquelle l'assuré peut prétendre un droit à une rente, en dépit de l'article 29, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, s'il est frappé d'une incapacité de gain moyenne de la moitié au moins (des deux cinquièmes, dans les cas pénibles) pendant une « longue durée » (cf. art. 4 et 28, 1<sup>er</sup> al., LAI; ATFA 1963, p. 302; RCC 1964, p. 505 et 507). En effet, lorsque l'assuré est affecté d'une atteinte à la santé de caractère instable, mais entraînant une incapacité de gain de la moitié au moins en moyenne qui se prolonge sur une longue durée, il doit pouvoir prétendre une rente à un moment donné, sinon le sens des articles 4 et 28, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI ne serait alors pas respecté.

La Cour de céans a précisé, dans l'arrêt C. G. ci-dessus, à quelles conditions un tel assuré a droit à la rente; il a reconnu que ce droit peut naître aussi:

a. lorsque l'assuré a subi une incapacité de gain moyenne, pratiquement ininterrompue, de deux tiers au moins pendant 450 jours, et qu'il présente encore une incapacité de gain de la moitié (éventuellement deux cinquièmes) au moins (variante 3 a); ou bien

b. lorsque l'assuré a subi pendant 540 jours une incapacité de gain moyenne, pratiquement ininterrompue, de la moitié (voire deux cinquièmes) au moins, mais infé-

rieure à deux tiers, et qu'il présente encore une incapacité de gain de la moitié (éventuellement deux cinquièmes) au moins (variante 3 b).

...

L'application de la variante 3 a n'entre pas en ligne de compte en l'espèce, étant donné que l'appelant n'a prétendu ni en instance de recours, ni en instance d'appel avoir été, lorsque fut rendue la décision litigieuse, frappé d'une incapacité de gain d'au moins 66 ⅔ pour cent pendant une longue durée. Au surplus, le dossier ne contient aucun autre indice permettant d'admettre que tel est bien le cas.

Il reste donc à examiner si l'appelant peut prétendre une rente en vertu de la variante 3 b. D'après le dossier, l'appelant n'a cru devoir consulter de nouveau un médecin qu'en janvier 1964 pour l'affection mentionnée dans le rapport médical du 4 février 1964. Dans sa lettre du 5 mars 1964, il motive en outre sa demande de rente en invoquant surtout son état de santé futur. Dans le recours, il n'a exprimé que d'une manière assez vague que depuis plus d'un an, il peut travailler seulement dans une proportion de moins de la moitié à cause de sa fistule. Des estimations médicales précises de cette incapacité de gain n'ont pas été produites. Le rapport médical se borne à déclarer que l'appelant « n'est capable de travailler que partiellement » (certificat médical du 2 mars 1964) et que la capacité de travail est « sensiblement entravée » par la fistule chronique (lettre du 20 mai 1964). En outre, ces attestations semblent valables seulement pour les circonstances existant alors. Seul, le rapport médical du 4 février 1964 fait mention d'une incapacité partielle de gain depuis 1955 (« partiellement incapable de travailler en 1955 »). Cette remarque semble toutefois signifier que l'appelant, lors de ses diverses opérations de la hernie, a vu sa capacité de travail momentanément réduite. Compte tenu de toutes ces circonstances, on ne peut pas admettre que l'assuré, au moment déterminant, ait été incapable de travailler pendant 540 jours consécutifs, soit depuis l'automne 1962, dans une proportion d'au moins 50 pour cent en moyenne, au sens de la variante 3 b. Il est donc superflu d'examiner plus en détail, à la lumière de l'article 28, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI, les circonstances économiques par lesquelles l'appelant tente de motiver une incapacité de gain de la moitié.

4. ...

## **CHRONIQUE MENSUELLE**

La *sous-commission pour la détermination des périodes d'assurance*, dont les membres ont été choisis dans la Commission fédérale de l'AVS/AI, a siégé le 16 février sous la présidence de M. Frauenfelder, directeur de l'Office fédéral des assurances sociales. Elle a examiné diverses solutions ; au cours d'une deuxième séance, elle discutera les propositions faites par quelques-uns de ses membres.

### **Questions actuelles des assurances sociales**

Le Département fédéral de l'intérieur réunit des attributions très variées. Le 17 février 1966, il a présenté ses treize services à la presse du Palais fédéral et a exposé les principaux problèmes actuellement à l'étude. Dans le domaine des assurances sociales, voici le chapitre consacré à l'AVS et à l'AI.

Le 1<sup>er</sup> janvier 1966, la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI est entrée en vigueur. Cependant, comme il s'agit d'une loi de subventionnement, cela ne signifie pas que toutes les personnes âgées, tous les survivants et invalides qui n'atteignent pas les limites de revenu fixées par la loi reçoivent déjà des prestations complémentaires. Ils ne peuvent en bénéficier que lorsque le canton de domicile de l'assuré a édicté les dispositions y relatives et que l'organe cantonal d'exécution a commencé à les verser. Au 1<sup>er</sup> février 1966<sup>1</sup>, c'était le cas de onze cantons (dont l'un verse les prestations sur la base d'une ordonnance transitoire, en attendant que la loi, qui est encore en discussion, soit acceptée par le peuple). Deux cantons ont approuvé, en procédure parlementaire, leur propre loi sur les prestations complémentaires ; cependant, ces dispositions doivent encore être soumises au vote populaire. Dans dix cantons (au nombre desquels n'est pas compté celui qui a édicté une ordonnance transitoire), le projet de loi se trouvait encore, le 1<sup>er</sup> février, en discussion devant le Parlement cantonal, et dans deux autres cantons, devant le gouvernement. Ainsi, tous les cantons ont formé le projet d'introduire des prestations complémentaires.

<sup>1</sup> Sur la situation le 1<sup>er</sup> mars, cf. page 136.

Dans seize cantons, les prestations complémentaires sont versées à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1966, ou bien il est prévu, dans la loi ou dans le projet de loi, de les verser rétroactivement dès cette date. Dans cinq cantons, l'entrée en vigueur ne sera fixée qu'après adoption de la loi; la plupart prévoient d'ailleurs de fixer cette date au 1<sup>er</sup> janvier 1966. Les quatre cantons restants prévoient l'entrée en vigueur soit pour le courant de l'année 1966, soit pour le 1<sup>er</sup> janvier 1967. Quant à la possibilité d'abaisser d'un cinquième les limites de revenu donnant droit aux prestations complémentaires, elle n'a été utilisée que par un canton — et encore, seulement dans le cadre de la solution transitoire mentionnée ci-dessus.

\*

Depuis l'élévation des rentes AVS et AI qu'a entraînée la 6<sup>e</sup> révision de l'AVS, l'index des prix à la consommation est monté d'environ 7 pour cent. C'est pourquoi on a compté, jusqu'à fin 1965, six interventions parlementaires au Conseil national, demandant une rapide *adaptation des rentes AVS et AI au renchérissement* et l'examen de la compensation automatique du renchérissement. L'Office fédéral des assurances sociales a été chargé d'examiner ces problèmes. Aussitôt après, la Commission fédérale de l'AVS/AI pourra se saisir de la question.

Une éventuelle élévation des rentes AVS influencerait automatiquement les rentes AI et soulèverait, en outre, la question d'une adaptation des indemnités journalières dans l'AI et des APG, puisque ces différentes prestations sont liées les unes aux autres. De plus, il faudrait prendre des mesures pour que l'élévation des rentes AVS et AI n'entraîne aucune réduction des prestations complémentaires.

\*

Une commission d'experts instituée par le Département de l'intérieur s'occupe actuellement de la *révision de la LAI*, loi qui est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1960. Son rapport sera probablement terminé vers le milieu de l'année et pourra ainsi être soumis pour préavis aux milieux intéressés au cours de la seconde moitié de 1966.

## La révision de l'AI

La commission fédérale d'experts pour la révision de l'AI a examiné en trois séances, dont la dernière a eu lieu en février 1966, de nombreuses suggestions visant à améliorer l'AI; elle a mis au point, dans l'essentiel, pour les soumettre ensuite au Département fédéral de l'intérieur, les propositions qui lui ont été présentées. Dans ses travaux, elle a été assistée par quatre sous-commissions qui

ont étudié des problèmes particuliers, soit : Mesures médicales et moyens auxiliaires (sous-commission I), formation scolaire spéciale, mesures professionnelles et encouragement de l'aide aux invalides (II), rentes, allocations pour impotents et indemnités journalières (III), enfin organisation, procédure et contentieux (IV).

Les travaux de la commission se sont déroulés dans le cadre prévu et touchent à leur fin. Cependant, cela ne signifie pas que le rapport des experts puisse être publié dans un proche avenir. D'une part, en effet, certains problèmes doivent encore être examinés par des sous-commissions. D'autre part, il faudra élaborer, pour commencer, un projet de rapport, qui devra être traduit en français et soumis à la commission. Celle-ci ne pourra donc tenir sa séance de clôture qu'à la fin de juin au plus tôt. Si elle approuve, sans trop de modifications, le projet de l'Office fédéral, le rapport sera transmis alors au Département fédéral de l'intérieur, avec proposition de le publier et de le soumettre pour préavis aux intéressés.

Un tel rapport occasionne plus de travaux et de démarches que ne pourrait le prévoir un non-initié. De plus, un document de ce genre, avec les conclusions qui en résultent, ne doit pas être publié avant que l'autorité commettante — le Département fédéral de l'intérieur — n'en ait pris connaissance et ne se soit prononcée sur le cours ultérieur des travaux. Lorsque les milieux intéressés auront donné leur avis et que la Commission fédérale de l'AVS/AI se sera prononcée, et alors seulement, le Conseil fédéral sera en mesure d'ordonner l'élaboration d'un projet de loi.

## **La loi fédérale sur les prestations complémentaires**

### **Les institutions d'utilité publique**

Avant l'introduction de l'AVS, déjà, la Confédération a eu recours à la collaboration des fondations Pro Senectute et Pro Juventute, dans le cadre de l'aide complémentaire à la vieillesse et aux survivants, en mettant à leur disposition des fonds destinés à soulager les nécessiteux dans certains cas pénibles. Leur action fut si efficace qu'il fut décidé, après l'introduction de l'AVS, de maintenir les subventions dans l'arrêté fédéral du 8 octobre 1948. Dans le message accompagnant cet arrêté, le Conseil fédéral définissait ainsi le rôle des fondations : « Grâce à leur organisation décentralisée et aux personnes de confiance qui s'en occupent dans toutes les régions de la Suisse, les fondations peuvent intervenir d'une manière efficace dans de nombreuses situations particulièrement pénibles et dont les autorités n'ont pas connaissance. »

Cette définition du rôle des fondations est encore valable dans le cadre de la nouvelle loi sur les prestations complémentaires; certes, ce rôle a pris un aspect quelque peu différent, mais le principe reste l'aide aux personnes dans le besoin. Le caractère juridique des prestations servies par les institutions d'utilité publique n'a pas changé non plus. Ces prestations, financées par des subventions de la Confédération, n'auront, à l'avenir également et contrairement aux prestations complémentaires servies par les cantons, pas le caractère d'un droit pouvant faire l'objet d'un recours de la part de l'intéressé.

D'autre part, l'introduction de la nouvelle réglementation a permis d'augmenter sensiblement les subventions accordées à Pro Senectute et Pro Juventute. Elle a, de plus, permis d'englober l'association Pro Infirmis parmi les institutions bénéficiant d'une aide de la Confédération. On a choisi Pro Infirmis parce que cette association dispose d'une organisation fortement ramifiée et qu'elle déploie une activité très étendue à l'échelon national, mais surtout afin d'éviter des difficultés de coordination et le versement de prestations à double.

Les champs d'activité des institutions ont été répartis selon le genre de la prestation principale. Pro Senectute s'est vu attribuer les personnes nécessiteuses ayant droit à une rente de vieillesse, l'association Pro Infirmis les invalides nécessiteux bénéficiaires d'une prestation de l'AI, et la fondation Pro Juventute les veuves et les orphelins ayant droit à une rente de survivants. En fixant cette délimitation claire et nette, l'intention du législateur était non pas de créer des séparations étanches, mais simplement d'éviter en premier lieu le risque de l'octroi de prestations à double. D'ailleurs, les institutions se sont déjà entendues pour régler les cas où deux d'entre elles devraient, d'après cette répartition, intervenir simultanément dans une même famille, afin que soit sauvegardé le principe de l'unité de la famille. L'association Pro Infirmis s'est aussi engagée à offrir ses services à la fondation Pro Senectute pour l'octroi de moyens auxiliaires aux invalides âgés.

Le rôle des institutions, avons-nous dit plus haut, n'a pas changé quant au fond. En fait, si le but est toujours d'aider les personnes dans le besoin, l'action se déroule cependant sur un autre plan depuis l'introduction des prestations complémentaires dans les cantons. Il s'agit essentiellement, pour les institutions, non plus de verser des rentes en complément d'une aide cantonale souvent très modeste ou même inexistante en vue d'assurer un minimum vital, mais surtout d'intervenir dans des cas particulièrement pénibles. Les prestations complémentaires cantonales garantissent un minimum vital général; elles ne peuvent toutefois tenir compte de toutes les particularités dans des cas spéciaux, telles que frais très élevés de maladie ou perte subite de revenu. N'étant pas soumises à des limites de revenu, les institutions d'utilité publique pourront mieux adapter leurs prestations aux besoins individuels.

Sur un autre point encore, les prestations versées par les institutions d'utilité publique se distinguent des prestations complémentaires des cantons: il s'agit du cercle des bénéficiaires. Tandis que les prestations complémentaires cantonales ne peuvent être servies aux étrangers et aux apatrides que si ces derniers ont habité en Suisse d'une manière ininterrompue pendant les quinze années

précédant immédiatement la date à partir de laquelle ils les demandent, les institutions d'utilité publique, elles, pourront verser leurs prestations aux étrangers et apatrides après dix ans de résidence en Suisse seulement. Cela est particulièrement important pour les orphelins de nationalité étrangère qui n'ont droit à une prestation complémentaire cantonale qu'après quinze ans de domicile en Suisse, alors qu'ils peuvent immédiatement bénéficier de prestations servies par la fondation Pro Juventute ou l'association Pro Infirmis s'ils sont nés en Suisse et si le père ou la mère décédé a habité en Suisse pendant dix ans au moins. Enfin, il n'est pas nécessaire que les étrangers et les apatrides soient rentiers de l'AVS ou de l'AI, la seule condition étant qu'un événement assuré au sens de l'une ou l'autre de ces deux lois se soit réalisé.

Tandis que sous l'ancien régime, les fondations ne pouvaient verser que des prestations en espèces, uniques ou périodiques, la nouvelle loi permet d'accorder aussi des prestations en nature et en services. Les prestations en espèces sont, d'une part, versées sous forme de rentes lorsqu'elles permettent au bénéficiaire de ne plus dépendre de l'assistance publique. Elles peuvent aussi être servies sous forme de versement unique, afin de couvrir des besoins personnels d'ordre général, par exemple des frais de maladie, de médecin, de dentiste, des dettes dont le bénéficiaire n'est pas responsable, etc... Cependant, ainsi que nous l'avons dit plus haut, grâce aux prestations complémentaires cantonales, on peut prévoir que les prestations périodiques en espèces diminueront au cours de ces prochaines années et seront de plus en plus remplacées par des prestations uniques.

Quant aux prestations en nature et en services, elles sont prévues et ordonnées par les institutions d'utilité publique en premier lieu pour développer et améliorer les capacités physiques, intellectuelles ou psychiques des bénéficiaires. Comme leur nom l'indique, les prestations en nature portent sur des objets, par exemple des moyens auxiliaires, du matériel scolaire, des appareils de protection; les services peuvent consister en aide au ménage ou en soins. Le tiers qui a livré ces objets ou fourni la prestation en services est payé par l'institution qui l'en a chargé. Il est bien entendu que les fonds de la Confédération ne peuvent être mis à contribution que s'il s'agit de prestations en nature ou en services accordées en conformité avec la loi. Le versement d'une contribution globale au tiers qui a fourni ces prestations est exclu.

Le cercle des bénéficiaires de prestations en nature ou en services a intentionnellement été défini de façon large dans la loi. Tandis que les prestations en espèces (excepté celles qui sont accordées aux étrangers et aux apatrides) ne peuvent être servies qu'à des bénéficiaires de rentes AVS ou AI, pratiquement tous les vieillards, survivants et invalides nécessiteux peuvent toucher une prestation en services ou en nature. Même les personnes à la charge de l'assistance publique ne sont pas exclues du bénéfice des prestations en nature et en services, contrairement à ce qui est le cas pour les prestations en espèces.

Il est encore trop tôt pour tirer des conclusions définitives sur le rôle des institutions dans le nouveau régime. On peut toutefois affirmer dès aujourd'hui

que la structure des prestations complémentaires cantonales exigeait une nouvelle conception de l'aide accordée par les institutions d'utilité publique. Cette aide, dans sa nouvelle forme, sera aussi nécessaire, voire plus nécessaire encore qu'avant l'introduction du régime des prestations complémentaires dans les cantons.

## **Le cumul de l'indemnité journalière et de la rente de veuve**

Récemment, une caisse de compensation a soumis à l'OFAS le cas d'une assurée bénéficiant d'une rente de veuve et à qui une indemnité journalière devait être allouée. Il s'agissait de savoir si la rente de veuve devait être supprimée pendant la durée du versement de cette indemnité, en appliquant par analogie l'article 43 LAI; selon cette disposition, en effet, les veuves et les orphelins qui ont droit simultanément à une rente de survivants de l'AVS et à une rente d'invalidité reçoivent seulement la rente d'invalidité.

Dans sa réponse, l'OFAS a estimé qu'une telle suppression n'était pas admissible. En effet, ni la LAVS, ni la LAI ne prescrivent expressément que le droit à la rente de veuve s'éteint lorsque naît le droit à l'indemnité journalière. En outre, il ne s'agit pas là d'une lacune de la loi qu'il conviendrait de combler. En effet, le message du Conseil fédéral relatif au projet de loi sur l'AI (FF 1958, II, 1216), tout en prohibant le cumul de deux indemnités journalières (de l'assurance militaire et de l'AI par exemple), mais non, en règle générale, celui de la rente d'invalidité et de l'indemnité journalière, passe sous silence le cumul des indemnités journalières et des rentes de survivants. Enfin, la pratique administrative et la jurisprudence ont admis que, sauf cas exceptionnels, il n'était pas possible de cumuler la rente d'invalidité et l'indemnité journalière, parce que la réadaptation passe avant la rente et que, par conséquent, en règle générale, aucune rente d'invalidité n'est allouée pendant l'octroi de mesures de réadaptation. Or, un tel motif de suppression n'existe pas lorsqu'il s'agit de la rente de veuve. Dans ce cas, il n'y a pas concours entre deux prestations qui, par définition, s'excluent; la rente de veuve en effet est allouée pour couvrir un risque totalement indépendant de l'invalidité.

Il résulte de ceci que le texte de la loi, comme la *ratio legis*, empêchent la suppression de la rente de veuve tant que l'indemnité journalière est allouée. En conséquence, le cas pratique suivant pourrait se produire: Une rente de veuve supprimée en application de l'article 43 LAI, lors de la naissance d'une rente d'invalidité, pourrait à nouveau être versée si la rente d'invalidité est elle-même remplacée par l'indemnité journalière.

## Les assurances-pensions au Grand-Duché de Luxembourg

La convention conclue avec le Luxembourg en matière d'assurances sociales est un des accords de sécurité sociale qui doivent être révisés prochainement. Un bref aperçu de la législation d'assurance-pensions actuellement en vigueur au Luxembourg, pour la rédaction duquel M. M. Nosbusch, conseiller de Gouvernement dans l'administration luxembourgeoise, a bien voulu nous prêter son aimable concours, nous paraît devoir intéresser nos lecteurs, d'autant plus que les régimes afférents ont fait l'objet d'une coordination et harmonisation au cours des années 1963 et 1964. Voici la situation en septembre 1965.

### 1. *Aperçu historique*

De création relativement ancienne, l'assurance-pensions luxembourgeoise a été influencée à ses origines par les critères qui définissaient, à l'époque, le champ d'application des lois sur l'assurance sociale. Elle ne protégeait, à ses débuts, que les ouvriers, aides-compagnons, apprentis ou domestiques, sans limitation de revenus, et les employés d'exploitation, de bureau ou autres, les contre-maîtres et agents techniques, les commis ou apprentis de commerce jusqu'à concurrence d'un revenu déterminé. Elle a été étendue ultérieurement à l'ensemble des travailleurs salariés, mais ce n'est qu'après la deuxième guerre mondiale que l'assurance-vieillesse, survie et invalidité a été rendue progressivement obligatoire pour la totalité de la population active.

Le premier régime luxembourgeois d'assurance-pensions a été institué par la loi du 6 mai 1911 sur l'assurance obligatoire contre l'invalidité et la vieillesse. Cette législation a été révisée et ajustée à diverses reprises après avoir été incorporée en 1925 au Code des assurances sociales. Enfin, les mineurs et les ouvriers de la sidérurgie ont été mis au bénéfice de régimes supplémentaires contributifs, par l'arrêté grand-ducal du 2 février 1948.

Le second régime luxembourgeois d'assurance-pensions a été instauré en faveur des *employés privés* par la loi du 29 août 1951 rendant obligatoire l'assurance-vieillesse, survie et invalidité pour l'ensemble des employés privés par abolition du plafond d'affiliation prévu à l'origine.

Ainsi, le régime général luxembourgeois d'assurance-pensions applicable aux travailleurs dépendants, à l'exclusion de tout critère professionnel, se subdivise en deux systèmes parallèles, l'un concernant les ouvriers, y compris les ouvriers agricoles, l'autre les employés privés. A noter que les fonctionnaires, les employés communaux et les autres agents d'institutions de droit public et

des chemins de fer sont affiliés à des régimes de pensions non contributifs; ils sont donc libérés de toute obligation de cotiser.

Enfin, des régimes professionnels d'assurance-pensions ont été institués en faveur des *travailleurs indépendants*, analogues au régime général. Ce sont :

- l'assurance-vieillesse, survie et invalidité des *artisans*, instaurée par la loi du 21 mai 1951;
- l'assurance-vieillesse, survie et invalidité des *exploitants agricoles*, créée par la loi du 3 septembre 1956;
- l'assurance-vieillesse, survie et invalidité des *travailleurs autonomes du commerce et de l'industrie*, décrétée obligatoire par la loi du 21 janvier 1960.

Les personnes exerçant une profession libérale viennent d'être affiliées, avec les modalités particulières à leur condition d'indépendants, à l'assurance-pensions des employés privés par la loi du 23 mai 1964.

La création, par une loi du 30 juillet 1960, du *Fonds national de solidarité* est destinée à suppléer aux lacunes et insuffisances éventuelles du réseau des pensions de sécurité sociale, par le versement d'allocations comparables à nos rentes extraordinaires AVS et AI, lorsque certaines conditions de résidence, de vie, de travail et de besoins sont réalisées.

Ces dernières années, une tendance à l'unification s'est manifestée dans le domaine des assurances sociales. Ce mouvement a abouti à la promulgation de la loi de coordination des différents régimes de pensions, du 16 décembre 1963, qui règle les questions découlant de la pluralité des régimes de pensions, notamment la liquidation des prestations en cas d'affiliation à plusieurs régimes de pensions contributifs ou non, et de la loi du 13 mai 1964 dite unique parce qu'appliquant les mêmes règles à tous les régimes contributifs; cette dernière loi a pour objet l'amélioration et l'harmonisation des pensions servies par ces régimes.

## 2. Organisation

La gestion de l'assurance-pensions est confiée à des organismes ayant le caractère d'établissements publics administrés selon les principes de la mutualité. Chaque régime d'assurance-pensions a son institution particulière d'assurance. Le régime général est géré par :

- *l'Etablissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité des ouvriers*, qui administre également la caisse de compensation pour allocations familiales ouvrières;
- *la Caisse de pensions des employés privés*, qui est aussi chargée de l'assurance-pensions des professions libérales et du service des allocations familiales en faveur des employés.

Les régimes d'assurance-pensions de travailleurs indépendants sont administrés par la Caisse de pensions des artisans, la Caisse de pensions agricole et la Caisse de pensions des commerçants et industriels, la première et la dernière étant groupées dans un appareil commun.

Les différentes caisses de pensions sont placées sous la tutelle du gouvernement.

### 3. *Financement*

La loi dite unique de 1964 a uniformisé le système financier des différents régimes qui appliquent tous, à l'heure actuelle, la couverture des capitaux constitutifs des pensions échues et des droits des survivants en cours de formation. Les ressources des différents régimes comprennent la cotisation de l'assuré, la cotisation de l'employeur dans les régimes des salariés et la participation de l'Etat et des communes.

Les régimes des ouvriers et des employés privés prélèvent une cotisation fixée à *12 pour cent du salaire effectif*. Le salaire soumis à cotisation comprend tous les éléments de la rémunération. La cotisation due à l'assurance-pensions est partagée par moitié entre le travailleur salarié et son employeur; elle est précomptée lors de chaque échéance de paie. Le 10 pour cent des salaires est destiné à financer la part variable des pensions, tandis que le 2 pour cent est destiné à l'ajustement des pensions au niveau des salaires. Il n'est pas prévu de plafond pour l'assiette des cotisations ouvrières. En revanche, la limite cotisable des rémunérations des employés est fixée à 253 200 francs environ.<sup>1</sup>

Les trois régimes des travailleurs autonomes prélèvent des *cotisations fixes*, échelonnées en 4 ou 5 classes selon les revenus soumis à l'impôt.

Les cotisations de l'assurance-pensions dues aux cinq régimes de pensions sont encaissées conjointement avec celles de l'assurance-maladie.

L'Etat et les communes prennent en charge la totalité de la part fixe des pensions (Etat quatre cinquièmes, communes un cinquième). L'Etat assume en outre la garantie du capital de couverture prescrit, garantie qui joue d'ores et déjà pour le régime ouvrier. Par ailleurs, l'Etat rembourse aux organismes assureurs 50 pour cent des frais d'administration.

### 4. *Assurance-invalidité*

La définition de l'invalidité varie dans les divers régimes luxembourgeois.

- Est considéré comme invalide l'ouvrier qui, par suite de maladie ou d'infirmité, ne peut gagner plus du tiers du gain normal d'un travailleur de même catégorie et auquel on ne peut plus procurer un emploi approprié à ses forces, à ses aptitudes et à sa formation (taux minimum d'incapacité: 66,7 pour cent).
- Est considéré comme invalide l'employé qui, par suite de maladie ou d'infirmité, est incapable d'exercer la profession à laquelle il s'est voué en dernier lieu, ou une autre occupation répondant à ses capacités et à sa formation.
- Cette dernière définition est également applicable aux travailleurs indépendants, mais ils doivent encore cesser toute activité lucrative.

<sup>1</sup> Les sommes sont exprimées ici en francs luxembourgeois.

100 fr. lux. = 8,66 fr. s.

Pour avoir droit aux prestations d'invalidité, les assurés doivent, en principe, avoir accompli un stage de cinq années d'assurance. Dans le régime des ouvriers, ce stage est compté par journées de travail, à raison de 270 jours par année, de sorte que le droit aux prestations peut être acquis déjà après 1350 jours d'assurance. Dans tous les autres régimes, le stage prescrit est compté en mois.

Les pensions de l'assurance-invalidité luxembourgeoise sont allouées définitivement et immédiatement en cas d'incapacité permanente. Elles sont versées provisoirement dès la 27<sup>e</sup> semaine de maladie (fin de l'indemnité de maladie), lorsque l'incapacité garde un caractère temporaire. A l'âge de 65 ans, la pension d'invalidité est transformée en pension de vieillesse au moins équivalente. La pension d'invalidité est supprimée lorsque l'assuré récupère sa capacité de gain. Dans le régime des ouvriers, cette suppression est effectuée si la capacité de gain devient supérieure au tiers.

L'assurance-invalidité luxembourgeoise est en premier lieu une assurance-pensions; elle peut cependant également faire intervenir un traitement curatif pour rétablir la capacité de travail d'un pensionné ou conjurer une incapacité imminente.

#### 5. Assurance-vieillesse

Pour avoir droit aux pensions de vieillesse, les assurés doivent avoir accompli, en règle générale, 2700 journées d'assurance dans le régime ouvrier et 60 mois dans les autres régimes.

L'âge normal de la retraite est fixé à 65 ans pour les hommes comme pour les femmes. Néanmoins, la pension de vieillesse peut être allouée par anticipation, à condition que l'assuré cesse toute activité, qu'il ait accompli une période suffisante d'assurance (ouvriers, 10 800 jours; employés, 180 mois) et qu'il ait atteint un âge prescrit (62 ans dans le régime des ouvriers; 60 ans pour les hommes et 55 ans pour les femmes dans le régime des employés). Des pensions de retraite anticipées sont allouées en outre par les régimes supplémentaires des ouvriers des mines et de la métallurgie.

#### 6. Prestations aux survivants

Pour l'attribution des pensions à ses survivants, l'assuré décédé doit avoir accompli avant son décès, dans le régime des ouvriers 1350 journées d'assurance, dans le régime des employés privés 40 mois d'affiliation seulement et dans tous les autres régimes 60 mois d'assurance.

La pension de veuve est allouée à l'épouse qui a été mariée avec le défunt pendant au moins un an avant le décès. Cette condition est levée lorsqu'un enfant est né de cette union ou lorsque la mort a été causée par un accident. Lorsque le mari survivant est lui-même invalide, mais sans avoir droit à une pension d'invalidité, une pension de veuf peut lui être allouée, si la femme subvenait à l'entretien du ménage. Par ailleurs, certaines personnes sont assimilées à la veuve (mère, sœur, fille, etc...), lorsqu'elles tenaient le ménage de

l'assuré décédé. La rente de veuve est supprimée en cas de remariage. Dans ce cas, si le mariage a lieu avant 50 ans, la veuve reçoit une indemnité dotale correspondant à 60 mensualités de la pension qui lui a été allouée.

Les orphelins de père ont droit à une pension d'orphelins. En revanche, les orphelins de mère ne peuvent prétendre cette prestation que dans la mesure où la mère subvenait à leur entretien.

Enfin, les survivants reçoivent, en plus de l'allocation de décès versée par l'assurance-maladie, une indemnité funéraire lorsque le décès de l'assuré n'ouvre pas droit à pension. Dans le régime des ouvriers, cette indemnité correspond à un quinzième de la rémunération annuelle effective, mais s'élève au moins à 1200 francs. Dans le régime des employés, cette indemnité est égale aux cotisations portées au compte de l'assuré. Le même régime prévoit des indemnités spéciales en faveur de certains proches parents lorsqu'il n'y a pas de survivants appelés à pension, mais que le stage prescrit est accompli.

### *7. Maintien des droits en formation*

Le seul accomplissement du stage ne suffit pas pour l'acquisition des prestations. Une condition essentielle prévue par l'assurance-pensions luxembourgeoise pour l'ouverture du droit aux prestations est la conservation des droits en cours de formation ou, si l'on veut, la continuité de l'assurance.

Tous les régimes appliquent le système de la couverture moyenne des deux tiers. Conformément à ce système, les droits en formation du chef de l'affiliation ne sont maintenus que si, au moment de la réalisation de l'éventualité assurée, la période écoulée depuis l'entrée dans l'assurance est couverte pour les deux tiers. Le régime ouvrier admet en outre la conservation des droits en formation tant qu'au cours de deux années consécutives, l'assuré a réalisé 160 journées d'assurance au moins. Pour l'appréciation du maintien des droits en formation, chaque régime prend en considération non seulement ses périodes propres, mais encore celles accomplies sous d'autres régimes.

La réglementation relative au maintien des droits en formation est complétée par l'institution de la continuation volontaire de l'assurance, en cas de sortie de toute assurance obligatoire, et par le recouvrement des droits éteints, dès l'accomplissement d'une nouvelle période d'assurance de 1080 jours.

### *8. Structure et taux des pensions*

Les pensions de vieillesse ou d'invalidité sont composées d'une part fixe, à la charge de l'Etat et des communes, et d'une majoration (part variable) déterminée sur la base des salaires déclarés et réajustés au niveau des rémunérations actuelles ou, pour les indépendants, des cotisations payées, adaptées au coût de la vie.

La part fixe de 15 000 francs au nombre-indexe 100, soit 21 750 francs à l'heure actuelle, est entièrement à la charge de l'Etat et des communes; elle est acquise, dès que le stage est accompli, indépendamment de la durée effective d'assurance réalisée par le bénéficiaire.

Pour les salariés, la part variable des pensions de vieillesse et d'invalidité s'élève à 1,6 pour cent du total des salaires déclarés. Toutes les pensions sont calculées au nombre-indice 100 correspondant au niveau du coût de la vie au 1<sup>er</sup> janvier 1948. A cet effet, les salaires antérieurs au 1<sup>er</sup> janvier 1940 sont multipliés par des coefficients fixés par la loi (par exemple, dans le régime des ouvriers, coefficient 20 pour les salaires perçus de 1912 à 1917). Les salaires postérieurs au 1<sup>er</sup> janvier 1948 sont réduits à l'indice 100, sur la base de la moyenne des nombres-indices de chaque exercice.

Pour les travailleurs indépendants, les pensions de vieillesse s'élèvent à 16 pour cent des cotisations, chaque cotisation étant portée en compte pour sa valeur au nombre-indice 100.

Toutes les pensions ainsi calculées au nombre-indice 100 sont, à chaque échéance mensuelle, adaptées à la moyenne des nombres-indices des six derniers mois en procédant par échelons de 2,5 pour cent par rapport au nombre-indice 100.

Les *pensions de vieillesse ou d'invalidité* ne peuvent pas être inférieures à 24 000 francs par an, indice 100, soit 34 800 francs à l'heure actuelle, si le titulaire compte 3000 journées d'assurance; à 32 000 francs par an, indice 100, soit 46 400 francs à l'heure actuelle, si le bénéficiaire a été assuré en moyenne 240 jours par année et s'il était entré dans l'assurance avant l'âge de 25 ans. Actuellement, les pensions ne sont plus « plafonnées »; néanmoins, les salaires des employés pris en considération pour le calcul de la pension sont limités à 253 200 francs au maximum par an; les montants du salaire dépassant ce plafond ne sont pas portés en compte pour le calcul de la pension des employés, ni d'ailleurs de la cotisation.

Les pensionnés ont droit pour chaque enfant à charge, aussi longtemps que ceux-ci ouvrent droit aux allocations familiales, à une majoration annuelle de 3200 francs, indice 100, soit 4640 francs à l'heure actuelle. Cette majoration se cumule avec les allocations familiales.

Les *pensions de survivants* sont calculées sur la base de la pension de vieillesse auquel l'assuré décédé avait droit ou aurait eu droit. La pension de veuve s'élève aux deux tiers de la part fixe et à 60 pour cent de la part variable, à laquelle s'ajoute un supplément annuel de 2200 francs, indice 100, soit 3190 francs à l'heure actuelle, par enfant à charge. La pension d'orphelin de père (éventuellement de mère) se compose du tiers de la part fixe, de 20 pour cent de la part variable et d'un supplément de 1100 francs, indice 100, soit 1595 francs à l'heure actuelle, par an et par enfant. La pension d'orphelin se cumule avec les allocations familiales. Les orphelins de père et mère ont droit au montant double des pensions d'orphelins simples.

Au total, les pensions allouées aux survivants ne peuvent pas dépasser 100 pour cent de la pension dont bénéficiait l'assuré décédé ou qu'il aurait pu prétendre au jour du décès.

Ainsi qu'il a été exposé, toutes les pensions luxembourgeoises sont ajustées automatiquement chaque fois que le nombre-indice varie de 2,5 points au cours

d'une période semestrielle par rapport au nombre-indice de base 100. En plus, la loi dite unique prévoit l'ajustement des pensions des salariés au niveau intrinsèque des salaires qui, suivant un phénomène général dans les pays industrialisés, est en augmentation constante.

Pour mettre le niveau de vie des pensionnés en concordance avec le niveau des actifs, la loi susmentionnée prescrit l'ajustement des pensions des salariés au-delà de leur adaptation au coût de la vie par application de coefficients spéciaux aux salaires de référence.

Pour prévenir des cas de rigueur, la loi dite unique a prévu des prestations spéciales dues par les organismes de l'assurance toutes les fois que les conditions de stage ou de conservation des droits en formation ne seraient pas remplies. Lorsqu'une personne a accompli 1080 journées d'assurance sous le régime ouvrier ou des périodes équivalentes sous les autres régimes, il lui est dû une allocation trimestrielle égale au montant des parts de pensions dites majorations, au moment où elle aurait pu obtenir, abstraction faite des conditions ci-dessus, une pension de vieillesse.

Dans les mêmes conditions, des allocations trimestrielles sont versées aux survivants. Les rémunérations et cotisations de référence sont adaptées au nombre-indice du coût de la vie, mais non ajustées au niveau des salaires.

Dans les autres cas, il y a lieu de rembourser les cotisations.

### 9. Soins de santé

Tous les bénéficiaires de pensions de retraite, d'invalidité ou de survivants sont affiliés de droit à l'assurance-maladie. Les cotisations afférentes sont pour les deux tiers à charge des intéressés et pour un tiers à charge des organismes d'assurance. Pour atténuer le déficit des caisses de maladie découlant de l'assurance des bénéficiaires de pensions, la loi impose d'une part un complément de cotisation au régime de pensions ouvrier en plus du tiers normal et prévoit, d'autre part, l'intervention financière de l'Etat par la voie du Fonds de solidarité.

### 10. Coordination des régimes de pensions

La pluralité des régimes de pensions exige leur coordination, à laquelle fait droit la loi du 16 décembre 1963. Cette loi couvre tous les régimes tant contributifs que non contributifs. Elle correspond à deux ordres d'idées, l'affiliation d'une personne à plusieurs régimes et le cumul d'affiliation et de pension. Elle applique à l'affiliation successive à deux ou plusieurs régimes de pensions contributifs la règle de la totalisation, pour la computation du stage et la conservation des droits en formation, et la règle de la proratisation pour le calcul des pensions. Cette proratisation est d'ailleurs automatique en ce qui concerne la part des pensions la plus importante dans les carrières normales, les majorations qui en vertu des règles propres des régimes sont strictement proportionnelles aux rémunérations ou cotisations de référence.

En cas de cumul de pensions, contributives ou non, les majorations de pensions qui sont considérées comme des rémunérations de carrière sont dues inté-

grealement, tandis que les parts dites fixes ou fondamentales, considérées comme prestations de solidarité, ne sont dues qu'une fois, mais au taux le plus élevé.

### 11. *Situation des étrangers*

En ce qui concerne les étrangers résidant sur le territoire luxembourgeois, une seule discrimination subsiste. Le stage prescrit pour les pensions d'invalidité et de décès du régime ouvrier est fixé à 2700 journées d'assurance comme pour les pensions de vieillesse.

Les limitations du transfert des pensions à l'étranger subsistent dans le régime des ouvriers et dans le régime des employés privés, ces limitations n'étant d'ailleurs pas attachées à la nationalité des intéressés mais à leur résidence à l'étranger. Dans le régime ouvrier, les parts de l'Etat et des communes sont suspendues tant que l'intéressé n'a pas sa résidence habituelle dans le Grand-Duché. Il en est de même dans le régime des employés privés, mais en outre les parts de pension à charge de la Caisse sont suspendues tant que l'intéressé a sa résidence habituelle à l'étranger sans l'assentiment de la Caisse.

On sait que l'objectif principal des accords internationaux en matière de pensions consiste à éliminer l'effet de telles mesures.

### 12. *Fonds national de solidarité*

Peuvent prétendre les prestations du Fonds national de solidarité les ressortissants luxembourgeois, résidant sur le territoire national, âgés de 65 ans (hommes) ou 60 ans (femmes), lorsqu'ils justifient d'une vie de travail régulière à partir de l'âge de 18 ans et qu'ils ne disposent pas d'un revenu supérieur aux limites prescrites (26 400 fr. par an, nombre-indice 135). Les ressources personnelles annuelles des bénéficiaires sont déterminées conformément à des dispositions particulières autorisant certaines défalcons en faveur des personnes qui comptent 10 ou 20 ans d'assurance luxembourgeoise. Il est également tenu compte, dans l'évaluation du revenu annuel, des obligations alimentaires.

Les étrangers qui résident au Luxembourg et y ont travaillé pendant une période ininterrompue de 25 ans, soit 6750 jours ou 300 mois, peuvent également prétendre les prestations de ce fonds, lorsqu'ils ont été affiliés durant la même période à un régime d'assurance sociale luxembourgeoise.

L'intervention du Fonds de solidarité a pour objet de garantir aux intéressés le minimum de revenus ci-dessus visé. En conséquence, l'allocation maximum de ce fonds s'élève à 26 400 francs par an (indice 135); elle est augmentée de 13 200 francs par an pour l'épouse à charge du titulaire, âgée de plus de 45 ans, et de 5280 francs par an pour chaque enfant à charge ouvrant droit aux allocations familiales (indice 135). Enfin, le titulaire invalide qui doit avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour les actes ordinaires de la vie perçoit une majoration d'impotence de 13 200 francs par an (indice 135). Les titulaires des allocations de ce fonds sont assurés contre la maladie (soins de santé) aux mêmes conditions que les autres bénéficiaires de pensions. Les différents montants varient avec le nombre-indice du coût de la vie.

## **Assurance-invalidité: Cas traités en 1965**

En 1965, les 27 commissions AI ont reçu 53 414 demandes, soit 4410 de plus qu'en 1964. L'augmentation constatée dès 1962 s'est donc maintenue. Ce nombre est encore plus élevé si l'on considère qu'une seule demande peut donner lieu à plusieurs prononcés. Ainsi, au cours de l'année écoulée, les commissions AI ont rendu 49 140 premiers prononcés à l'intention des caisses, plus 40 904 prononcés supplémentaires. A cela s'ajoutent encore 13 106 autres prononcés. Le total, 103 150 prononcés, est supérieur de 7297 à celui de 1964. Ainsi, le volume des affaires a continué à croître.

Les 11 offices régionaux avaient à liquider, en 1965, des mandats consistant à déterminer la capacité de réadaptation des assurés, à exécuter des mesures de réadaptation et à en surveiller l'application. 6717 mandats étaient repris de l'année précédente, 14 800 s'y ajoutèrent en 1965. Sur un total de 21 517 mandats, 14 711 furent liquidés et 6806 reportés sur 1966. Les mandats à exécuter ont augmenté de 2932, les mandats liquidés de 2843; le nombre des cas en suspens est resté à peu près le même.

### **Les rapports annuels des caisses de compensation**

Les rapports annuels que les caisses de compensation doivent présenter à l'Office fédéral des assurances sociales, selon l'article 178 RAVS, donnent un aperçu intéressant de leur activité et constituent la base sur laquelle sera rédigé le rapport de l'office lui-même. Celui-ci reçoit avec reconnaissance les rapports qui lui parviennent dans les délais, soit jusqu'à fin avril. Trois caisses ont donné l'exemple en envoyant leur rapport déjà en février.

## **Problèmes d'application de l'AVS et de l'AI**

### **La notification de décisions au salarié**

Dans un arrêt récent (RCC 1966, p. 139), le TFA a confirmé que, contre les décisions en paiement de cotisations paritaires, le droit de recours appartient également au salarié. Ce dernier ne voit toutefois s'ouvrir le délai de recours qu'au moment où la décision lui est personnellement notifiée. Le Tribunal a dès lors déclaré que les décisions concernant les cotisations paritaires doivent en principe être notifiées non seulement à l'employeur, mais également au salarié. Il a toutefois précisé que la caisse de compensation pouvait renoncer à cette notification si celle-ci comporte de trop grandes complications, en raison, notamment, du nombre élevé des salariés.

Les caisses de compensation peuvent donc s'en tenir, sur ce point, à la pratique qu'elles ont suivie jusqu'ici. Cependant le salarié doit en tout cas recevoir une décision s'il en fait explicitement la demande.

### **Remboursement des frais de voyage des écoles spéciales pour le transport des élèves<sup>1</sup>**

Selon le numéro 1 de la circulaire du 1<sup>er</sup> septembre 1961 sur le remboursement des frais de voyage dans l'AI, les frais de voyage en Suisse, nécessaires à l'exécution des mesures de réadaptation, sont remboursés à l'assuré (art. 51, 1<sup>er</sup> al., LAI).

En principe, il faut utiliser pour ces voyages-là les moyens de transport publics. L'utilisation de véhicules à moteur privés ou de taxis ne doit être autorisée que si le trajet à parcourir n'est desservi par aucun moyen de transport public ou si le déplacement par un tel moyen ne peut être imposé à l'assuré, en particulier pour des raisons personnelles ou à cause des difficultés d'un tel transport (numéro 8 de la circulaire).

Ces conditions sont également applicables aux transports automobiles en commun que les écoles spéciales organisent pour leurs élèves. Si elles ne sont pas remplies et que l'école spéciale effectue tout de même de tels transports en commun, l'AI ne rembourse par assuré que les frais d'un billet ou abonnement de 2<sup>e</sup> classe pour le même parcours (numéro 18 de la circulaire).

---

<sup>1</sup> Extrait du Bulletin de l'AI n° 69.

## **Formation scolaire spéciale: Visites<sup>1</sup>**

Selon le numéro 20 de la circulaire du 1<sup>er</sup> septembre 1961 sur le remboursement des frais de voyage dans l'AI, les frais d'un voyage aller et retour de l'assuré qui va faire une visite au domicile de ses parents, une fois par mois, peuvent être pris en charge par l'assurance pendant la formation scolaire spéciale en internat ou, s'il s'agit d'un mineur inapte à recevoir une instruction, pendant le séjour dans un établissement. Si le séjour en internat dure moins de 16 jours par mois pour cause de vacances ou pour une autre raison, l'assuré n'a pas droit à la prise en charge de ces frais pour le mois en question.

## **A propos de l'examen des conditions donnant droit à des prestations AI<sup>2</sup>**

Selon la convention italo-suisse du 14 décembre 1962 en matière d'assurances sociales, le droit à des mesures de réadaptation dépend notamment du fait que la personne qui les demande a son domicile civil en Suisse. Si cette condition n'est manifestement pas remplie dans un cas concret, le secrétariat de la commission AI transmet la demande à la caisse de compensation, pour que celle-ci rende une décision de refus sans instruction préalable du cas. Une telle manière de faire s'impose, ne serait-ce que par économie de procédure. Elle n'est possible, toutefois, que s'il est établi avec certitude que ce refus est fondé sur les dispositions régissant l'assurance; sinon, cette procédure pourrait aller à fins contraires, comme le montre le cas suivant.

Un ressortissant italien déposa une demande de mesures médicales en faveur de son enfant, né en Suisse et invalide de naissance. Malgré son statut de saisonnier, cet homme séjourna en Suisse plusieurs années sans interruption, avec la permission de la police des étrangers. Il possède actuellement l'autorisation annuelle et habite, depuis environ une année, définitivement en Suisse avec femme et enfant. Le secrétariat de la commission AI et la caisse de compensation considérèrent que la condition du domicile en Suisse n'était pas remplie, si bien que le rejet de la demande fut décidé sans une plus ample instruction du cas. Un recours fut formé contre cette décision. Après avoir complété le dossier et interrogé le père de l'enfant, l'autorité de recours estima que la condition de domicile était remplie et renvoya la cause à la commission AI, en annulant la décision de la caisse. La commission AI fut chargée d'établir quelles étaient les autres conditions donnant droit aux prestations, d'examiner si l'enfant souffrait vraiment d'une infirmité congénitale ouvrant un tel droit et de rendre un nouveau prononcé.

---

<sup>1</sup> Extrait du Bulletin de l'AI n° 69.

<sup>2</sup> Extrait du Bulletin de l'AI n° 70.

Dans les cas où le défaut d'une condition d'assurance n'est pas manifeste mais peut, tout de même, conduire à une décision négative de l'administration, il est donc recommandé d'établir au préalable si les autres conditions, notamment les conditions d'invalidité, sont remplies, de manière que le juge puisse, en cas de recours, juger la demande de prestations dans son ensemble.

### **Comment traiter les demandes d'assurés qui reçoivent des prestations de la CNA (Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents)<sup>1</sup>**

Selon l'article 44, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, les personnes qui sont assurées auprès de la CNA n'ont droit aux mesures de réadaptation prévues en matière d'AI qu'autant que ces prestations ne sont pas allouées par la CNA. Sont considérées avant tout comme prestations de la CNA les mesures médicales, ainsi que certains moyens auxiliaires qui sont en relation avec elles (art. 73, 1<sup>er</sup> al., LAMA); en revanche, la CNA ne prend en général pas en charge les mesures d'ordre professionnel. Afin de déterminer l'ampleur des prestations dues par l'AI dans des cas semblables, il est nécessaire que les commissions AI prennent contact avec la CNA (n° 84 de la circulaire sur la procédure à suivre dans l'AI).

Or, la pratique l'a montré, lorsqu'on traite les demandes des personnes qui reçoivent des prestations de la CNA, il se produit souvent des retards, diverses commissions AI estimant que la CNA doit avoir exécuté complètement ses propres mesures avant que l'AI n'intervienne. Cette façon de procéder est défavorable aux assurés, car l'exécution d'éventuelles mesures d'ordre professionnel doit, en règle générale, commencer déjà au stade de la réadaptation médicale ou être préparée de telle sorte que les mesures ne soient pas interrompues. Pour remédier à cette situation et assurer une meilleure coordination entre la CNA et l'AI, ces deux assurances ont adopté la procédure suivante :

#### *1. Les attributions de la CNA*

Les services compétents de la CNA ont été invités à intervenir auprès des personnes qui touchent des prestations de cette caisse et qui ont vraisemblablement droit à des mesures de réadaptation de l'AI, afin qu'elles présentent une demande à l'AI. Si cette démarche est faite par écrit, une copie doit être remise au secrétariat de la commission AI compétente.

#### *2. Les attributions des organes de l'AI*

L'examen des demandes des assurés qui reçoivent des prestations de la CNA (cf. chiffre 25 a de la formule de demande) s'effectue, d'une façon générale,

---

<sup>1</sup> Extrait du Bulletin de l'AI n° 70.

conformément aux dispositions de la circulaire sur la procédure à suivre dans l'AI, qu'il faut toutefois compléter comme suit :

*a.* Les demandes doivent être traitées rapidement par tous les organes intéressés. Le secrétariat de la commission AI requiert normalement le dossier de la CNA concernant le cas. Lors de la transmission du dossier, la CNA fait savoir si elle accorde des mesures médicales au sens de l'article 12 LAI et indique, autant que possible, leur durée probable. Aussi longtemps que ces mesures de réadaptation sont en cours, l'assuré n'a pas droit à une rente AI en cas de maladie de longue durée.

*b.* A moins qu'il ne ressorte clairement du dossier que l'assuré n'a droit ni à des mesures de réadaptation professionnelle de l'AI, ni à des moyens auxiliaires en vue de sa réadaptation professionnelle (p. ex. parce que l'assuré est déjà réadapté ou qu'une réadaptation n'entre plus en ligne de compte), la commission AI doit immédiatement charger l'office régional d'examiner si l'assuré peut être réadapté et d'établir les possibilités de réadaptation.

*c.* L'office régional AI examine le cas en étroite collaboration avec le service compétent de la CNA. Il s'efforce de remettre rapidement un rapport à la commission AI, afin qu'elle puisse se prononcer en temps utile et que l'exécution des mesures ne soit pas retardée. Le rapport doit contenir toutes les indications nécessaires à la coordination des mesures de la CNA et de l'AI. S'il est prévu de commencer la réadaptation professionnelle alors que les mesures médicales de la CNA sont encore en cours, l'office régional AI mentionnera dans son rapport si le service compétent de la CNA a donné son accord.

*d.* Le secrétariat soumet aussitôt les propositions de l'office régional à la commission AI, afin qu'elle se prononce sur le cas. La décision rendue sur la base de ce prononcé doit être remise également à la CNA (n° 207 de la circulaire sur la procédure à suivre dans l'AI).

### **Prestations médicales ; factures de pharmacies <sup>1</sup>**

L'Office coopératif de facturation pharmaceutique, plus connu sous le nom de « OFAC », est une société coopérative patronnée par la Société suisse de pharmacie ; son siège est à Genève. Son but principal est d'alléger la tâche administrative de ses membres en se chargeant de la facturation des médicaments délivrés au débit des institutions d'assurance (caisses-maladie, CNA, secrétariats des commissions AI, etc.). L'OFAC a été créé il y a deux ans ; son activité s'exerce actuellement en Suisse romande principalement.

Les factures individuelles auxquelles sont jointes les ordonnances médicales portant la mention « Concerne l'AI », établies par cet office pour le compte

---

<sup>1</sup> Extrait du Bulletin de l'AI n° 70.

de ses membres pharmaciens, doivent être acceptées par les secrétariats des commissions AI, contrôlées, puis transmises pour paiement à la Centrale de compensation.

### **Instruction de la demande ; frais de recherche de renseignements <sup>1</sup>**

Saisi d'une demande de prestations, le secrétariat de la commission AI doit réunir tous les renseignements nécessaires à l'appréciation du cas. S'il ne peut les obtenir par ses propres moyens, il confie ce soin si possible à un service social de l'aide aux invalides. Souvent, ces offices spécialisés sont débordés de travail et ne sont pas en mesure de fournir les indications demandées dans un délai raisonnable. Pour remédier à cette difficulté, les secrétariats des commissions AI s'adressent parfois à d'anciennes assistantes sociales ou à des services sociaux qualifiés certes, mais qui ne s'occupent qu'incidemment d'invalides. Dans ces cas-là, on ne peut donc parler d'appel à un service social de l'aide aux invalides au sens de l'AI. Cependant, comme le service rendu fait partie des attributions du secrétariat AI, c'est à celui-ci d'en supporter les frais. Il les portera ensuite dans l'état des frais du secrétariat, sous « Autres frais », et se les fera rembourser par l'intermédiaire de l'indemnité de gestion.

Les dédommagements pour les frais encourus dans ces cas particuliers peuvent être fixés suivant les normes applicables aux services sociaux de l'aide aux invalides. Par mesure de simplification, les secrétariats AI peuvent utiliser à cet effet la formule bleue 318.633 « Attestation du service social », qui leur servira de pièce justificative. Ils devront toutefois veiller à ce que ces formules ne soient pas envoyées à l'OFAS, par inadvertance.

### **BIBLIOGRAPHIE**

Marcel Dubois: *Die Mitarbeit des Arztes in der Beurteilung von Invaliditätsfragen*. Revue de médecine des accidents et des maladies professionnelles, 57<sup>e</sup> année, p. 66-77. Editions Berichthaus, Zurich 1964.

**Dystrophie musculaire.** Série d'articles parus dans « Pro Infirmis », octobre 1965, p. 317 - 344.

<sup>1</sup> Extrait du Bulletin de l'AI n° 70.

**Les enfants IMC** (infirmes moteurs cérébraux). Série d'articles parus dans « Pro Infirmis », novembre 1965, p. 353 - 383.

**Institutions de réadaptation.** Liste des écoles spéciales, centres de réadaptation, ateliers et homes pour invalides, publiée par l'Association suisse Pro Infirmis et la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés dans la vie économique (FSIH). 122 pages. Zurich 1965.

**Jahrbuch der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter 1965/66.** 358 pages. En vente chez Georg Thieme, éditeur, Stuttgart 1965.

**Le problème de l'handicap léger.** Série d'articles parus dans « Pro Infirmis », janvier 1966, p. 2 - 22.

B. de Rham: **Travail protégé — Situation actuelle et évolution future.** « Pro Infirmis », septembre 1965, p. 291 - 298.

**Scolarisation, formation professionnelle et insertion sociale des jeunes aveugles.** Série d'articles parus dans « Réadaptation », revue mensuelle, fascicule 119, p. 5-34. Paris 1965.

Hermann Wächter: **Die Eingliederung Cerebralgelähmter im Vollzug der Eidg. Invalidenversicherung.** Travail de diplôme de l'Ecole de travail social, Berne. Volume photocopié, 63 pages, 1965.

## INFORMATIONS

### Convention en matière de sécurité sociale avec l'Allemagne

La convention en matière de sécurité sociale qui a été conclue le 25 février 1964 entre la Suisse et la République fédérale d'Allemagne, et que les Chambres fédérales ont approuvée le 14 décembre 1965, n'est pas encore entrée en vigueur. L'échange des instruments de ratification aura lieu, probablement, dans le courant du mois de mars 1966. Dans ce cas, la convention prendrait effet au 1<sup>er</sup> mai. Dès qu'elle entrera en vigueur, l'OFAS en informera les caisses de compensation.

### Prestations complémentaires: état des travaux législatifs dans les différents cantons au 1<sup>er</sup> mars 1966

Depuis le dernier rapport publié à ce sujet (RCC 1966, p. 27), des progrès ont été enregistrés. Voici la situation au 1<sup>er</sup> mars 1966:

1. Dans onze cantons (Lucerne, Schwyz, Fribourg, Soleure, Schaffhouse, Appenzell Rh.-Int., Tessin, Vaud, Valais, Neuchâtel et Genève), la loi cantonale sur les prestations complémentaires a acquis un caractère définitif, c'est-à-dire qu'elle a été acceptée en votation populaire, ou alors le délai référendaire — pour autant qu'un tel ait dû être respecté — n'a pas été utilisé. De plus, le canton d'Appenzell Rh.-Ext. a introduit, par voie d'ordonnance, un régime transitoire à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1966 et jusqu'à la promulgation de la loi définitive.

2. Dans six cantons (Berne, Unterwald-le-Bas, Bâle-Ville, Appenzell Rh.-Ext., Saint-Gall et Grisons), la loi a été approuvée par l'autorité législative. Toutefois, elle doit encore être soumise au vote populaire, ou alors le délai référendaire court encore.

3. Dans sept cantons (Zurich, Unterwald-le-Haut, Glaris, Zoug, Bâle-Campagne, Argovie et Thurgovie), le projet de loi a été transmis à l'autorité législative. Celle-ci n'a pas encore terminé ses délibérations.

4. Dans un canton (Uri), le projet de loi sera traité selon les prescriptions cantonales particulières applicables en matière de législation, mais n'a pas encore été soumis au Parlement cantonal.

Les cantons énumérés dans le premier groupe, ainsi que Appenzell Rh.-Ext., Saint-Gall et Grisons, ont mis en vigueur leur loi à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1966 ou envisagent de lui faire prendre effet rétroactivement à cette date. Unterwald-

le-Bas, Glaris et Bâle-Ville choisiront vraisemblablement, pour l'entrée en vigueur de leur loi, une date postérieure. Dans le canton de Berne, la loi entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 1966 après avoir été acceptée en votation populaire. Pour les cantons de Zurich, Uri, Unterwald-le-Haut, Zoug, Bâle-Campagne, Argovie et Thurgovie, cette question de l'entrée en vigueur de la loi est encore en suspens.

Douze cantons accordent en plus, ou envisagent d'accorder des prestations non subventionnées par la Confédération; il s'agit de prestations d'assurance ou d'aide, et de prestations versées en vertu de la garantie des droits acquis aux bénéficiaires qui ont touché jusqu'à présent des prestations d'aide. Ce sont Zurich, Berne, Schwyz, Glaris, Soleure, Bâle-Ville, Bâle-Campagne, Schaffhouse, Saint-Gall, Vaud, Neuchâtel et Genève.

#### **Prestations complémentaires dans le canton de Schaffhouse**

Par 12 094 oui contre 1362 non, le souverain du canton de Schaffhouse a, les 12/13 février 1966, accepté la loi cantonale sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI. Les limites de revenu correspondent aux montants maximums de la loi fédérale. Le montant global déductible du revenu provenant de l'exercice d'une activité lucrative, ainsi que du montant annuel des rentes et pensions, est porté à un maximum de 480 et 800 francs. De plus, une déduction pour frais de loyer est admise conformément à l'article 4, lettre c, de la loi fédérale.

La loi est entrée en vigueur avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 1966.

#### **Allocations familiales dans le canton de Bâle-Campagne**

Le 1<sup>er</sup> février 1966, le Conseil d'Etat a pris un arrêté réduisant de 1,6 à 1,5 pour cent des salaires le taux de la contribution due par les employeurs à la caisse cantonale de compensation pour allocations familiales. L'arrêté a pris effet le 1<sup>er</sup> janvier 1966.

#### **Allocations familiales dans le canton du Tessin**

Dans sa séance du 1<sup>er</sup> mars 1966, le Grand Conseil a adopté un projet de loi modifiant la loi cantonale sur les allocations familiales. Les allocations pour enfants sont augmentées et le droit des salariés étrangers aux allocations pour leurs enfants résidant hors de Suisse est l'objet d'une nouvelle réglementation.

1. *Taux de l'allocation pour enfant.* L'allocation pour enfant est portée de 20 à 30 francs par mois et par enfant. L'allocation complète est également versée lorsque la semaine de cinq jours a été introduite.

2. *Salariés étrangers.* Jusqu'ici, les travailleurs étrangers dont les enfants vivent hors de Suisse n'avaient droit aux allocations

qu'en raison de leurs enfants légitimes et adoptifs au-dessous de 15 ans; par ailleurs, les salariés en cause ne bénéficiaient que de quatre allocations au plus. Les travailleurs étrangers sont maintenant traités exactement de la même manière que les salariés suisses.

3. *Entrée en vigueur.* Les nouvelles prescriptions entreront en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 1966.

**Supplément  
au catalogue  
des imprimés  
AVS/AI/APG**

Edition  
de janvier 1966

*Nouvelles publications :*

318.671 d	Personalblatt für IV-Regionalstellen	—.—	1 A
318.671 f	Etat personnel pour les collaborateurs des offices régionaux AI	—.—	1 A
318.700 d	Textausgabe EOG/EOV	1.50*	C
318.700 f	Recueil LAPG/RAPG	1.50*	C

*Suppression :*

318.630                      Carte de traitement.

*A corriger :*

318.631 d	Arztrechnung	9.—	1 A B
318.631 f	Note du médecin	9.—	1 A B
318.631 i	Nota del medico	9.—	1 A B
318.634 dfi	Bon de voyage Entre parenthèses, lire : (Blocks zu 25 Gutscheinen), (blocs à 25 bons), (blocco di 25 buoni)		

# JURISPRUDENCE

---

## Assurance-vieillesse et survivants

### COTISATIONS

*Arrêt du TFA, du 7 décembre 1965, en la cause R. W.<sup>1</sup>*

Article 14, 1<sup>er</sup> alinéa, LAVS. Pour les cotisations paritaires, on doit faire une distinction entre la dette de cotisations comme telle et la perception des cotisations. Une décision de cotisations paritaires fixe aussi bien la dette de cotisations de l'employeur que celle du salarié. Lors de la perception, l'employeur a l'obligation légale d'éteindre la dette du salarié. (Considérant 1.)

Article 84, 1<sup>er</sup> alinéa, LAVS. Le salarié intéressé peut aussi recourir contre une décision de cotisations paritaires. Le délai de recours ne s'ouvre cependant pour lui qu'au moment où la décision lui est notifiée personnellement. (Considérents 1 à 4.)

*Articolo 14, capoverso 1, LAVS. Per i contributi paritetici occorre distinguere tra il debito contributivo come tale e la riscossione dei contributi. Una decisione di contributi paritetici fissa sia il debito contributivo del datore di lavoro come quello del salariato. Al momento della riscossione, il datore di lavoro ha l'obbligo legale di estinguere il debito del salariato. (Considerando 1.)*

*Articolo 84, capoverso 1, LAVS. Il salariato interessato può pure interporre ricorso contro una decisione di contributi paritetici. Il termine di ricorso s'inizia per lui tuttavia soltanto dal momento in cui la decisione gli è notificata personalmente. (Considerandi 1 a 4.)*

Le 13 août 1964, la caisse de compensation notifia à l'employeur de R. W. qu'il devait verser des cotisations paritaires pour celui-ci. Cette décision, qui n'avait pas été attaquée pendant le délai de recours, passa en force. Le 17 septembre 1964, l'employeur écrivit à la caisse de compensation que R. W. avait pris connaissance, « dans l'intervalle », de la décision et qu'il envisageait de former recours contre elle; la caisse de compensation ferait bien, déclarait-il, de notifier la décision à R. W. éga-

---

<sup>1</sup> Voir aussi le problème d'application à la page 130.

lement. C'est ce que la caisse fit le 1<sup>er</sup> octobre 1964, et c'est contre cette décision que R. W. recourut. L'autorité cantonale de recours n'admit pas le recours, pour le motif que celui-ci avait été présenté trop tard; le délai de recours avait déjà commencé à courir au moment où R. W. avait eu connaissance de la décision notifiée à son employeur. L'appel interjeté par R. W. contre le jugement cantonal a été admis par le TFA pour les motifs suivants :

1. D'après la loi, seul l'employeur est tenu de fixer les cotisations paritaires, qui sont perçues à la source. Il doit à cet effet prélever la cotisation du salarié directement sur le salaire et la verser à la caisse de compensation en même temps que la cotisation d'employeur (art. 12 et suivants LAVS). Dans cette situation, l'employeur est aussi bien le débiteur qui acquitte sa propre dette que celui qui a l'obligation légale d'éteindre la dette du salarié, même si des exceptions sont possibles (ATFA 1956, p. 174 = RCC 1957, p. 401). En règle générale, la perception des cotisations paritaires s'effectue sans décision préalable de la caisse de compensation.

Cependant, si la caisse rend une décision en matière de cotisations paritaires, elle fixe la dette de l'employeur aussi bien que celle du salarié (art. 4, 5, 12 et 13 LAVS). Il y a lieu de faire une distinction claire entre la fixation de la dette comme telle et la perception des cotisations. Ces deux éléments (fixation et perception), qu'il ne faut pas confondre du point de vue juridique, apparaissent de façon particulièrement nette lorsqu'une caisse rend une décision établissant seulement en principe l'existence d'un rapport de services entre les parties (employeur et employé), ce rapport donnant alors naissance à une dette de cotisations paritaires (voir RCC 1958, p. 395). La même distinction existe tout autant lorsque la caisse rend uniquement une décision en paiement de cotisations. Si l'employeur et l'employé sont traités de la même manière quant à la naissance de la dette, ils doivent aussi l'être quant à leurs moyens de droit, qui permettent de vérifier la légalité de la dette. Employeur et salarié sont touchés de la même façon par une décision de cotisations paritaires; ils ont chacun un droit de recours qui leur est propre. Par conséquent, la décision n'entre pas en force dès l'instant qu'une seule des personnes touchées par elle a formé recours.

Tout recours présuppose une notification en bonne et due forme de la décision à l'intéressé (art. 84, 1<sup>er</sup> al., LAVS); le délai de 30 jours ne commence à courir qu'à partir de la date de la notification. En vertu de l'article 128, 2<sup>e</sup> alinéa, LAVS, la décision notifiée doit contenir un exposé des moyens de droit, sinon le délai ne commence pas à courir.

Ce sont là les seules règles valables en la matière. La loi ne connaît à cet égard aucune exception; elle n'en crée aucune explicitement, ni n'en tire de l'application par analogie de telle ou telle de ses dispositions. Elle n'admet ainsi pas qu'une décision de cotisations paritaires puisse être notifiée uniquement à l'employeur, qui devrait alors aviser lui-même le salarié. Elle ne prévoit pas non plus de cas où la décision notifiée à l'employeur vaudrait aussi pour le salarié, même si celui-ci n'en a pas reçu notification, le délai de recours s'ouvrant alors aussi pour ce dernier. Enfin, elle ne prévoit pas de cas où le délai de recours commence obligatoirement à courir pour le salarié dès que celui-ci a eu connaissance, d'une manière ou d'une autre, de la décision notifiée à l'employeur (solution mentionnée incidemment dans l'arrêt cité par l'autorité de première instance; voir RCC 1961, p. 382).

D'ailleurs, en ne dissociant pas la situation juridique de l'employeur lors de la perception des cotisations — où, comme il a été dit ci-dessus, l'employeur a l'obligation légale d'éteindre la dette du salarié — de celle où se trouvent l'employeur et le salarié lors de la fixation de la dette, c'est-à-dire en considérant l'employeur

comme unique destinataire de la décision, on aboutit à des conséquences juridiques manifestement insoutenables; le salarié à qui l'employeur aurait dissimulé la décision ne pourrait jamais recourir, ou alors, il faudrait créer pour le salarié une sorte de succédané de notification, qui serait incertain et contraire à la procédure en vigueur. L'idée serait que la transmission de la décision par l'employeur au salarié tiendrait lieu de notification. Mais, même en ce cas, le salarié ne pourrait pas recourir dès l'instant que cette décision ne lui aurait pas été transmise. En outre, même si l'employeur l'a informé de la décision, il faudrait encore que le salarié applique à lui-même l'exposé des moyens de droit remis à l'employeur. On ne saurait lui demander cela sous le prétexte que nul n'est censé ignorer la loi; en effet, l'exposé des moyens de droit est précisément une exception à cette règle, vu l'importance des intérêts en jeu.

2. Ces considérations montrent que le droit de recours du salarié et celui de l'employeur ne peuvent pas dépendre de conditions différentes. L'étroitesse des rapports établis entre l'employeur et le salarié ne permet en tout cas pas de retenir une autre solution. D'ailleurs, on sait combien les intérêts des deux parties en présence peuvent diverger lorsqu'il s'agit de savoir si les cotisations paritaires sont ou ne sont pas réclamées à bon droit. En procédure civile, il existe des rapports entre parties au moins aussi étroits, qui n'autorisent cependant pas le tribunal à notifier le jugement à un seul des intéressés (cf. p. ex. le commentaire de M. Leuch concernant les tiers appelés à intervenir dans un procès civil, *Kommentar zur bernischen Zivilprozessordnung*, N. 1 ad art. 338, vers la fin).

La notion de « coïntéressé » ne conduit pas non plus à un autre résultat. Le coïntéressé, c'est l'employeur ou le salarié qui n'est pas partie au procès, cela parce qu'il a négligé de faire usage des moyens de droit dont il disposait, mais qui doit malgré tout avoir l'occasion de s'exprimer car l'issue du procès le touche aussi. Si on le tenait pour un simple coïntéressé, le salarié qui n'a pas recouru, faute d'avoir reçu notification de la décision, ne pourrait être appelé à se prononcer en justice que là où l'employeur s'est lui-même adressé au juge. De plus, la notion de coïntéressé présuppose, c'est l'évidence même, que la question des parties en présence ait été définitivement et préalablement résolue.

Peu importe enfin que l'autorité de première instance se réfère à l'article 84, 1<sup>er</sup> alinéa, 2<sup>e</sup> phrase, LAVS, où sont mentionnées les personnes qui ont qualité pour recourir, quand bien même ces personnes ne reçoivent jamais notification de la décision attaquée (les parents en ligne ascendante et descendante, ainsi que les frères et sœurs de celui qui prétend avoir droit à la rente). Ces tiers n'ont, contrairement au salarié, aucun droit à faire valoir en matière d'AVS et ne sont par conséquent pas touchés directement par la décision. La loi les autorise simplement à être parties au procès en raison du droit invoqué par celui à qui la rente sera versée.

3. En confirmation des arrêts précédents, il y a ainsi lieu de statuer que les décisions en paiement de cotisations paritaires doivent en principe être notifiées aussi bien à l'employeur qu'au salarié, et que le délai de recours ne commence à courir pour le salarié qu'au moment où celui-ci s'est vu personnellement notifier la décision. Bien entendu, un salarié a le droit de recourir si c'est par l'employeur qu'il a eu connaissance de la décision; toutefois, il peut aussi attendre que la notification lui parvienne personnellement. Les considérants émis précédemment (voir RCC 1961, p. 382), qui dans ledit arrêt n'avaient d'ailleurs aucune influence sur l'issue du litige, doivent être entendus dans ce sens.

Cependant, les caisses de compensation ne sont pas toujours tenues de notifier des décisions en paiement de cotisations à la fois au salarié et à l'employeur. Il y a

en effet des exceptions à la règle, par exemple lorsque les rapports de travail sont tels que l'on ne peut attendre de la caisse qu'elle notifie une décision à tous les salariés, vu leur grand nombre. Mais cette pratique, destinée à simplifier le travail, ne modifie en aucune façon la situation juridique; elle a au contraire pour conséquence que, bien que la décision ne soit pas notifiée aux salariés, ceux-ci ont en principe le droit de recourir même si, de son côté, l'employeur ne l'a pas fait. La décision notifiée seulement à l'employeur n'entre ainsi pas complètement en force; elle reste incertaine. Cependant, cet état d'incertitude ne peut pas durer indéfiniment. Il ne le peut notamment pas dans les cas, fréquents, où la décision n'est, à tort, pas notifiée au salarié. On pourrait concevoir que la prescription de l'article 16 LAVS mette en principe fin à cet état d'incertitude — sous réserve des cas où il y aurait abus de droit. Toutefois, cette question peut ici rester indécise.

La caisse de compensation aurait dû, en l'espèce, notifier aussi au salarié, c'est-à-dire à l'appelant, la décision du 13 août 1964 par laquelle elle réclamait les cotisations paritaires, et lui remettre un exposé des moyens de droit. Comme elle a négligé de le faire, le délai de recours n'a commencé à courir pour l'appelant qu'à partir du moment où la décision lui a été notifiée après coup, c'est-à-dire dès le 1<sup>er</sup> octobre 1964. On ne peut ainsi pas admettre que la décision du 13 août 1964, notifiée uniquement à l'employeur, a déjà passé complètement en force. C'est pourquoi le recours formé par l'appelant le 28 octobre 1964, soit dans les 30 jours à partir de la notification du 1<sup>er</sup> octobre 1964, a été présenté en temps utile. Le prononcé par lequel le juge a refusé d'entrer en matière doit dès lors être annulé et l'affaire renvoyée à l'autorité de première instance, afin que celle-ci se prononce sur le fond.

## Assurance-invalidité

### RÉADAPTATION

*Arrêt du TFA, du 9 novembre 1965, en la cause A. et R. S.*

**Article 12 LAI.** Des actes médicaux répétés dans une période limitée, et visant à guérir, chez un enfant, des troubles névrotiques ayant entraîné des difficultés d'élocution, représentent des mesures de réadaptation au cas où cette affection, non traitée, aboutirait à un état défectueux durable et nuirait à la formation ou à la capacité de gain future.

*Articolo 12 LAI.* Gli interventi medici ripetuti in un periodo determinato, destinati a guarire un bambino da disturbi nevrotici che causarono difficoltà d'eloquio, costituiscono provvedimenti sanitari d'integrazione nel caso in cui dall'affezione non curata ne deriverebbe uno stato difettoso durevole, nocivo alla formazione o alla futura capacità al guadagno.

Les deux assurés, nés en 1955 et 1959, ont été annoncés à l'AI au début d'octobre 1964 pour des troubles de l'élocution (bégaiement et dyslalie). Dans son rapport du 16 novembre 1964, un service d'une clinique universitaire d'otologie, spécialisé dans

les troubles de l'élocution, nia l'existence d'une infirmité congénitale; il recommanda un traitement psychothérapeutique ambulatoire, suivi d'un traitement d'orthophonie dans un home. La commission AI refusa d'assumer les frais du traitement psychothérapeutique; elle déclara, en revanche, qu'elle accorderait une contribution au traitement d'orthophonie, si celui-ci s'avérait encore nécessaire après le premier traitement. Ce prononcé fut notifié au père des assurés par décision du 10 février 1965.

Un recours, demandant la prise en charge des frais de la psychothérapie entreprise à la fin d'octobre 1964, fut rejeté le 5 mai 1965.

Le père a interjeté appel contre le jugement de recours et a renouvelé la demande formulée en instance de recours. Il prétend qu'il s'agit là d'une infirmité congénitale et produit, à l'appui de ses dires, un certificat médical, selon lequel la prédisposition aux troubles de l'élocution était congénitale, même si ces troubles ne se sont manifestés que depuis la troisième année de vie des assurés.

La caisse de compensation s'est abstenue de se prononcer sur ce cas. Dans son préavis, l'OFAS propose le rejet de l'appel.

Le TFA a admis l'appel dans le sens des considérants suivants:

1. La liste des infirmités congénitales, établie par le Conseil fédéral en vertu de l'article 13 LAI, fait partie de l'ordonnance du 10 août 1965 (OIC), valable à partir du 1<sup>er</sup> septembre 1965. Selon l'article 1<sup>er</sup>, 1<sup>er</sup> alinéa, de cette ordonnance, la prédisposition à une maladie n'est pas réputée infirmité congénitale; une prescription semblable se trouvait d'ailleurs dans l'ordonnance valable jusqu'au 1<sup>er</sup> septembre.

Dans le rapport présenté en novembre 1964, ladite clinique d'otologie nie l'existence d'une infirmité congénitale. De même, le certificat médical produit en instance d'appel ne permet pas de tirer une autre conclusion, puisqu'il déclare simplement que la *prédisposition* à des troubles de l'élocution était congénitale. L'OFAS, dans son préavis, affirme en outre que même lorsqu'une certaine prédisposition au bégaiement est héréditaire, des facteurs exogènes contribuent grandement à provoquer des troubles de l'élocution d'origine névrotique. Le bégaiement provient, selon lui, de troubles psychogènes qui entravent les fonctions musculaires nécessaires à la parole, soit la respiration, l'articulation et la phonation. En général, il ne se manifeste que relativement tard, un certain temps après l'apprentissage normal de la parole, même si, sous l'influence d'événements pénibles (frayeur, angoisse, conflits) ou de fautes commises par l'éducateur, l'enfant souffre de troubles névrotiques d'abord latents.

Les deux assurés n'ont donc pas droit à des prestations en vertu de l'article 13 LAI.

2. ... (Considérants sur la portée de l'article 12 LAI chez les mineurs; cf. notamment RCC 1965, p. 415, considérant 3.)

3. Le traitement psychothérapeutique ici en cause vise à guérir des troubles névrotiques ayant provoqué le bégaiement. De tels troubles peuvent mener à un état stabilisé qui est, le cas échéant, irréparable. C'est pourquoi, dans l'espèce, les troubles névrotiques des assurés ne seront, éventuellement, guérissables que pendant une partie de leur développement psychique; il est possible qu'ils deviennent de moins en moins susceptibles d'être améliorés et que les chances d'un traitement efficace s'amenuisent avec l'âge. Si des actes médicaux, répétés dans une période limitée, sont propres à guérir des troubles névrotiques qui aboutiraient, sans traitement, à un état défectueux stable et nuiraient à la formation de l'assuré ou à sa capacité de gain future, alors il s'agit de mesures de réadaptation au sens de l'article 12 LAI, même si ces troubles apparaissent présentement comme un phénomène pathologique labile. D'ailleurs, comme il a été exposé dans un autre arrêt (ATFA 1962, p. 324 =

RCC 1963, p. 164), il faut donner une interprétation large à cette notion de période limitée lorsque le patient est jeune.

Cependant, d'après le dossier disponible, on ne peut déterminer avec certitude si la psychothérapie appliquée aux deux assurés peut être mise à la charge de l'AI en vertu de l'article 12 LAI. Il est vrai qu'un certificat médical du 26 mai 1965 insiste sur la nécessité de donner aux deux enfants une formation adéquate, en vue de leur future instruction et activité lucrative, ce qui n'est possible qu'avec une psychothérapie des troubles de l'élocution. Toutefois, il n'est pas établi que ce traitement soit de nature à empêcher l'installation d'un état défectueux stable. L'attestation médicale selon laquelle les troubles de l'élocution nécessitent un traitement régulier et prolongé (en moyenne 1 à 2 ans), suivi d'un traitement complémentaire, ne montre pas assez clairement si de telles mesures sont limitées dans le temps au sens de l'article 2 RAI.

L'appel est donc admis dans ce sens que la cause est renvoyée à la commission AI, la décision de caisse et le jugement de recours étant annulés. La commission AI procédera à l'instruction complémentaire nécessaire et rendra un nouveau prononcé sur les droits des assurés d'après l'article 12 LAI.

4. ...

*Arrêt du TFA, du 19 octobre 1965, en la cause M. E.*

**Article 21 LAI.** Un assuré a droit à la remise d'un deuxième appareil acoustique si l'on obtient de meilleurs résultats avec l'audition binaurale qu'avec l'audition monaurale et si l'assuré a besoin d'une meilleure capacité auditive pour exercer son activité lucrative.

*Articolo 21 LAI.* Un assicurato ha diritto alla consegna di un secondo apparecchio acustico se si ottengono migliori risultati con l'audizione binaurale che con quella monauricolare e se l'assicurato necessita di una facoltà acustica migliore per esercitare la sua attività lucrativa.

L'assuré, né en 1902, travaille à l'étranger depuis 1932 en qualité d'employé de commerce. Il a adhéré à l'assurance facultative dès le 1<sup>er</sup> janvier 1960. Comme il souffrait de troubles bilatéraux de l'ouïe, il demanda à l'AI en septembre 1962 de lui remettre un appareil acoustique. Par décision du 8 avril 1963, un appareil rétro-auriculaire de la marque A lui fut remis en prêt. Un otologiste ayant constaté par la suite que la perte de l'ouïe s'était accentuée, l'assuré essaya en automne 1964, à l'occasion d'un voyage en Suisse, de passer de l'audition monaurale à l'audition binaurale; il porta à cet effet l'appareil de la marque A à gauche et un nouvel appareil de la marque B à droite. Par requête du 26 octobre 1964, le fils de l'invalidé demanda à l'AI de prendre en charge le coût du nouvel appareil. Il alléguait que le changement opéré avait amélioré sensiblement la capacité auditive et augmenté la capacité de travail. La commission AI écarta la demande le 23 novembre 1964, parce que l'assuré pouvait « continuer à exercer sa profession sans utiliser un deuxième appareil acoustique permettant l'audition binaurale ». Ce prononcé fut notifié à l'assuré par décision du 24 décembre 1964.

L'assuré recourut en faisant valoir que, pour être à même d'exercer son activité professionnelle, il devait disposer d'une ouïe parfaitement bonne. En effet, son travail consiste à recueillir des commandes pour le compte de sa maison et à conclure des

chartes-parties pour le service de la navigation. Par jugement du 1<sup>er</sup> mars 1965, la commission de recours compétente rejeta le recours, en alléguant qu'il ne se justifiait pas de remettre un deuxième appareil acoustique à l'assuré, vu que celui-ci était déjà âgé de 63 ans.

L'assuré a interjeté appel. Il déclare que la perte de l'ouïe s'est tellement accentuée qu'il ne pourrait plus conserver sa place à moins de disposer de deux appareils acoustiques. La caisse de compensation conclut au rejet de l'appel. Selon elle, la commission AI et l'autorité de première instance ont admis que la capacité auditive a diminué dans une faible mesure seulement. Si, au contraire, comme l'assuré le prétend, on peut établir que cette capacité a beaucoup diminué, il faut s'attendre — l'expérience l'a démontré — à une aggravation rapide de la surdité, de sorte qu'un second appareil ne servirait à améliorer l'ouïe que pour un temps très court. Dans son préavis, l'OFAS se demande avant tout si le droit de l'assuré découlant de l'article 78, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI est périmé, mais il arrive à une conclusion négative, qui est d'ailleurs dûment motivée. L'OFAS ne se prononce pas sur le fond de façon définitive.

Il ressort d'une lettre du fils de l'assuré, datée du 2 septembre 1965, que son père s'est procuré l'appareil acoustique litigieux le 1<sup>er</sup> octobre 1964 « sous réserve de la prise en charge par l'AI », et que le fils a garanti le paiement de l'appareil.

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

1. Selon l'article 21, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, l'assuré a droit aux moyens auxiliaires qui sont nécessaires à la réadaptation à la vie professionnelle et qui figurent dans une liste que dressera le Conseil fédéral. L'assurance prend en charge les moyens auxiliaires d'un modèle simple et adéquat (art. 21, 2<sup>e</sup> al., LAI). L'article 14, 1<sup>er</sup> alinéa, RAI, qui contient la liste des moyens auxiliaires, mentionne en particulier les « appareils acoustiques » (lettre d). L'article 15, 1<sup>er</sup> alinéa, RAI, qui complète cette disposition, prescrit que les moyens auxiliaires sont fournis aux assurés qui en ont besoin pour exercer une activité lucrative ou pour accomplir leurs travaux habituels, pour étudier ou pour apprendre un métier, ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle.

2. Par décision du 8 avril 1963, l'AI a donné en prêt à l'appelant un appareil rétro-auriculaire de la marque A. Le point litigieux est de savoir s'il y a lieu de remettre en plus un appareil du type B qui permettrait à l'assuré d'avoir une audition binaurale.

Pour répondre à cette question, il faut considérer que l'appelant, d'après l'audiogramme vocal établi le 1<sup>er</sup> octobre 1964, a obtenu en « champ libre » un bien meilleur résultat avec l'audition binaurale (c'est-à-dire en utilisant l'appareil déjà remis et l'appareil sollicité) qu'avec l'audition monaurale (c'est-à-dire en utilisant seulement l'appareil A).

Il convient en outre de tenir compte du fait que, pour exercer une activité semblable à celle de l'assuré, il est important — l'expérience l'a démontré — de comprendre rapidement la personne qui parle, non pas de façon approximative, mais jusque dans les détails et même de saisir les moindres nuances. Ce fait a encore plus d'importance lorsque, comme en l'espèce, il faut admettre que l'assuré doit se servir de plusieurs langues. Comme l'appelant et son fils s'accordent à dire, avec vraisemblance, que la capacité de travail a considérablement augmenté grâce à l'appareil B, le tribunal, compte tenu de toutes les circonstances, arrive à la conclusion que l'invalide a besoin du deuxième appareil pour des raisons professionnelles. L'âge avancé de l'assuré n'est pas un argument décisif et ne saurait exclure la remise d'un moyen auxiliaire, d'autant moins que celui-ci doit être remis seulement en prêt (art. 15, 3<sup>e</sup> al., RAI).

Cette remise est possible, bien que l'assuré se soit déjà procuré l'appareil, parce qu'il l'a fait sous réserve de la prise en charge par l'AI, et parce qu'il ne l'a pas payé, son fils ayant néanmoins garanti ce paiement.

3. Du point de vue formel, on ne peut rien opposer non plus au droit de l'assuré. En effet, les dispositions de l'article 78, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI sont en principe applicables en l'espèce, quoique l'appelant soit un Suisse de l'étranger et qu'il se soit procuré l'appareil en formulant des réserves. Ainsi que le relève pertinemment l'OFAS, il existait des motifs valables pour autoriser l'assuré à utiliser le deuxième appareil sans attendre la décision de la caisse. D'autre part, le délai légal de six mois relatif au dépôt de la demande n'a pas été dépassé.

## RENTES

*Arrêt du TFA, du 28 septembre 1965, en la cause H. L.*

Article 7, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI. Un assuré qui était naguère un bon ouvrier, dont l'invalidité a été causée avant tout par l'alcoolisme chronique et dont on ne peut pas dire qu'il ait manqué d'intelligence et de volonté au point de ne pas prévoir les conséquences possibles de son éthylysme, a commis une faute grave qu'il s'agit de prendre en considération lors de la réduction de la rente.

*Articolo 7, capoverso 1, LAI. Commette colpa grave, implicante una riduzione adeguata della rendita, l'assicurato il quale, dapprima buon lavoratore, è diventato alcolizzato cronico, responsabile principale della sua attuale invalidità, poichè non vi è prova di un difetto d'intelligenza o di volontà tale da non permettergli di rendersi conto delle conseguenze dei suoi abusi di bevande alcoliche.*

L'assuré, né en 1907, travaillait dans la même maison depuis 1951 en qualité de transporteur et de manœuvre. Le 1<sup>er</sup> juillet 1964, il fut mis à la retraite prématurément. Comme il était établi médicalement que l'assuré souffrait d'une invalidité due avant tout à son alcoolisme chronique, la caisse de pension réduisit la rente de 5 pour cent pour la période où l'entretien de plus de deux enfants mineurs était pris en considération, et de 10 pour cent pour la période subséquente. La commission AI décida le 18 décembre 1964 d'octroyer à l'assuré, dès le 1<sup>er</sup> juillet 1964, une rente entière simple d'invalidité et cinq rentes complémentaires pour l'épouse et les quatre enfants. La rente simple fut réduite de 20 pour cent conformément à l'article 7 LAI. L'assuré recourut contre la décision, notifiée le 21 janvier 1965. La commission cantonale de recours arriva à la conclusion que l'assuré avait agi sans discernement et qu'il avait causé lui-même son invalidité en commettant une faute grave, mais qu'il fallait cependant tenir compte du fait que l'employeur avait attendu trop longtemps avant d'intervenir. Elle estima qu'il convenait de réduire la rente de 10 pour cent.

Le TFA a admis l'appel interjeté par l'OFAS, qui réclamait une réduction de la rente de 40 pour cent, pour les motifs suivants :

1. Selon l'article 7, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, les prestations en espèces peuvent être refusées, réduites ou retirées, temporairement ou définitivement, à l'assuré qui a inten-

tionnellement ou par faute grave, ou en commettant un crime ou un délit, causé ou aggravé son invalidité.

Un assuré présentant un degré d'intelligence normal est en général capable, en faisant preuve de la prudence qu'on peut exiger de lui, de comprendre que la consommation exagérée de boissons alcooliques durant des années présente un grave danger pour sa santé et risque de diminuer prématurément sa capacité de gain. S'il s'expose malgré tout à ce danger, il porte atteinte à sa santé en commettant une faute grave au sens de l'article 7, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, dans la mesure où son comportement répréhensible est à l'origine de l'invalidité (ATFA 1962, p. 101 = RCC 1962, p. 404).

2. a. Le 28 novembre 1963, le médecin a émis le diagnostic suivant sur l'état du patient :

« Ethylisme chronique avec lésions du foie. Fibrillation auriculaire et cardiopathie dont l'origine n'est pas claire. Adiposité. »

Le médecin ajoutait que le patient est « connu comme alcoolique depuis des années ». Les lésions du foie sont « peu importantes et le pronostic serait bon si l'assuré s'abstenait complètement de boire de l'alcool ». L'étiologie de l'affection cardiaque n'est pas claire ; il est difficile de dire s'il s'agit d'une cardiosclérose prématurée ou de lésions provoquées par l'alcool. D'après l'anamnèse, l'adiposité provient certainement de l'alimentation.

L'assuré étant entré le 9 janvier 1964 dans un asile pour buveurs afin d'y subir une cure de désintoxication, mais ayant prématurément quitté l'asile de son propre chef le 21 mars de la même année et ayant refusé par la suite de refaire une cure, le médecin communiqua notamment ce qui suit à l'employeur :

« La mise à la retraite se justifie du point de vue médical. Une visite de contrôle par un médecin-conseil n'est pas nécessaire. Nous nous en tenons au rapport établi à l'hôpital le 28 novembre 1963. L'alcoolisme chronique est la cause principale de l'invalidité prématurée. Son affection cardiaque, qui est peut-être en relation avec l'alcoolisme chronique, n'aurait pas, à elle seule, empêché l'assuré de poursuivre une activité dans un emploi moins pénible. »

b. L'abus permanent de l'alcool étant en soi, dans des circonstances normales, une faute grave au sens de l'article 7, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, il faut admettre, en tenant compte du rapport médical et de la situation personnelle de l'assuré, que celui-ci a causé son invalidité en commettant une faute grave. Le fait que son affection cardiaque n'est peut-être pas due à l'abus d'alcool ne saurait changer cette situation, cela d'autant moins que l'assuré aurait pu occuper un emploi moins pénible s'il n'avait souffert que de cette affection. C'est en vain que, dans sa réponse à l'appel, l'assuré se défend d'avoir commis une faute grave. D'une part, en effet, sa dénégation contredit la demande de confirmation du jugement cantonal, car l'autorité cantonale de recours était aussi arrivée à la conclusion que l'assuré avait commis une faute grave et durable ; d'autre part, il n'est pas prouvé que l'intimé ait manqué d'intelligence et de volonté au point de ne pas prévoir les conséquences possibles de son éthylisme, ou de ne pas être capable d'agir avec discernement. Au contraire, l'intimé était considéré comme un ouvrier sérieux et digne de confiance, vivant dans des conditions familiales, professionnelles et économiques normales ; en faisant preuve de la prudence et de la volonté qu'on pouvait attendre de lui, il aurait donc pu, fort probablement, discerner à temps le danger de l'alcoolisme et le combattre avec succès. Ainsi donc, il ne reste plus qu'à examiner dans quelle mesure la rente entière simple d'invalidité doit être réduite.

c. A cet égard, il faut se référer notamment au dossier, qui laisse apparaître l'étourderie et le manque de sincérité de l'intimé. Celui-ci s'est par exemple engagé par écrit, le 20 novembre 1963, à pratiquer l'abstinence; or, dix minutes plus tard, il était attablé au restaurant devant une bouteille de bière. La décision qu'il a prise d'interrompre prématurément la cure de désintoxication est également symptomatique. Lorsque l'assuré allègue, dans sa réponse à l'appel, qu'il a été incité à interrompre la cure à cause de « l'atmosphère religieuse irrespirable qui régnait dans la maison », il s'agit d'un prétexte inventé de toutes pièces; en effet, les lettres de l'employeur — qui s'occupait d'ailleurs beaucoup de son ouvrier — montrent que l'assuré était « bien soigné et bien traité » et qu'il a écrit à son patron pour lui faire part de ses premières impressions à l'asile, impressions tout à fait favorables. Le fait que l'employeur est intervenu en 1962 seulement, à la suite d'une démarche de l'épouse, ne saurait diminuer la responsabilité de l'assuré. Comme celui-ci était un bon ouvrier, il n'y avait aucun motif d'ordre professionnel pour prendre des mesures spéciales. Décider si et quand il fallait intervenir était une question tellement délicate, aussi bien sur le plan humain que sur le plan juridique, que l'assuré ne peut en aucun cas fuir ses responsabilités en prétextant que son employeur a trop attendu avant d'agir. D'autre part, on ne saurait admettre que l'épouse ait commis une faute; elle s'est apparemment acquittée le mieux possible de sa tâche, qui n'était guère aisée. En revanche, l'argument selon lequel l'assuré est issu d'une famille de buveurs et a une hérédité chargée a plus de poids; cependant, on ne trouve rien dans le dossier qui puisse prouver que sa responsabilité ait été considérablement diminuée du fait de cette hérédité.

d. Si l'on tient compte de toutes ces circonstances, on ne peut pas considérer comme appropriée la réduction de 10 pour cent décidée par l'autorité de première instance. La réduction de 20 pour cent prononcée par la commission AI ne correspond pas non plus à la gravité de la faute. En revanche, la réduction de 40 pour cent demandée par l'OFAS est mieux en rapport avec les différentes circonstances et avec la pratique adoptée dans l'AI (voir à ce propos ATFA 1962, p. 101 = RCC 1962, p. 404, où la rente a été réduite de 50 pour cent). Si la caisse de pension a réduit la rente seulement de 5, puis de 10 pour cent, c'est avant tout pour des raisons humanitaires. Conformément à la pratique suivie par cette caisse — qui tient compte dans une large mesure des rapports de travail — une réduction de 20 pour cent aurait été probablement indiquée. Il convient en outre de considérer que c'est l'ensemble des prestations de la caisse qui est touché par cette réduction, alors que les rentes complémentaires de l'AI ne sont pas réduites. Enfin, au moment d'appliquer une sanction selon l'article 7 LAI, il faut tenir compte de manière adéquate du fait que les contributions versées à l'assurance par les pouvoirs publics en vertu de l'article 78 LAI, lesquelles s'ajoutent aux cotisations d'employeurs, s'élèvent à la moitié des dépenses annuelles de l'assurance. Dès lors, laisser la caisse de pension fixer elle-même la réduction de la rente, après avoir examiné les circonstances du cas présent, ne serait compatible ni avec la situation qui vient d'être exposée, ni avec la notion de solidarité découlant du droit des assurances sociales.

3. Si l'intimé se soumet par la suite à une nouvelle cure de désintoxication et si des éléments nouveaux venaient influencer directement la cause ou l'évaluation de l'invalidité, la question de la réduction de la rente pourrait être réexaminée (art. 41 LAI).

Articles 35, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI et 31 RAI. La mère qui touche une rente d'invalidité a droit, pour ses enfants légitimes, même après le divorce, à des rentes simples pour enfants, si le divorce et le défaut de contributions de la mère aux frais d'entretien des enfants ont pour cause les faits mêmes qui ont entraîné l'ouverture du droit à la rente d'invalidité et aux rentes pour enfants.

*Articoli 35, capoverso 1, LAI e 31 OAI. La madre che riceve una rendita d'invalidità ha diritto per i suoi figli legittimi, anche dopo il divorzio, a rendite complete semplici per figli, se il divorzio e la non partecipazione della madre alle spese di mantenimento dei suoi figli, procedono dagli stessi fatti che hanno determinato la nascita del diritto alla rendita d'invalidità ed alle rendite per i figli.*

L'assurée, née en 1931, mariée, a présenté une demande de prestations de l'AI en avril 1961. Atteinte de troubles mentaux, elle a été reconnue invalide et mise au bénéfice d'une rente entière simple d'invalidité, à partir du 1<sup>er</sup> mars 1960, ainsi que de rentes complémentaires pour les quatre enfants issus du mariage.

Le 16 octobre 1964, le tribunal civil a prononcé la dissolution de l'union conjugale, sur action du mari, en vertu de l'article 141 CCS. Le jugement de divorce a attribué les enfants au père. Aucune contribution aux frais d'entretien et d'éducation, au sens de l'article 156, 2<sup>e</sup> alinéa, CCS, n'a été mise à la charge de la mère; le motif évident en était l'impécuniosité de l'intéressée, à laquelle le mari a été condamné à verser une pension alimentaire selon l'article 152 CCS.

Le père ayant demandé à recevoir lui-même les rentes complémentaires pour les enfants, la caisse de compensation estima que, vu le divorce intervenu et le défaut de toute contribution de la mère, les conditions d'octroi de ces rentes n'étaient plus remplies. L'autorité cantonale de recours confirma la décision de la caisse de compensation contre laquelle le père avait recouru.

Le TFA admit l'appel interjeté par le père pour les motifs suivants:

1. ...

2. Selon l'article 35, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, le bénéficiaire d'une rente d'invalidité a droit à une rente complémentaire pour chacun des enfants qui, à son décès, auraient droit à la rente d'orphelin de l'AVS. Or, les enfants légitimes dont la mère décède ont droit, en règle générale, à la rente d'orphelin simple; l'article 48, 1<sup>er</sup> alinéa, RAVS part en effet de la présomption — dont la jurisprudence a confirmé le bien-fondé (ATFA 1958, p. 202 = RCC 1958, p. 318; ATFA 1960, p. 99 = RCC 1960, p. 355) — que l'enfant subit du fait de ce décès un préjudice matériel notable, ainsi que l'exige l'article 25, 1<sup>er</sup> alinéa, LAVS. Deux restrictions sont cependant apportées à ce droit: la première touche les orphelins dont le père se remarie (art. 48, 2<sup>e</sup> al., RAVS); la seconde, les enfants de parents divorcés (art. 48, 3<sup>e</sup> al., RAVS). — Quant au droit de la mère invalide à des rentes complémentaires pour ses enfants légitimes, l'article 31 RAI déclare expressément applicables l'article 25, 1<sup>er</sup> alinéa, LAVS et l'article 48, 1<sup>er</sup> et 3<sup>e</sup> alinéas, RAVS.

Il n'est pas contesté dans l'espèce que la mère des enfants, mise au bénéfice d'une rente d'invalidité dès 1960, a acquis durant le mariage un droit à des rentes complémentaires au sens des dispositions précitées. En effet, pour qu'un droit à prestation

prenne naissance, il faut et il suffit, en principe, que toutes les conditions en soient données lors de la survenance de l'événement assuré. Aussi bien est-ce non pas l'ouverture du droit à ces rentes complémentaires, mais son extinction qui forme le nœud du problème.

3. Lorsqu'un droit à prestation a pris naissance, il dure en principe tant que n'est pas atteint un terme fixé d'emblée par la loi ou que n'intervient pas un motif légal d'extinction de ce droit. Un tel motif d'extinction ne peut découler que d'une norme expresse de la loi ou, dans certains cas, des motifs mêmes de l'ouverture du droit à la prestation en cause.

Ni la loi, ni le règlement d'exécution en matière d'AI ne prévoient de norme expresse quant à l'extinction du droit aux rentes complémentaires pour enfants. L'article 31 RAI, en particulier, règle la seule ouverture de ce droit dans les deux cas où la mère d'enfants légitimes est soit mariée, soit divorcée, lors de la constitution de sa rente d'invalidité, mais non pas la situation qui peut se présenter lors du divorce de la femme postérieurement à cette constitution. Cela résulte à l'évidence du fait que l'article 48, 3<sup>e</sup> alinéa, RAVS ne peut fixer que les conditions du droit à la rente d'orphelin de l'enfant légitime dont la mère décède après divorce, tandis que le droit de l'enfant dont la mère serait décédée durant le mariage est définitivement régi par l'article 48, 1<sup>er</sup> alinéa, RAVS (sous réserve du 2<sup>e</sup> alinéa de cet article, lors d'un éventuel remariage du père). Le texte français de l'article 31 RAI parle manifestement à tort du droit à rentes complémentaires de la « femme mariée » ; ainsi que l'expriment les textes allemand et italien, il s'agit de la « mère d'enfants légitimes » dans l'un et dans l'autre des cas précités.

En revanche, il est évident que la limite d'âge fixée à l'article 25, 2<sup>e</sup> alinéa, LAVS vaut également dans le cadre de l'article 35, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, quand bien même l'article 31 RAI ne cite que le premier alinéa de l'article 25 LAVS. Il ne saurait guère faire de doute non plus que les motifs d'extinction de la rente d'orphelin, tels que l'adoption de l'enfant par un tiers (ATFA 1954, p. 208 = RCC 1954, p. 417) ou le mariage de la fille (ATFA 1965, p. 22 = RCC 1965, p. 358), soient applicables à la rente complémentaire aussi ; de tels motifs découlent de ceux-là mêmes qui ont ouvert droit à la prestation.

Peut-on tirer en outre de l'article 35, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI — qui fixe les conditions d'octroi des rentes complémentaires, mais non pas les motifs d'extinction — le principe que le droit à la rente complémentaire s'éteindrait dès l'instant où le décès hypothétique du bénéficiaire de la rente d'invalidité n'ouvrirait plus droit à une rente d'orphelin ? La question souffre de rester indécise. D'une part, en effet, chacun s'accorde à reconnaître combien choquant serait un tel principe, appliqué dans un cas où le divorce et le défaut de contributions de la mère aux frais d'entretien de ses enfants ont pour cause les faits mêmes qui ont entraîné l'ouverture du droit à la rente d'invalidité de la mère et aux rentes complémentaires pour enfants. D'autre part, si c'est l'invalidité qui a droit à ces rentes complémentaires, celles-ci n'en sont pas moins destinées à l'entretien et à l'éducation des seuls enfants ; or, considéré du point de vue des enfants, le motif profond qui a justifié l'octroi de ces rentes subsiste même après le divorce intervenu dans de telles conditions.

En présence de dispositions légales qui n'imposent, ainsi, pas d'emblée et à l'évidence une solution autre, à tout le moins dans les circonstances particulières de l'espèce, la cour de céans estime n'avoir dès lors pas de raisons suffisantes de déclarer contraire à la loi et par conséquent de rejeter la solution — qui satisfait à l'équité — proposée par l'autorité administrative de surveillance. Aussi l'appel doit-il être admis et le droit aux rentes complémentaires maintenu au-delà du divorce. Il incombera

à la caisse intimée d'en reprendre le versement rétroactivement dès la date de la suspension. Force est néanmoins de constater que le simple renvoi à la rente d'orphelin de l'AVS, à l'article 35, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, laisse indécisées maintes questions essentielles et qu'il serait fort souhaitable de voir le législateur faire toute clarté utile.

4. L'OFAS propose d'autre part de charger la caisse de compensation de prendre les mesures nécessaires afin que les rentes soient utilisées en faveur des enfants pour lesquels elles sont dues.

La jurisprudence a reconnu que les rentes complémentaires pour enfants étaient destinées exclusivement à l'entretien et à l'éducation des enfants (ATFA 1964, p. 264 = RCC 1965, p. 376). Or, il est manifeste que la mère, à laquelle les enfants n'ont pas été confiés et qui ne doit pas non plus contribuer à leurs frais d'entretien, ne pourrait utiliser ces rentes conformément à leur but. Les articles 50 LAI, 45 LAVS et 76 RAVS exigent donc clairement qu'il soit fait droit à la demande présentée par le père des enfants et que la caisse effectue en ses mains le versement des rentes complémentaires.

*Arrêt du TFA, du 22 septembre 1965, en la cause A. J.*

**Article 41, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI.** Le délai de 3 ans pendant lequel une révision de la rente peut être entreprise en tout temps commence à courir dès la notification de la première décision de rente.

Pour déterminer si l'assuré a droit à des prestations de l'AI, le juge doit se fonder sur les circonstances existant lors de la notification de la décision.

*Articolo 41, capoverso 2, LAI. Il termine di 3 anni durante i quali si può eseguire in ogni tempo una revisione della rendita AI, decorre dalla notificazione della prima decisione di rendita.*

*Per stabilire se l'assicurato abbia diritto a prestazioni dell'AI, il giudice deve fondarsi sulle circostanze di fatto esistenti nel momento della notificazione della decisione della cassa.*

L'assuré, né en 1902, était paysan de la montagne et ouvrier du bâtiment. Il déposa une demande de prestations auprès de l'AI en mars 1960. Dans son rapport du 24 juillet 1960, le médecin informa la commission AI que l'assuré, atteint d'une grave affection cardiaque, devrait échanger son exploitation en montagne contre une entreprise agricole en plaine, où il lui serait possible de travailler moins péniblement; quant à l'activité accessoire d'ouvrier du bâtiment, elle n'entraînait plus en considération. L'office régional exprima l'avis qu'un changement de domicile n'entraînait guère en ligne de compte; de même, la recherche d'un travail moins pénible avait peu de chances d'aboutir. Sur quoi la commission AI examina la question de la rente et parvint, le 29 mars 1961, à la conclusion que l'assuré présentait une invalidité permanente de 70 pour cent dès le 1<sup>er</sup> janvier 1960 (entrée en vigueur de l'AI); après une période de trois ans, une révision devait être envisagée. Par décision du 12 juillet 1961, la caisse de compensation accorda à l'assuré une rente entière d'invalidité, de même que les rentes complémentaires pour sa femme et ses enfants.

Le 29 juin 1964, la caisse de compensation demanda à la commission AI de procéder à la révision de la rente. La commission AI apprit que pendant l'année 1963 et le premier semestre de 1964, l'assuré avait obtenu un revenu total de 8187 francs

en travaillant comme jardinier, cantonnier auxiliaire et ouvrier dans une grotte ouverte aux visiteurs. Se fondant sur ces renseignements, la commission AI admit, dans son prononcé du 14 octobre 1964, que l'invalidité de l'assuré n'atteignait plus que 50 pour cent. Par décision du 22 octobre 1964, la caisse de compensation alloua à l'assuré, à partir du 1<sup>er</sup> novembre 1964, une demi-rente et les rentes complémentaires correspondantes, en lieu et place de la rente entière.

Par jugement du 1<sup>er</sup> mars 1965, l'autorité cantonale de recours rejeta le recours de l'assuré contre cette décision.

L'assuré déféra le jugement cantonal au TFA, en concluant à ce que la rente entière continue de lui être accordée. A l'appui de cette demande, il fait valoir, dans l'essentiel, que le travail effectué dans la grotte était saisonnier et ne pouvait être exigé de sa part en raison de son affection cardiaque. Comme cantonnier auxiliaire, il n'aurait gagné, pièces à l'appui, que 1613 francs du 1<sup>er</sup> juillet 1964 au 31 mars 1965. Sans son invalidité, il aurait pu obtenir, en tant que menuisier et scieur, un revenu annuel de 12 000 à 13 000 francs.

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

1. Si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée (art. 41, 1<sup>er</sup> al., LAI). L'évaluation de l'invalidité peut être revue en tout temps durant les trois années qui suivent la première fixation de la rente et, par la suite, à l'expiration de chaque période de trois ans. Toutefois, si l'ayant droit prouve que son état de santé s'est beaucoup aggravé ou s'il est soumis après coup à des mesures de réadaptation, le nouvel examen aura lieu aussi au cours des périodes de trois ans (art. 41, 2<sup>e</sup> al., LAI).

2. Dans un arrêt (RCC 1966, p. 53), le TFA a déduit du sens de la loi que les périodes de trois ans selon l'article 41, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI — donc pas seulement les trois premières années — commencent à courir dès la notification de la première décision de rente. Le premier prononcé de la commission AI, qui est remis à la caisse de compensation chargée de rendre la décision, n'est pas déterminant. La commission AI ne se prononce que sur un élément du droit à la rente, c'est-à-dire le degré d'invalidité, tandis que, pour le reste, la détermination de la rente est du ressort de la caisse de compensation. En principe, selon la doctrine et la jurisprudence, un acte administratif ne peut déployer des effets juridiques avant d'être notifié (cf. p. ex. Imboden, Verwaltungsrechtsprechung, 2<sup>e</sup> édition, p. 331). Il s'ensuit qu'en règle générale, dans les procès en matière d'AI, il incombe au juge d'examiner la situation de droit au moment de la notification de la décision de caisse, et cela contrairement à la jurisprudence suivie jusqu'à présent, qui considérait la date du prononcé de la commission AI.

3. Aujourd'hui se pose la question de savoir quelles mesures doivent être prises pour que soit observé le délai de trois ans de l'article 41, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI. Si l'assuré demande la révision, il suffit que la requête d'ouverture de procédure soit déposée le dernier jour du délai (si ce terme peut avoir une importance pratique, étant donné qu'en cas d'aggravation importante de l'état de santé, la révision de la rente sera entreprise aussi au cours d'une période de trois ans). De même, dans l'assurance-accidents obligatoire, on exige simplement que l'assuré demande la révision de sa rente avant l'expiration du délai de trois ans de l'article 80 LAMA (cf. ATFA 1942, p. 7).

Cependant, s'il suffit que l'assuré présente une demande le dernier jour d'une période de trois ans selon l'article 41, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI pour observer le délai de revi-

sion, on se bornera à exiger, en cas d'ouverture d'office de la procédure de révision, que les organes de l'AI aient introduit la révision de la rente au plus tard le dernier jour d'une période de trois ans. Exiger, en cas de révision d'office, que la décision de révision soit rendue déjà avant l'expiration d'une telle période, ce serait contredire le principe de l'égalité de traitement entre les parties. A ce propos, il faut avant tout considérer que la procédure de révision exige, en règle générale, un examen approfondi, et nécessite en particulier des certificats médicaux, sans que le temps nécessaire à ces démarches puisse être apprécié même approximativement avec certitude. L'AI, qui n'a pas de service médical propre pour effectuer ces enquêtes, doit en outre recourir à l'aide de médecins praticiens souvent surchargés.

Toutefois, une révision de rente n'est tenue formellement pour introduite que s'il ressort des pièces que les organes de l'AI ont pris des mesures en vue de son exécution. Une de ces mesures est la demande de la caisse de compensation à la commission AI de procéder à la révision. Comme la caisse de compensation est un organe de l'AI, une telle demande implique l'introduction d'une révision d'office; la révision sur demande ne peut — selon la pratique administrative — émaner que de l'assuré ou de son représentant. Bien que des actes administratifs internes suffisent, lors de révisions d'office, à faire respecter le délai de trois ans selon l'article 41, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI, il apparaît pourtant souhaitable que l'assuré ait connaissance de l'ouverture d'une telle procédure. Il incombe cependant à l'OFAS de donner aux organes de l'AI toutes directives à ce sujet.

Puisque, dans le domaine de l'AI, le délai de trois ans de l'article 41, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI est réputé observé par la requête de l'assuré ou à la suite de l'introduction de la procédure de révision par un acte interne à l'administration, la décision de révision elle-même peut être rendue aussi en dehors de ce délai. On peut laisser indécise aujourd'hui la question de savoir si la révision de la rente doit en principe sortir ses effets déjà depuis la fin d'une période de trois ans, lorsque la décision de révision — à supposer que la procédure ait été introduite à temps — est notifiée seulement pendant la période subséquente. De même, l'autre question, celle des conséquences du retard injustifié d'une telle décision, peut rester en suspens.

Il est vrai que, selon les arguments de Maurer (Recht und Praxis, 2<sup>e</sup> édition, p. 248 et 249), en cas de révision d'office dans l'assurance-accidents obligatoire, la nouvelle décision de rente est généralement notifiée déjà avant l'expiration du délai de trois ans de l'article 80 LAMA. Le TFA n'a cependant pas à se prononcer aujourd'hui sur cette pratique et, en particulier, n'a pas à examiner si et dans quelle mesure la réglementation légale de l'AI au sujet de la révision d'office vaut également dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire.

4. En l'espèce, la première décision de rente a été rendue le 12 juillet 1961 et a été notifiée à l'assuré un des jours suivants, de sorte que la première période de trois ans prit fin au milieu du mois de juillet 1964. Il ressort des pièces du dossier que la caisse de compensation a demandé une révision à la commission AI le 29 juin 1964. La procédure de révision a donc été ouverte dans le délai. En conséquence, aucun empêchement formel ne s'opposait à la décision de révision qui, fondée sur un prononcé de la commission AI, a été rendue le 22 octobre 1964. Il reste à examiner si le taux d'invalidité de l'assuré s'est modifié à tel point, depuis la notification de la première décision de rente, qu'au lieu de la rente entière primitivement accordée, seule une demi-rente peut désormais être allouée.

5. L'assuré a droit à une rente entière lorsqu'il est invalide pour les deux tiers ou moins; si le taux d'invalidité se situe entre 50 et 66 % pour cent, seule une demi-rente peut être allouée (art. 28, 1<sup>er</sup> al., LAI). Pour l'évaluation de l'invalidité, le

revenu du travail que l'invalidé 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).

Il ressort de l'enquête que l'assuré a obtenu un revenu total de 8187 francs pour 1963 et pour la première moitié de 1964, ce qui correspond à un revenu annuel d'environ 4500 francs. Il n'est pas suffisamment prouvé que les travaux grâce auxquels l'assuré a atteint ce revenu (jardinier, cantonnier auxiliaire, ouvrier dans une grotte) n'aient pu être exigés de lui. Si, en 1960, le médecin tenait visiblement l'assuré pour capable d'accomplir des travaux physiques pendant une assez longue période encore, malgré l'affection cardiaque, il proposait cependant d'échanger l'exploitation de montagne contre une entreprise en plaine; la seule occupation que le médecin déclarait exclue était celle d'ouvrier du bâtiment. Le revenu de 4500 francs effectivement acquis peut, en conséquence, être assimilé au revenu que l'invalidé peut obtenir en exerçant une activité exigible.

Une rente entière (fondée sur un taux d'invalidité de 66 ⅔ pour cent au moins) ne pourrait dès lors être allouée à l'assuré que si le revenu qu'il pourrait obtenir sans son invalidité atteignait 13 500 francs. Tel n'est évidemment pas le cas, étant donné qu'avant la survenance de l'invalidité, l'assuré était paysan de la montagne et ouvrier du bâtiment. Même si l'on admettait que l'assuré, sans son invalidité, ne travaillerait plus comme paysan, mais seulement comme aide-menuisier, il ne pourrait obtenir, d'après les estimations de l'OFAS, qu'un revenu variant entre 9600 et 10 300 francs environ. En conséquence, le taux d'invalidité serait inférieur à 66 ⅔ pour cent, même si le revenu que l'invalidé peut obtenir en exerçant une activité exigible était inférieur à 4500 francs.

En conséquence, c'est à bon droit que la caisse de compensation n'a alloué, dans la décision attaquée, qu'une demi-rente à l'assuré, ce qui conduit au rejet de l'appel. Si, en raison d'une aggravation sensible de son état de santé, l'assuré devait ne plus être capable d'obtenir le revenu acquis en 1963 et durant le premier semestre de 1964, il pourrait, en se fondant sur l'article 41, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI, déposer une demande de révision auprès de la commission AI au cours de la deuxième période de 3 ans qui a commencé en juillet 1964.

*Arrêt du TFA, du 7 octobre 1965, en la cause J. A.*

**Article 41, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI.** Pour que la révision de rente soit réputée intervenue durant les trois premières années, il n'est pas nécessaire que la nouvelle décision de la caisse soit notifiée à l'assuré avant l'expiration du délai de trois ans; il suffit que les organes de l'assurance aient ouvert d'office la procédure de révision dans le délai prescrit, et que l'ouverture de cette procédure résulte clairement des pièces.

*Articolo 41, capoverso 2, LAI. Per ritenere che la revisione della rendita sia stata fatta nei primi tre anni, non è necessario che la nuova decisione della cassa sia notificata all'assicurato prima della scadenza del termine di 3 anni; basta che gli organi dell'assicurazione abbiano iniziato d'ufficio la procedura di revisione, e che ciò risulti chiaramente dai documenti.*

L'assurée, née en 1915, présente de graves séquelles de tuberculose. Par prononcé du 20 janvier 1961, la commission AI, constatant que l'assurée travaillait alors à domi-

cile et avait réalisé un gain brut de 1345 francs en 1960, la déclara invalide à 76 pour cent. Ce prononcé donna lieu à la décision du 22 mars 1961 de la caisse de compensation, qui accorda à l'intéressée une rente entière extraordinaire d'invalidité, dès le 1<sup>er</sup> janvier 1960, en lieu et place de la rente ordinaire d'un montant inférieur. Cette rente fut d'ailleurs, par décision du 25 juin 1963, remplacée dès le 1<sup>er</sup> janvier 1963 par une rente ordinaire, le revenu retiré par l'assurée de son activité lucrative en 1962 — 4513 francs — n'autorisant plus le versement de la rente extraordinaire. Informée de ce fait, la commission AI ouvrit d'office une procédure de révision en invitant la Ligue contre la tuberculose, le 23 août 1963, à procéder à une enquête sociale. Une infirmière de ladite institution se rendit à cette fin chez l'intéressée, le 29 janvier 1964.

Par prononcé du 22 mai 1964, la commission AI constata que le taux de l'invalidité de l'assurée n'était plus que de 50 pour cent. Conformément à ce prononcé, la caisse de compensation décida le 17 juin 1964 que l'intéressée n'avait plus droit qu'à une demi-rente à partir du 1<sup>er</sup> juillet 1964.

Par jugement du 2 avril 1965, la commission cantonale de recours admit le recours interjeté par l'assurée, pour le motif que la révision était intervenue en dehors du délai légal. Elle reconnut à l'assurée le droit à une rente entière jusqu'au 21 mars 1967 et invita la caisse de compensation à fixer le nouveau montant de la rente (extraordinaire) que l'intéressée pouvait prétendre dès le 1<sup>er</sup> janvier 1964.

Le TFA a admis l'appel interjeté par l'OFAS pour les motifs suivants :

1. Selon l'article 28, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, l'assuré a droit à une rente lorsqu'il est invalide pour la moitié au moins ; dans les cas pénibles, une rente peut être allouée déjà lorsque l'assuré est invalide pour les deux cinquièmes au moins. Lorsque celui-ci est invalide pour moins des deux tiers, le montant de la rente est réduit de moitié. Aux termes de l'article 28, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI, le degré de l'invalidité est évalué par comparaison entre le revenu du travail que l'assuré « 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 », et le revenu « qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide ». Il s'agit donc, en principe, de comparer deux revenus hypothétiques.

Selon la jurisprudence du TFA, l'administration est habilitée à revenir sur une décision antérieure quand celle-ci était sans nul doute erronée et pourvu que la correction revête une importance appréciable. Le juge ne peut toutefois pas l'y obliger ; il doit se borner à examiner si l'administration a agi dans les limites de sa compétence, lorsqu'elle est revenue sur une décision passée en force. En dehors des cas prévus à l'article 85, 2<sup>e</sup> alinéa, lettre h, LAVS, qui concerne la révision des jugements des autorités de recours, mais qui est applicable aussi, par analogie, aux prononcés des organes administratifs de l'assurance, il appartient à ces derniers seulement de déterminer, eu égard aux exigences de leurs fonctions, si une décision doit être reconsidérée ou non ; l'OFAS peut aussi leur adresser les directives appropriées (cf. p. ex. ATFA 1963, p. 84, et la jurisprudence citée = RCC 1963, p. 273).

Aux termes de l'article 41, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, d'autre part, « 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 ». L'article 41, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI dispose que « l'évaluation de l'invalidité peut être revue en tout temps durant les trois années qui suivent la première fixation de la rente et, par la suite, à l'expiration de chaque période de trois ans. Toutefois, si l'ayant droit prouve que son état de santé s'est beaucoup aggravé, ou s'il est soumis après coup à des mesures de ré-

adaptation, le nouvel examen aura lieu au cours des périodes de trois ans. » La cour de céans a déjà déclaré (RCC 1966, p. 53) que le point de départ de la première période de revision coïncide avec le jour de la notification de la première décision de rente. Elle a expressément précisé dans un arrêt non publié que ce jour détermine également les périodes de revision ultérieures. Dans ce même arrêt, elle a encore déclaré qu'il suffit, pour que la revision puisse intervenir, que les organes de l'assurance aient ouvert d'office la procédure de revision dans le délai prescrit. Il n'est pas nécessaire dès lors que la nouvelle décision de la caisse de compensation soit notifiée à l'assuré avant l'échéance de ce délai-là; il faut en revanche que l'ouverture de la procédure de revision résulte clairement des pièces.

Dans un autre arrêt (ATFA 1964, p. 183 = RCC 1965, p. 49), enfin, le TFA a estimé que les instructions contenues dans la circulaire de l'OFAS, du 26 novembre 1962, concernant la revision des rentes et des allocations pour impotents, quant au point de savoir à partir de quel moment une décision de revision doit porter effet, n'étaient pas contraires à la loi, en réservant toutefois son opinion définitive sur ce sujet. Dans un arrêt non publié, le tribunal de céans a adopté la solution préconisée par ces instructions; il s'agissait d'un cas de revision intervenue au cours de la première période prévue à l'article 41, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI.

2. On peut se dispenser d'examiner dans l'espèce, comme le voudrait l'OFAS, si les organes de l'assurance étaient fondés à revenir sur l'une ou l'autre des décisions de rente intervenues avant le 17 juin 1964 pour le motif qu'elles étaient manifestement erronées. Il suffit en effet d'examiner la présente affaire à la lumière des dispositions de l'article 41 LAI et de la jurisprudence rappelée plus haut; car les conditions formelles et matérielles d'une revision ordinaire sont remplies en l'occurrence, comme il va être exposé ci-dessous. Il convient néanmoins de préciser que l'assurée n'a pas violé l'obligation de renseigner qui lui incombait en vertu de l'article 77, 1<sup>er</sup> alinéa, RAI: dans la feuille d'enquête qu'elle a remplie le 28 mai 1963 à l'intention de l'AI, elle a déclaré avoir gagné en 1962 la somme de 4513 francs, revenu le plus élevé qu'elle ait réalisé de 1960 à 1964. Elle pouvait donc tenir pour exécutée l'obligation qu'elle avait de renseigner l'administration sur toute modification importante de sa capacité de travail ou de gain. Dans ces circonstances, on peut également laisser indécidée la question de savoir si, dans le cadre de l'article 41 LAI, la réadaptation spontanée de l'assurée — en l'absence de toutes mesures de réadaptation — autoriserait une revision de la rente durant les périodes triennales qui suivent celle pendant laquelle le droit à la rente peut être revu en tout temps.

Ainsi qu'il l'a été affirmé ci-dessus, les conditions d'une revision sont toutes remplies dans le cas particulier. Du point de vue formel, la commission AI a ouvert d'office une procédure de revision — dont l'assurée a eu connaissance en janvier 1964, lors d'une visite d'une infirmière sociale de la Ligue contre la tuberculose — le 23 août 1963 au plus tard, soit dans le délai prescrit à l'article 41, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI. Du point de vue matériel, l'assurée ne présentait plus en mai 1964 qu'un taux d'invalidité dépassant de très peu 50 pour cent. Il résulte en effet des pièces que l'intéressée a gagné 3038 francs en 1963, montant qui semble correspondre à sa capacité de gain résiduelle réelle. Comparé à un revenu de 6100 francs, qui est celui d'ouvriers qualifiés et semi-qualifiés (art. 26, 1<sup>er</sup> al., RAI), ce gain fait bien apparaître un taux d'invalidité légèrement supérieur à 50 pour cent. C'est donc une demi-rente seulement que l'intimée peut prétendre depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1964, conformément aux instructions de l'autorité de surveillance sanctionnées en principe par le tribunal de céans dans l'arrêt mentionné plus haut (ATFA 1964, p. 183 = RCC 1965, p. 49).

3. Il y a néanmoins lieu de renvoyer le dossier à la caisse de compensation pour qu'elle vérifie si les conditions d'octroi d'une rente extraordinaire en lieu et place de la rente ordinaire d'un montant inférieur n'étaient pas à nouveau remplies le 1<sup>er</sup> janvier 1964, en raison de l'augmentation des limites de revenu applicables; ensuite, la caisse fixera à nouveau le montant de la rente, dès le 1<sup>er</sup> juillet 1964 seulement, voire dès le 1<sup>er</sup> janvier 1964 déjà, le cas échéant.

*Arrêt du TFA, du 17 novembre 1965, en la cause O. E.*

**Article 41, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI.** Les délais de 3 ans ne sauraient être interrompus ou modifiés au gré des réserves formulées par les tribunaux ou par les organes administratifs. Les révisions entreprises sont sans effet sur le cours des délais. En cas de réadaptation de l'assuré, une révision en faveur de celui-ci n'est possible en cours de période triennale que si les mesures de réadaptation sont fournies par l'assurance.

*Articolo 41, capoverso 2, LAI. I termini di 3 anni non possono essere interrotti o modificati secondo riserve in materia di revisione formulate dai tribunali o dagli organi amministrativi. Le revisioni iniziate sono senza effetto sul corso dei termini. In caso d'integrazione dell'assicurato, è possibile, nel primo triennio, procedere ad una revisione a suo vantaggio soltanto se i provvedimenti integrativi sono concessi dall'assicurazione.*

L'assuré, né en 1917, portier d'hôtel, a été atteint de schizophrénie aiguë en 1953. Après une première hospitalisation, il put de nouveau travailler à plein temps jusqu'en 1956. Depuis lors, la maladie, qui est devenue chronique et cyclique, nécessite toujours de nouvelles hospitalisations. Dans les intervalles, l'assuré travaille dans sa profession, bien que, même dans ces périodes d'amélioration, son état reste nettement défectueux et difficilement supportable pour l'entourage.

Le 7 juin 1960, à la suite d'une demande de prestations, la caisse de compensation alloua à l'assuré une demi-rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> mars 1960. Cette rente subit ultérieurement plusieurs révisions. La caisse accorda une rente entière dès le 1<sup>er</sup> février 1962 (décision du 22 janvier 1962), rente qui fut d'ailleurs à nouveau remplacée par une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> août 1962 déjà (décision du 12 juillet 1962). Par décision subséquente du 1<sup>er</sup> juin 1964, la caisse attribua à l'assuré la moitié de la rente entière d'invalidité pour couple à partir du 1<sup>er</sup> août 1963 (l'autre moitié revenant à la femme, également invalide, de l'assuré). A partir du 1<sup>er</sup> octobre 1964, l'assuré obtint, par décision du 16 septembre 1964, la moitié de la demi-rente d'invalidité pour couple (l'autre moitié étant versée à nouveau à la femme invalide). Toutes ces décisions sont passées en force.

Du 7 août au 17 octobre 1964, l'assuré fut à nouveau hospitalisé, mais put reprendre par la suite son activité de portier d'hôtel. Le 7 janvier 1965, la commission AI ouvrit une nouvelle procédure de révision de rente; elle parvint à la conclusion que l'invalidité de l'assuré n'atteignait plus 50 pour cent en moyenne et qu'il convenait dès lors de supprimer la rente dès le terme le plus proche. Se fondant sur ce prononcé, la caisse de compensation fit savoir à l'assuré, par décision du 23 janvier 1965, que le versement de la rente serait suspendu dès la fin du mois de janvier 1965.

Par jugement du 10 mai 1965, la commission cantonale de recours rejeta le recours formé par l'assuré contre cette décision. Elle parvint également à la conclusion que l'incapacité de gain de l'assuré était actuellement inférieure à 50 pour cent. Au sujet des délais de revision, elle expliqua que la commission AI avait prévu une revision pour le 30 juin 1964, de sorte que, « conformément à la réglementation, une telle revision devait avoir lieu à ce moment ».

L'assuré a déféré le jugement cantonal au TFA. Il demande que la rente continue à lui être versée et fait valoir qu'il a été de nouveau hospitalisé.

La caisse de compensation propose le rejet de l'appel. Dans son préavis, l'OFAS ne fait aucune proposition précise, mais demande si la dernière revision est ou non intervenue au cours de la période pendant laquelle la revision ne peut avoir lieu; la réponse varie selon que le délai de revision commence à courir dès la notification de la première décision de rente ou bien selon qu'une modification du droit à la rente interrompt le délai. En outre, il faut se demander si l'obtention d'une nouvelle place mieux rétribuée ne doit pas être considérée comme une mesure de réadaptation, ce qui rendrait possible la revision du droit à la rente.

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

1. Les décisions de revision notifiées entre le 22 janvier 1962 et le 16 septembre 1964 sont entrées en force et ne peuvent en conséquence être examinées dans la présente procédure. Cependant, on peut observer que cette continuelle adaptation de la rente aux circonstances économiques données ne correspond guère au sens de l'article 41 LAI sur les revisions. Pendant la première période de revision de trois ans, une revision n'aurait été admissible que si l'on avait pu conclure à une modification importante en se fondant sur l'invalidité moyenne au cours d'une période prolongée; mais puisque, comme déjà dit, les décisions mentionnées sont entrées en force, de plus amples développements sur cette question sont aujourd'hui superflus.

2. Est litigieuse la question de savoir si la rente courant à partir du mois d'octobre 1964 pouvait être révisée en janvier 1965. L'article 41, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI dispose que l'évaluation de l'invalidité peut être revue en tout temps durant les trois années qui suivent la première fixation de la rente et, par la suite, à l'expiration de chaque période de trois ans. Toutefois, si l'ayant droit prouve que son état de santé s'est beaucoup aggravé ou s'il est soumis après coup à des mesures de réadaptation, le nouvel examen aura lieu au cours des périodes de trois ans.

L'autorité de première instance a exposé, au sujet des délais de revision, que la commission AI avait prévu une revision pour le 30 juin 1964 et que, pour cette raison, une telle revision avait dû être exécutée à cette date. Ce qu'il faut entendre par là n'est pas tout à fait clair. D'abord ce n'est pas la revision de juin 1964, mais celle de janvier 1965 qui est litigieuse; en outre, une réserve de revision de la commission AI ne peut en aucun cas influencer le cours des délais de trois ans prévus à l'article 41, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI. Ce sont des délais légaux qui ne peuvent être modifiés ni par une décision administrative, ni par un jugement.

Le délai légal, en tant que condition obligatoire de la revision, n'est respecté que si les délais de trois ans sont comptés à partir de la première fixation de la rente, c'est-à-dire dès la notification de la première décision octroyant la rente; peu importe que des revisions aient eu lieu ou non au cours du délai. Dès lors, des revisions d'office ou sur demande de l'assuré n'ont aucune influence sur le cours des délais. Si une revision qui intervient pendant les trois premières années faisait courir un

nouveau délai de trois ans, on devrait se demander de quelle sorte serait cette nouvelle période, s'il s'agit d'une nouvelle première période de trois ans ou de la deuxième période triennale — ce qui dans le premier cas étendrait et, dans le second cas, raccourcirait illégalement le délai où la révision peut intervenir en tout temps. De semblables conséquences se produiraient si une révision intervenue au cours d'une des premières périodes subséquentes faisait courir une nouvelle période de trois ans.

Le TFA a d'ailleurs déjà jugé (cf. RCC 1966, p. 151) que les périodes de trois ans — et non seulement les trois premières années — commencent à courir à partir de la notification de la première décision de rente. Au demeurant, il a tenu pour admissible la notification d'une décision de révision au cours de la période sans révision, autant que la procédure de révision a été introduite dans les délais légaux. En se plaçant au même point de vue, il est nécessaire de procéder à la même computation des délais pour que les périodes légales soient respectées.

Toutefois, ces considérants ne valent que si la rente a été accordée sans discontinuer. Si elle a notamment été suspendue au cours des périodes parce que le taux d'invalidité a diminué, les délais de l'article 41, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI cessent également de courir. (Reste indéçise la question de savoir si tel ne devrait pas aussi être le cas lorsque le droit à la rente est interrompu pendant un certain temps par l'exécution de mesures de réadaptation.) L'octroi d'une rente à la suite d'une nouvelle demande fait au contraire courir pour la première fois les délais au sens de l'article 41, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI. Cela montre en même temps qu'une nouvelle demande déposée après refus de la rente au sens de l'article 87, 4<sup>e</sup> alinéa, RAI ne cadre pas avec les prescriptions relatives à la révision.

3. Dans l'espèce, la première décision de rente a été rendue le 7 juin 1960 et a été manifestement notifiée à l'assuré l'un des jours suivants. En conséquence, la première période de trois ans, pendant laquelle une révision pouvait avoir lieu en tout temps, a pris fin au mois de juin 1963. La révision d'office entreprise en janvier 1965 — qui seule fait l'objet de la présente procédure — est ainsi intervenue au cours de la deuxième période (période sans révision). Dès lors, il était contraire au droit de supprimer en janvier 1965 la rente en cours depuis le 1<sup>er</sup> octobre 1964, indépendamment du fait que l'invalidité, à ce moment, ait subi une modification essentielle (question qui devrait d'ailleurs encore être éclaircie).

L'OFAS avait demandé si l'acquisition d'un poste de travail procurant à l'assuré une meilleure situation économique doit être considérée comme une mesure de réadaptation au sens de l'article 41, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI, ce qui permettrait une révision d'office également au cours des périodes pendant lesquelles, en principe, il n'y a pas de révision. Il faut répondre négativement. Si le seul fait que l'assuré obtient un meilleur gain justifiait la révision d'office pendant de telles périodes, cela signifierait dans une grande mesure la suppression de ces périodes. Puisque le législateur a introduit de telles périodes, on ne peut dire que l'assuré qui s'est réadapté lui-même ne mérite plus aucune protection juridique en ce qui concerne la continuation du versement de la rente, même si cela peut paraître choquant. En effet, le législateur a indubitablement pris en considération cette conséquence en introduisant, en faveur de la sécurité du droit de l'assuré, des périodes où la rente ne peut être révisée. Pour que soit réalisé le cas exceptionnel où la révision est admissible, à la suite de l'exécution de mesures de réadaptation, même dans les périodes où il n'y a pas de révision en principe, il faut que cette réadaptation constitue une prestation de l'assurance, ce qui n'est pas le cas d'un simple changement d'emploi, du moins dans les circonstances économiques actuelles. L'autoréadaptation de l'assuré ne saurait être

assimilée à une prestation de l'assurance, dont le succès rend superflue la rente primitive.

Indépendamment de ces considérations, il conviendrait encore ici d'examiner si l'activité exercée par l'assuré, et interrompue, d'après les allégations produites en instance d'appel, par une nouvelle hospitalisation, présente la stabilité nécessaire pour être considérée comme autoréadaptation.

4. Il s'ensuit que la rente courant à partir du 1<sup>er</sup> octobre 1964 (moitié de la demi-rente d'invalidité pour couple) doit donc continuer à être allouée, ce qui emporte l'annulation de la décision du 23 janvier 1965. On peut laisser indécise la question de savoir quel effet aurait la révision de la rente allouée à l'épouse invalide, et soumise à d'autres délais de révision, sur la rente de l'assuré pendant les périodes sans révision de cette dernière rente.

## CHRONIQUE MENSUELLE

Les instruments de ratification ayant été échangés au cours du mois de mars, l'accord complémentaire en matière d'assurances sociales conclu le 20 février 1965 avec l'Autriche, concernant les rentes extraordinaires de l'AVS pour les Autrichiens de la génération transitoire, entre en vigueur le 1<sup>er</sup> mai 1966.

\*

Après avoir reçu, en décembre dernier, l'agrément du Conseil des Etats, la nouvelle convention concernant l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, signée par la Suisse et la Principauté de Liechtenstein, a également été approuvée le 10 mars par le Conseil national. Il est dès lors possible d'engager la procédure de ratification. Selon l'usage, les caisses de compensation seront informées plus amplement sur la date de l'entrée en vigueur et sur les modalités d'application.

\*

Le 11 mars, le Conseil fédéral a édicté l'ordonnance concernant l'organisation et la procédure du Tribunal fédéral des assurances dans les causes relatives aux prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI. Vu l'étroite corrélation qui existe entre les prestations complémentaires et les rentes de l'AVS et de l'AI, il a été possible de déclarer simplement applicables les dispositions valables pour ces deux assurances. Un complément garantit le droit de recours en faveur des parties à la procédure de première instance. L'ordonnance est entrée en vigueur avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 1966.

\*

La Commission fédérale d'experts pour la révision de l'AI a chargé sa sous-commission III de réexaminer la réforme du système des indemnités journalières de l'AI. Cette sous-commission a donc tenu une nouvelle séance, le 11 mars, sous la présidence de M. Naef, de l'Office fédéral des assurances sociales, pour mettre au point ses propositions à ce sujet.

En outre, une sous-commission spéciale a été chargée d'étudier divers problèmes que pose le statut des Suisses à l'étranger dans l'AI. Elle s'est réunie le 22 mars sous la présidence de M. Frauenfelder, directeur de l'Office fédéral.

\*

Le 30 mars, les instruments de ratification de la nouvelle convention de sécurité sociale avec la République fédérale d'Allemagne, du 25 février 1964, ont été échangés à Berne. Conformément au dispositif de son article 48, la nouvelle convention entre en vigueur le 1<sup>er</sup> mai 1966. L'ancien accord du 24 octobre 1950, relatif aux assurances sociales, est abrogé à partir de cette date. En revanche, demeurent applicables les dispositions de l'accord complémentaire du 24 décembre 1962, qui fait partie intégrante de la nouvelle convention. Les

caisses de compensation recevront par la voie ordinaire les directives nécessaires à l'application de la convention.

\*

La conférence des caisses cantonales de compensation et l'Association des caisses de compensation professionnelles ont créé un *Centre d'information des caisses de compensation AVS*, aux travaux duquel l'Office fédéral des assurances sociales prendra également part. Une séance a eu lieu le 30 mars sous la présidence de M. E. Weber, gérant de la caisse AGRAPI; il y a été décidé de publier un mémento AVS/AI pour les ressortissants allemands. Ce mémento informera les intéressés de leurs droits et devoirs découlant de la nouvelle convention (voir ci-dessus).

\*

La *commission mixte de liaison entre les autorités fiscales et de l'AVS* a siégé le 31 mars sous la présidence de M. Granacher, de l'Office fédéral. Elle a discuté, en particulier, les modifications des directives sur les cotisations des travailleurs indépendants et des non-actifs, résultant de la révision du RAVS.

\*

Dans sa séance du 1<sup>er</sup> avril, le Conseil fédéral a décidé de fixer au 1<sup>er</sup> janvier 1966, avec effet rétroactif, l'entrée en vigueur de la *loi fédérale du 17 décembre 1965 modifiant la LFA* (cf. RCC 1966, p. 1).

\*

D'après les résultats disponibles aujourd'hui, le *compte d'exploitation de l'AVS pour 1965* se solde à nouveau par un excédent de recettes; celui-ci est d'environ 244 millions de francs (181 en 1964). Les recettes se sont élevées à 1927 (1792) millions, les dépenses à 1683 (1611) millions. Les prestations de l'assurance ont atteint la somme de 1670 (1600) millions, tandis que les frais d'administration étaient de 13 (12) millions; les cotisations des assurés et employeurs ont donné un total de 1354 (1235) millions. Pour la première fois depuis 1960, celles-ci ont augmenté de moins de 10 pour cent. Les contributions des pouvoirs publics ont atteint de nouveau la somme de 350 millions, alors que les intérêts du fonds de compensation augmentaient et atteignaient 223 (208) millions.

Dans les *comptes d'exploitation de l'AI*, les dépenses totales ont été d'environ 276 (252) millions, dont la moitié, soit 138 (126) millions, doivent être couverts par les contributions des pouvoirs publics. Celles-ci, jointes aux quelque 136 (124) millions de francs de cotisations versées par les assurés et les employeurs, ainsi qu'aux intérêts qui ont été un peu plus élevés, soit 2 (0,5) millions, sont parvenues à couvrir les dépenses presque entièrement; le déficit a été d'environ 70 000 (1,8 million) francs.

Dans le *compte d'exploitation des APG*, les dépenses ont été d'environ 137 (126) millions; les recettes, qui se composent de 135 (123) millions de francs de cotisations et de 5 (5) millions de francs d'intérêts, s'élevaient à 140 (128) millions. Il y a donc un excédent de recettes d'environ 3 (2) millions.

Les chiffres détaillés et définitifs du compte d'exploitation AVS/AI/APG seront publiés dès qu'ils auront été approuvés par le Conseil fédéral.

## Une nouvelle revision de l'AVS s'annonce

Au cours de la session de décembre 1965 des Chambres fédérales, cinq conseillers nationaux de tendances politiques différentes intervinrent en faveur d'une adaptation des rentes AVS et AI au renchérissement. Il s'agit des postulats Vontobel, Wyss, Dafflon et Mossdorf, ainsi que de la question écrite Heil. Le texte de ces interventions a été publié dans la RCC 1966, pages 23 à 25.

Lors de la séance du Conseil national du 24 mars 1966, les auteurs des quatre postulats eurent l'occasion de développer oralement leurs interventions. M. Tschudi, conseiller fédéral, chef du Département de l'intérieur, répondit ensuite aux postulats et à la question Heil. Il reconnut qu'il serait souhaitable d'adapter prochainement les rentes AVS et AI au renchérissement survenu depuis la 6<sup>e</sup> revision de l'AVS, et déclara que le Département avait déjà chargé l'Office fédéral des assurances sociales d'entreprendre les travaux préliminaires. La Commission fédérale de l'AVS/AI, à laquelle il incombe, selon la loi, de présenter des propositions au Conseil fédéral, se réunira à la fin d'avril pour étudier la question de cette adaptation des rentes. Le message du Conseil fédéral sera probablement prêt pour la session d'été, afin que le projet puisse être discuté par les Chambres dans les sessions de septembre et de décembre.

Le conseiller fédéral Tschudi rappela que la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI était entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1966, mais que dans plusieurs cantons, l'introduction de ces prestations était encore en cours. Une augmentation des rentes AVS et AI aura des conséquences sur les prestations complémentaires. Il faudrait éviter que cette adaptation ne nécessite, dans la plupart des cantons, de nouvelles votations populaires.

Trois postulats avaient demandé une *solution durable* de l'adaptation des rentes à l'évolution économique. Le chef du Département de l'intérieur n'a pas abordé, dans sa réponse, le fond de ce problème; il se borna à montrer que celui-ci n'était pas nouveau et que sa solution, très délicate, exigerait beaucoup de temps. L'AVS est devenue aujourd'hui un facteur si important que la question d'une adaptation automatique des rentes devait être examinée non seulement du point de vue de l'assurance, mais aussi du point de vue de l'économie publique. Le Conseil fédéral a chargé le Département de l'intérieur d'instituer à cet effet une commission d'experts qui comprendra principalement des spécialistes de l'économie.

Le conseiller fédéral Tschudi s'est déclaré prêt à accepter ces postulats. Ceux-ci n'ayant pas été attaqués au Conseil national, le président les a considérés comme acceptés.

Ainsi, une nouvelle revision de l'AVS a été mise en marche. Les auteurs des postulats ont exprimé l'espoir que leur proposition essentielle, soit une adaptation rapide au renchérissement survenu depuis janvier 1964, trouve sa réalisation.

tion le 1<sup>er</sup> janvier 1967. Ils ont parlé en outre d'une augmentation linéaire des rentes de 10 pour cent. Cependant, on ignore absolument, pour le moment, quelle solution sera adoptée. Tout ce que l'on peut dire, c'est que les caisses de compensation AVS doivent s'attendre à une augmentation générale des rentes effectuée vers la fin de l'année courante.

Le 25 mars 1966, la sous-commission de l'équilibre financier de la Commission fédérale de l'AVS/AI a tenu une séance. Elle a examiné la situation financière de l'AVS au 1<sup>er</sup> janvier 1967 à l'intention de la commission plénière, qui va siéger, comme déjà dit, à la fin d'avril.

## **Les tâches de l'Office fédéral des assurances sociales en matière de contentieux AVS / AI / APG**

D'après la loi, les caisses de compensation sont tenues d'établir tous les actes administratifs concernant les créances ou les dettes d'un assuré ou d'un cotisant sous forme d'une décision écrite, contre laquelle l'intéressé peut recourir dans les 30 jours. Ces recours sont jugés par des autorités cantonales de recours indépendantes de l'administration; les jugements sont notifiés non seulement au recourant et à la caisse de compensation, mais aussi à l'Office fédéral des assurances sociales.

Ainsi, l'Office fédéral a, dans les limites de son obligation de surveillance, la possibilité d'examiner les jugements cantonaux et de les déférer au Tribunal fédéral des assurances si l'équité semble l'exiger. Il voue toute son attention à cette tâche importante.

Les jugements cantonaux sont enregistrés puis transmis pour examen aux sections compétentes. Il est souvent nécessaire de demander les dossiers aux autorités cantonales de recours, afin que l'état de fait et la situation juridique puissent être précisés. L'Office fédéral dispose seulement d'un délai de 30 jours pour faire éventuellement appel. Si ce délai s'écoule sans avoir été utilisé, le jugement cantonal passe en force.

Si un jugement cantonal est déféré au Tribunal fédéral des assurances par un assuré, un cotisant ou une caisse de compensation, ce tribunal invite l'Office fédéral des assurances sociales à se prononcer sur le cas litigieux sous forme d'un préavis. Celui-ci doit être présenté dans un certain délai; il nécessite une étude approfondie des dossiers et se termine en général par un rapport de plusieurs pages.

Les tableaux suivants, établis d'après les données de l'année 1965, montrent l'importance du travail que le service juridique AVS/AI/APG occasionne à l'Office fédéral des assurances sociales.

## Service juridique AVS / AI / APG

### Vue d'ensemble

Nombre de cas

Tableau 1

Branche d'assurance	Jugements cantonaux examinés	Appels au TFA	Préavis au TFA
AVS	1630	10	100
AI	2682	70	261
APG	42	2	4
Total	4354	82	365

### Appels et préavis au TFA répartis selon les domaines

Nombre de cas

Tableau 2

Domaine	AVS	AI	APG	en tout
	Appels au TFA			
Cotisations . . . . .	7	—	—	7
Rentes et indemnités journalières . . . . .	3	33	2	38
Réadaptation . . . . .	—	36	—	36
autres domaines . . . . .	—	1	—	1
Total . . . . .	10	70	2	82
	Préavis au TFA			
Cotisations . . . . .	75	—	—	75
Rentes et indemnités journalières . . . . .	23	130	4	175
Réadaptation . . . . .	—	117	—	117
autres domaines . . . . .	2	14	—	16
Total . . . . .	100	261	4	365

C'est à l'AI que se rapportent la plupart des jugements cantonaux, des appels et des préavis. Les cas de rentes et de réadaptation se contrebalancent à peu

près. Dans le domaine de l'AVS, ce sont les problèmes de cotisations qui se posent le plus fréquemment. Le régime des APG, pour sa part, fonctionne si bien qu'il n'occupe les tribunaux que fort rarement.

## **La reconnaissance des agents d'exécution dans l'assurance-invalidité**

L'AI place au premier plan la réadaptation des invalides. Elle prévoit l'octroi de mesures de réadaptation nombreuses et diverses : mesures médicales, formation scolaire spéciale, mesures d'ordre professionnel, etc. Contrairement à ce qui se passe dans certaines assurances étrangères, l'AI ne possède toutefois pas ses propres institutions. Quand des mesures de réadaptation doivent être appliquées, la commission AI compétente en charge des personnes ou institutions publiques ou privées, que l'on appelle « agents d'exécution », ou encore elle se borne à allouer à l'assuré des contributions à ses frais, par exemple en matière de formation scolaire spéciale ou de formation professionnelle initiale.

L'AI ne veut toutefois financer que des mesures de réadaptation exécutées conformément aux règles de l'art, faute de quoi le but poursuivi ne serait pas atteint. C'est pourquoi l'article 26 LAI permet de limiter le cercle des personnes et des établissements auxquels l'AI peut faire appel et entre lesquels, le cas échéant, l'assuré peut exercer son choix.

L'assuré a le libre choix entre les médecins, dentistes et pharmaciens porteurs du diplôme fédéral, ainsi qu'entre les personnes autorisées par un canton à pratiquer l'art médical ou dentaire en vertu d'un certificat de capacité scientifique. Ces personnes ne peuvent être privées de la faculté de traiter les assurés que par un tribunal cantonal arbitral, organisé paritairement (art. 26, 5<sup>e</sup> al., LAI).

Quant aux autres agents d'exécution de l'AI, c'est-à-dire les établissements de toutes sortes, les fournisseurs de moyens auxiliaires et le personnel paramédical, ils ne peuvent pas, en général, se prévaloir d'un certificat de capacité scientifique reconnu sur l'ensemble du territoire fédéral. Aussi le Conseil fédéral a-t-il été chargé d'établir, après avoir entendu les associations intéressées, des règles générales selon lesquelles ces catégories de personnes et ces établissements seraient reconnus. Il a délégué cette compétence au Département fédéral de l'intérieur (art. 24, 1<sup>er</sup> al., RAI).

\*

Jusqu'ici, seules les écoles spéciales ont été soumises à une procédure formelle de reconnaissance, en vertu d'une ordonnance du Département fédéral de l'in-

térieur du 29 septembre 1961. De cette façon, on a pu faire en sorte que des subsides à la formation scolaire spéciale soient seulement alloués à des enfants invalides qui reçoivent un enseignement approprié à leur état. La procédure de reconnaissance ainsi instituée a aussi contribué, de l'avis général, à améliorer de façon appréciable les conditions de l'enseignement spécialisé.

L'article 26, 4<sup>e</sup> alinéa, LAI permettrait à l'autorité fédérale de soumettre à une procédure semblable la totalité des établissements, fournisseurs de moyens auxiliaires et personnel paramédical. On y a toutefois renoncé en raison de l'énorme travail administratif que nécessiterait une telle opération. En effet, même si l'on reconnaissait globalement certaines catégories d'agents en possession d'un certificat cantonal de capacité, il n'en faudrait pas moins introduire une procédure de reconnaissance individuelle dans les cantons où telle profession n'est pas réglementée. D'autre part, nombre d'agents n'ont affaire qu'à un nombre relativement peu élevé d'assurés de l'AI et n'auraient qu'un intérêt relatif à demander leur reconnaissance.

L'AI a d'ailleurs d'autres moyens de ne payer que les services et objets fournis par des personnes ou établissements travaillant de façon satisfaisante : le personnel paramédical est déjà soumis, dans maint canton, à des dispositions cantonales réglementant l'exercice de sa profession. D'autre part, la commission AI compétente n'alloue que les mesures propres à améliorer la capacité de gain de l'assuré (art. 9, 1<sup>er</sup> al., LAI), et l'on ne peut guère considérer comme telles des mesures appliquées par une personne ou une institution qui ne travaillerait pas conformément aux règles de l'art. De cette façon, la commission AI peut déjà limiter le choix de l'assuré, choix qui ne saurait d'ailleurs être absolu (art. 26, 1<sup>er</sup> al., 2<sup>e</sup> phrase : « autant que possible »).

Enfin, la surveillance qu'impliquerait une procédure de reconnaissance fondée sur l'article 26, 4<sup>e</sup> alinéa, LAI est moins nécessaire, parce que l'OFAS passe avec les associations de professions paramédicales, les établissements et ateliers de réadaptation et les fournisseurs de moyens auxiliaires, des conventions réglant leur collaboration avec l'AI. Il peut poser à cette occasion des exigences qui garantissent à l'assuré que les mesures de réadaptation octroyées seront appliquées conformément aux règles de l'art.

Il convient de mentionner également les subventions à la construction, à l'équipement et à l'exploitation, qui ne sont octroyées qu'aux établissements dirigés par des personnes compétentes (art. 99, 1<sup>er</sup> al., lettre d, RAI).

## Le sport des invalides

Il a toujours existé des invalides, mais les efforts entrepris pour leur venir en aide ont également une origine lointaine. Grâce à l'évolution de la sécurité sociale et à l'introduction de l'AI, le monde est plus conscient, aujourd'hui, de leur existence et des mesures prises en leur faveur. L'aide aux invalides, sans cesse modernisée, offre ses bons offices à l'assurance-invalidité nationale et la décharge d'une partie de son travail, souvent mieux que ne pourrait le faire une institution officielle. De son côté, l'assurance soutient les efforts de l'aide aux invalides. Cette collaboration, cette réciprocité constitue l'une des caractéristiques de la solution qui a été adoptée en Suisse dans ce domaine social. Le *sport des invalides* en donne un bel exemple.

\*

Le sport des invalides existe depuis la *première guerre mondiale*. C'est en effet dans les lazarets de 1914-1918 que l'on a donné pour la première fois, aux convalescents, l'occasion de prendre part à des exercices sportifs pour améliorer leur état général et ranimer leur courage.<sup>1</sup> Cette méthode fut appliquée aussi pendant la seconde guerre mondiale et fut étendue aux victimes de graves maladies et accidents; il faut y ajouter les invalides de naissance, qui souffrent de malformations congénitales.

Ainsi, la question du sport des invalides s'est posée également à notre pays, bien que la Suisse soit restée hors des conflits internationaux. Un premier pas fut accompli par les éclaireurs, qui instituèrent en 1924 le groupe des « Eclaireurs malgré tout » en faveur des enfants handicapés. Toutefois, à part cette exception et quelques autres (notamment la « Milchsuppe » de Bâle), il fallut attendre encore longtemps pour que le sport des invalides devînt une réalité et donnât lieu à des exercices systématiques.

La situation changea lorsque fut créée l'Ecole fédérale de gymnastique et de sport, à Macolin, avec ses cours pour moniteurs. La Fédération suisse pour l'intégration des handicapés dans la vie économique soutint activement le sport des invalides; elle avait institué à cet effet un groupe de travail qui devint, peu après, un organisme indépendant, la Fédération sportive suisse des invalides. De même, la Fédération suisse des organisations d'entraide pour malades et invalides, ainsi que l'Association suisse des invalides qui lui est affiliée, contri-

<sup>1</sup> Marcel Meier, Macolin: « Aufgaben und Ziele des Invalidensportes in der Schweiz », Berne 1965.

buèrent à développer ce genre de sport. Il est vrai que les ressources financières trop faibles constituaient un handicap sérieux, qui ne put être surmonté que grâce aux *subventions de l'AI pour l'organisation de cours*.

\*

Le sport des invalides cherche à atteindre un *double but*. Il vise à maintenir en bonne santé la partie de l'organisme qui n'a pas été atteinte par l'infirmité; il s'efforce d'améliorer le fonctionnement des membres et organes atteints. Sa mission est également d'ordre moral; grâce à lui, l'invalidé doit reprendre confiance en lui-même, surmonter ses doutes et ses craintes, retrouver le contact avec son entourage, récupérer son bien-être et sa joie de vivre. Si le sport parvient à ce beau résultat, il aura apporté une contribution précieuse à la réadaptation de l'invalidé.<sup>2</sup>

Ces buts montrent quelle est la voie à suivre par le sport des invalides. Le sport est particulièrement recommandable en cas de lésions orthopédiques (amputations, séquelles de fractures, malformations congénitales, etc.), en cas d'enraidissements des articulations, de paralysies des muscles ou des nerfs, de déficiences de la vue ou de l'ouïe; il peut être pratiqué aussi avec de bons résultats lorsque le patient éprouve certains troubles affectifs ou névrotiques, qui nuisent non seulement à sa capacité de travail, mais aussi à sa vie sociale.

Les exercices les plus appréciés sont la gymnastique proprement dite, avec ou sans engins, la marche, les jeux (p. ex. au ballon), et tout particulièrement la natation. L'eau, qui diminue la pesanteur, facilite les mouvements des membres affaiblis. Les bains thermiques sont salutaires en cas d'insuffisance circulatoire.

\*

Le sport des invalides est pratiqué principalement sous forme de *cours*. Nous renonçons à traiter ici la question controversée des compétitions. Il existe des cours annuels avec des leçons hebdomadaires de sport et de gymnastique, que l'invalidé peut fréquenter depuis son domicile, mais aussi des cours de week-end et des cours hebdomadaires organisés en un certain lieu<sup>3</sup>. Les cours sont dirigés, en général, par la Fédération sportive suisse des invalides et l'Association suisse des invalides, qui organisent elles-mêmes certains cours centraux. Les cours régionaux et locaux sont organisés par les nombreux groupements locaux. L'AI considère les cours sportifs comme des *cours pour développer*

---

<sup>2</sup> M. Max Frauenfelder, directeur de l'Office fédéral des assurances sociales, disait, lors de la Journée suisse des invalides organisée à l'Expo le 31 mai 1964: « L'invalidé doit devenir, de plus en plus, un homme comme les autres, il doit être capable de pratiquer son métier, de vivre sa vie comme ses collègues; il ne veut pas s'isoler, il veut au contraire s'intégrer, se joindre à la communauté. » (RCC 1964, p. 257.)

<sup>3</sup> Par exemple des cours de natation dans une station thermale, des cours de sport combinés avec des cours spéciaux pour moniteurs, des cours de ski pour aveugles et amputés.

*l'habileté des invalides*, en faveur desquels elle accorde des subventions allant jusqu'à 75 pour cent des frais. Ne sont considérés, cependant, que les frais occasionnés par une gestion judicieuse et économique. Ils concernent la direction du cours, l'assistance médicale, le personnel auxiliaire, les locaux et terrains utilisés (place de sport, salle de gymnastique, bassin), le matériel, le service de factage, les déplacements, les repas et le logement, etc.

\*

La qualité du travail qui se fait en matière de sport pour invalides dépend avant tout du nombre et des aptitudes des *moniteurs*.<sup>4</sup> Les plus qualifiés pour ce métier-là sont ceux qui ont reçu une formation de gymnastique curative<sup>5</sup> ou de pédagogie sportive. L'École fédérale de gymnastique et de sport a grandement contribué à instruire des moniteurs. Lors des délibérations consacrées à l'agrandissement de Macolin, en 1965, son rôle dans ce domaine a été souligné au Conseil national. Un postulat de la commission du Conseil national, accepté à cette occasion, soutient le sport des invalides et recommande, pour la formation de moniteurs, une étroite collaboration entre Macolin et la Fédération sportive suisse des invalides. L'AI considère les moniteurs de sport pour invalides comme du *personnel enseignant et spécialisé* au sens de l'article 74 LAI et soutient leur instruction par des subventions allant jusqu'à 75 pour cent des frais.

\*

Le sport des invalides s'est développé favorablement depuis l'introduction de l'AI. Le travail de ses pionniers a porté ses fruits; le financement a été facilité par l'assurance. En 1963, il y avait eu 70 *demandes de subventions*; ce nombre a atteint 80 en 1964 et a dépassé 90 en 1965. La procédure appliquée en la matière joue plus facilement et a pu être simplifiée. Pour la prise en compte des frais donnant droit à des subventions, on a adopté une méthode définitive qui n'est nullement mesquine. La *somme des subventions*, comme le nombre des demandes, a augmenté; de 89 500 francs en 1963, elle a passé à 144 000 francs en 1964 et à 158 000 francs en 1965. Pour chacune de ces années, l'AI a versé environ 20 000 francs en faveur de la formation des moniteurs. Mentionnons encore les subventions aux frais occasionnés par la préparation des cours (25 pour cent des dépenses).

\*

---

<sup>4</sup> Voir note 1.

<sup>5</sup> « Le sport des invalides n'est pas la gymnastique curative et ne la remplace pas. Les invalides dont l'infirmité exige encore un traitement de gymnastique curative sous surveillance médicale ne peuvent faire partie d'un groupe de sport des invalides. Néanmoins, les spécialistes de la gymnastique curative sont particulièrement aptes à devenir moniteurs de gymnastique pour les handicapés du mouvement. » Extrait d'une proclamation de l'ancien groupe de travail pour le sport des invalides.

N'existe-t-il pas, cependant, quelques ombres au tableau? Peut-on croire que le sport des invalides ne repose pas sur des bases financières suffisantes, et qu'il ne bénéficie pas, auprès des invalides eux-mêmes, de toute la faveur que l'on souhaiterait?

A part les frais de secrétariat, l'AI supporte la plus grande partie des dépenses, mais elle n'en assume pas la totalité; elle ne prend en charge, lorsque les autres recettes du cours dépassent un quart, que le découvert, et non les 75 pour cent. Et pourtant, sa contribution représente un soutien non négligeable. Que le sport des invalides, et au besoin le participant lui-même doivent supporter le restant de ces frais ne constitue certainement pas une exigence sur-humaine. Certes, il n'est pas toujours facile de se procurer l'argent nécessaire, mais le sport lui-même a déjà ouvert, à cet égard, des perspectives intéressantes.

La Fédération sportive suisse des invalides compte 400 à 500 participants réguliers à ses leçons de sport. En y ajoutant ceux qui appartiennent à d'autres organisations, on doit constater que le nombre des invalides sportifs est encore bien faible, comparé à l'effectif total des invalides. Remarquons, toutefois, qu'il est bien dans les traditions helvétiques de commencer modestement et de laisser l'œuvre entreprise s'accroître peu à peu; et ceci vaut également pour le sport des invalides. Comme nous venons de le montrer, les premiers pas ont été faits et le développement se poursuit normalement. Si le sport des invalides parvient à susciter encore plus d'intérêt, notamment parmi les invalides eux-mêmes, l'AI pourra continuer à soutenir cette œuvre en plein essor.

## **Les appareils ultrasoniques au secours des aveugles**

Il y a longtemps que diverses institutions et entreprises industrielles ont songé à faire bénéficier aussi les aveugles des progrès réalisés dans le domaine du son. L'accent a été mis en particulier sur la construction d'appareils qui signalent les obstacles à distance. Des savants anglais ont créé, en collaboration avec plusieurs organisations d'aide aux aveugles, un appareil ultrasonique (Ultra Sonic Aid for the Blind) qui a été remis à titre d'essai à des institutions dans une vingtaine d'Etats. Dans notre pays, la Fédération suisse des aveugles en fait actuellement un premier essai. D'après le témoignage de l'aveugle qui met cet appareil à l'épreuve, des obstacles tels que poubelles, boîtes à lait, vélos d'enfants, portes de jardin ouvertes, panneaux de signalisation, prises d'incendie, marches et bords de trottoir à la montée, clôtures en fil de fer, etc., peuvent être reconnus à une distance suffisante. En outre, un entraînement approprié doit permettre de déterminer la nature de l'obstacle (p. ex. pierre, bois, fer, haie vive) ou du sol (goudron, herbe, gravier, etc.). En revanche, les diffi-

cultés subsistent lorsqu'il s'agit de reconnaître à temps les marches et les bords de trottoir à la descente, ou de s'orienter au milieu d'un trafic intense.

Les expériences faites jusqu'ici montrent qu'il serait indiqué de poursuivre les essais; on ne saurait, en effet, se prononcer dès maintenant de façon catégorique sur les possibilités d'emploi des appareils ultrasoniques. Il est donc encore trop tôt pour décider si et dans quelle mesure la remise de tels appareils en tant que moyens auxiliaires se justifie dans le cadre de l'article 21 LAI. Les fabricants s'efforcent d'éliminer autant que possible les défauts constatés au cours des essais, et c'est seulement lorsqu'ils y seront parvenus qu'ils pourront envisager une production en série. Pendant la période d'essai, l'appareil ultrasonique coûtera quelque 1350 francs. Par la suite, le prix de vente pourra, espère-t-on, être réduit de moitié environ.

## **Une caisse de compensation peut-elle valablement retirer une dénonciation pénale ?**

Lorsque le gérant d'une caisse, se fondant sur l'article 208 RAVS, dénonce un acte punissable, il n'est pas rare de voir le coupable s'acquitter de ses obligations dès le dépôt de la dénonciation ou dès l'ouverture de l'enquête pénale. L'intéressé essaie au surplus d'obtenir de la caisse le retrait de la dénonciation, afin d'échapper ainsi à une condamnation. A supposer que la caisse soit prête à donner suite à une telle requête, on peut se demander s'il peut en résulter l'arrêt de la procédure pénale.

Ce n'est en principe pas possible. En effet, en cas de délits et de contraventions selon les articles 87 et 88 LAVS, le retrait de la dénonciation ne peut avoir aucun effet de procédure. En pareil cas, la poursuite du délit ne dépend pas de la volonté du lésé, comme c'est le cas pour certains délits dont la répression n'a lieu que sur plainte.

Si un assuré a contrevenu aux dispositions de la LAVS, il doit être poursuivi d'office. Par conséquent, l'auteur d'un délit dénoncé à l'autorité pénale parce qu'il a contrevenu à une obligation légale reste passible d'une peine même s'il s'exécute après coup. Il doit y avoir jugement dès que les éléments constitutifs du délit sont réunis; il appartiendra toutefois à la justice de tenir compte de faits nouveaux lors de la fixation de la peine.

En pratique, il arrive souvent que l'autorité pénale renonce à rendre un jugement et suspende la procédure lorsque la caisse de compensation a retiré la dénonciation. Dans un récent jugement, un tribunal de police a toutefois décidé que cette façon d'agir n'est pas admissible, pour les raisons exposées ci-dessus. Il a estimé ne pouvoir prendre en considération le retrait de la dénonciation

de la caisse de compensation, car, à son avis, les infractions à la LAVS doivent être poursuivies d'office, si bien que la procédure ne saurait devenir sans objet par retrait de la dénonciation. En l'espèce, il s'agissait des associés d'une société à responsabilité limitée, récemment dissoute, qui avaient, par leur comportement, empêché l'exécution régulière d'un contrôle d'employeur. Bien que la caisse de compensation ait retiré sa dénonciation, le tribunal les a reconnus coupables d'infraction aux dispositions de l'article 88, 2<sup>e</sup> alinéa, LAVS et les a condamnés à une amende.

## **Extrait du rapport annuel d'un atelier protégé**

La création d'un nombre accru d'ateliers d'occupation permanente est une des tâches essentielles de l'aide aux invalides. Elle pose de graves problèmes humains. Les réflexions suivantes, extraites du rapport annuel d'un de ces ateliers, en illustrent les particularités.

La double mission qui allait être confiée à l'établissement a été fixée dès l'origine. Il s'agissait, d'une part, de donner à des invalides physiques et mentaux une occasion de s'instruire, afin de permettre une réadaptation ultérieure. D'autre part, on comptait créer un atelier pour les handicapés qui ne pouvaient plus être réadaptés. Au cours d'une première étape, on commença donc par organiser un centre de réadaptation; parallèlement, on a entrepris, au cours de l'exercice écoulé, les premiers travaux en vue de la création de l'atelier pour invalides inaptes à la réadaptation. Cet atelier, conçu tout d'abord assez modestement, sera développé cette année et l'année prochaine. Aujourd'hui, il nous semble indiqué de montrer ce qu'est un atelier de ce genre, dont la création est certainement l'une des tâches les plus urgentes de l'aide aux invalides.

En même temps qu'il suit une formation professionnelle, l'invalidé parcourt intérieurement un chemin décisif. Après avoir fait l'expérience de son handicap, il prend conscience de sa qualité de travailleur. Si ce chemin est rendu praticable, et alors seulement, l'invalidé peut être vraiment intégré dans une communauté, et pas seulement dans le secteur du travail. Cette évolution est relativement facile lorsqu'après une période de formation, l'invalidé peut être placé dans une entreprise et se confirmer constamment, comme membre de la communauté de travail, qu'il est devenu un ouvrier à part entière. Il en va autrement de ceux qui, mentalement et physiquement handicapés, ne peuvent plus, pour toutes sortes de raisons, être réadaptés librement dans une activité professionnelle. Dans ces cas-là, l'atelier protégé représente une possibilité; mais c'est une possibilité restreinte: l'atelier est destiné en premier lieu à ceux qui ne peuvent plus être réadaptés, et non à l'invalidé en général pour des raisons de rendement.

Cependant, cette double solution: formation-réadaptation et entraînement au travail-atelier protégé ne saurait suffire; sinon, l'atelier protégé serait considéré par trop facilement comme un lieu où l'on occupe l'invalide et perdrait son caractère de véritable atelier. C'est pourquoi l'atelier doit offrir un travail productif dans une mesure adéquate; il ne doit pas détourner des énergies encore disponibles au profit d'une activité qui les épuise. Une fois posé ce principe, deux conclusions s'imposent: tout d'abord, l'atelier doit être non pas un point final pour celui qui ne peut plus être réadapté, mais bien plutôt un poste de relais correspondant à un certain stade de la formation. En d'autres termes: l'atelier protégé n'est, même sous d'autres appellations, qu'un atelier de réadaptation. C'est à cette fonction que doit correspondre l'équipe qui y travaille, et cela signifie qu'elle doit être composée de manière à permettre un travail productif à ceux qui ne peuvent plus être réadaptés. A ce propos, relevons que l'essai yougoslave de mêler, dans l'atelier protégé, des ouvriers handicapés à des ouvriers valides va peut-être trop loin; mais il est certainement juste de s'appliquer à fournir aux invalides du travail vraiment productif. De cette manière, bon nombre de ceux qui, au début, n'étaient plus réadaptables deviennent, au cours des années, susceptibles d'une réadaptation; seule une plus longue expérience permettra d'en préciser le nombre et les chances.

D'autre part, l'atelier protégé est aussi destiné à des invalides qui ne peuvent plus être réadaptés, non tant pour des motifs en relation directe avec leur infirmité, mais pour des raisons d'ordre psychique. Quiconque a une vue d'ensemble sur ce domaine sait que leur nombre est élevé. L'aptitude à travailler au sein d'une communauté de travail ne dépend jamais uniquement des connaissances purement professionnelles, mais dépend beaucoup des facteurs moraux qui y participent. Le savoir-faire n'offre en soi aucune garantie quant à la capacité d'exécution. Les invalides qui, à cause de leur infirmité, n'ont encore jamais pu faire d'expériences dans le domaine du travail en général posent des problèmes d'aide et d'instruction. Il en va de même de tous ceux qui, en raison de leurs propres dispositions, s'exposent à des difficultés particulières.

Cela signifie donc que les responsables d'un atelier protégé — s'ils veulent réellement qu'il se fasse un travail productif — doivent vouer leur attention aux facteurs sociaux et psychiques et, par conséquent, pratiquer une collaboration étroite avec les organes qui peuvent apporter de l'aide dans ce domaine. Cela ne signifie pas que l'atelier protégé doive engager un personnel spécial à cet effet; mais il devrait tirer profit, beaucoup plus que ce n'est le cas actuellement, des bons offices de tels organes, grâce à des contacts fréquents. S'il ne le fait pas, il néglige à son propre détriment des facteurs décisifs. Il est en effet extraordinairement difficile à l'homme valide de saisir l'importance des éléments psychiques et sociaux qui interviennent dans le travail d'un invalide. Nous ne pouvons pas nous contenter de procurer à l'invalide un emploi s'il en résulte pour lui une sorte d'exil, où tout l'environnement lui est étranger; l'atelier protégé a précisément la tâche, difficile mais indispensable, d'assurer son intégration humaine.

Parmi les attributions de l'atelier protégé, il y a, nous l'avons vu, l'occupation de l'invalidé qui n'est plus susceptible d'être réadapté. Cela signifie non pas que l'atelier représente pour l'invalidé la seule chance, mais que celui-ci a besoin d'un travail protégé. L'atelier protégé au sens traditionnel offre donc *une*, et non pas *la* possibilité de fournir un tel travail. L'invalidé qui ne peut plus être réadapté se trouve ainsi dans une situation particulière, parce qu'il ne peut pas exécuter un travail avec d'autres ou en concurrence avec d'autres; mais dès que la comparaison avec d'autres travailleurs tombe, alors il lui est tout à fait possible, à lui aussi, de fournir un travail productif. De telles conditions sont remplies, non seulement dans les ateliers protégés au sens traditionnel, mais encore dans le travail à domicile et dans les emplois protégés au sein d'une entreprise. C'est pourquoi nous avons adjoint à notre atelier protégé un service s'occupant du travail à domicile. L'expérience a montré qu'on offre ainsi aux handicapés la possibilité d'un travail productif convenant à ceux d'entre eux qui ne peuvent pas travailler dans un atelier.

Or, il est possible, dans beaucoup d'entreprises, de trouver un emploi permettant l'intégration d'un invalide qui ne serait, autrement, plus réadaptable. De tels emplois, cependant, ne peuvent être prévus dans un plan de réadaptation pour une date déterminée et pour n'importe quel handicapé; ils sont en général le résultat d'un concours de circonstances. L'atelier protégé ne peut se contenter d'attendre de telles occasions, mais il doit s'efforcer de les créer. C'est une des raisons pour lesquelles les facteurs d'ordre moral représentent un des éléments essentiels dans un atelier protégé.

## **Les rapports annuels des caisses de compensation**

Les caisses de compensation doivent présenter à l'Office fédéral des assurances sociales, chaque année, jusqu'au 30 avril, un rapport sur l'exercice écoulé. Jusqu'à fin mars, 14 de ces rapports sur l'année 1965 sont parvenus à l'Office. Celui-ci compte sur un envoi ponctuel des autres rapports.

## **Problèmes d'application de l'AVS et de l'AI**

### **Réfugiés tibétains : Fin de l'obligation de cotiser et début du droit à la rente**

Si la date de naissance d'un Tibétain réfugié en Suisse (cf. RCC 1964, p. 380) ne peut être établie, le dernier groupe du numéro d'assuré est constitué par le nombre 900. Aujourd'hui, une question se pose, celle de la date jusqu'à laquelle ces assurés sont tenus de cotiser et depuis laquelle ils ont droit à une rente de vieillesse.

Vu les circonstances, il paraît indiqué de fixer cette date au milieu de l'année. Autrement dit, les Tibétains que cela concerne sont tenus de cotiser jusqu'au 30 juin de l'année au cours de laquelle ils atteignent l'âge ouvrant droit à une rente de vieillesse; à partir du 1<sup>er</sup> juillet de cette même année, ils ont droit à ladite rente.

### **Pourboires des chauffeurs de taxis**

Selon le n° 194 de la circulaire sur le salaire déterminant, les pourboires des chauffeurs de taxis sont comptés dans le salaire déterminant dans la mesure où ils sont soumis à la perception des primes dues au titre de l'assurance-accidents obligatoire.

Comme la CNA le signale, le montant des pourboires des chauffeurs de taxis qui est déterminant pour la perception des primes a été fixé à nouveau en ce qui concerne le territoire rattaché à l'agence régionale de Bâle (cantons de Bâle-Ville et de Bâle-Campagne, plus les districts de Rheinfelden AG, Laufen BE et Dorneck/Thierstein SO). Ce montant a été porté de 7 à 10 *pour cent* des recettes du chauffeur, dès le 1<sup>er</sup> janvier 1966, d'entente avec les associations d'employeurs et d'employés. La même augmentation s'applique aux cotisations AVS/AI/APG.

### **Méthodes médicales reconnues<sup>1</sup>**

Selon l'article 1<sup>er</sup>, 3<sup>e</sup> alinéa, OIC, sont réputés mesures médicales nécessaires au traitement d'une infirmité congénitale les actes médicaux reconnus efficaces par la science et qui permettent d'atteindre d'une manière simple et par des

<sup>1</sup> Extrait du Bulletin de l'AI n° 71.

moyens adéquats le but thérapeutique visé. Lorsqu'on examine le bien-fondé d'une demande, il ne suffit donc pas de vérifier si l'infirmité congénitale figure dans la liste; il faut aussi s'assurer que les mesures médicales prévues sont propres à atteindre leur but. En cas de doute à ce sujet, la commission AI doit, avant de se prononcer définitivement, soumettre le dossier à l'Office fédéral des assurances sociales.

### **Appareils acoustiques ; remise d'appareils à accumulateurs <sup>1</sup>**

Les appareils acoustiques sont en général munis de batteries ordinaires qui ne peuvent pas être rechargées. Le remplacement de celles-ci entraîne des frais qui varient suivant l'utilisation de l'appareil. Si ces frais représentent une charge trop lourde pour l'assuré, l'AI peut remettre un appareil acoustique à accumulateurs. Cependant, les appareils à accumulateurs ne sont d'un usage rationnel que s'ils doivent être utilisés régulièrement chaque jour pendant un certain nombre d'heures. Les frais de remplacement des accumulateurs sont des frais d'entretien; ils n'incombent pas à l'AI.

### **Prestation complémentaire et allocation pour impotent <sup>1</sup>**

Depuis l'introduction des prestations complémentaires à l'AVS/AI, une nouvelle question se pose, celle du rapport entre ces prestations et les allocations pour impotents.

Celles-ci ne font pas partie du revenu déterminant pour le calcul des prestations complémentaires, comme le dispose expressément l'article 3, 3<sup>e</sup> alinéa, lettre d, LPC.

Le droit aux allocations pour impotents ne prend naissance que si le revenu de l'impotent n'atteint pas la limite fixée à l'article 42 LAVS. Selon l'article 56, lettre c, RAVS, le revenu déterminant comprend les rentes, pensions et autres prestations périodiques qui, manifestement, n'ont pas le caractère d'assistance. Les prestations complémentaires ont, certes, le caractère de prestations d'assurance, puisque leurs bénéficiaires y ont un droit bien défini, susceptible de recours. D'autre part, elles ont aussi le caractère de prestations subsidiaires qui servent à assurer le minimum vital dans les cas seulement où les prestations d'assurance proprement dites ne peuvent y parvenir. Par conséquent, elles ne doivent pas non plus être prises en compte pour le calcul du revenu déterminant en matière d'allocation pour impotent.

---

<sup>1</sup> Extrait du Bulletin de l'AI n° 71.

## **Formule de demande pour mineurs ; numéros d'assuré <sup>1</sup>**

On trouve sur la formule de demande de prestations pour mineurs, au bord inférieur de la première page et au bord supérieur de la deuxième, deux cases rectangulaires destinées aux numéros d'assuré des parents du requérant. Quelques secrétariats de commissions AI ont émis des doutes sur la nécessité de telles indications.

Les numéros d'assuré des parents permettent d'établir s'il existe déjà des dossiers à leur nom et quelles prestations leur sont éventuellement accordées. A vrai dire, cela ne sert que rarement à déterminer les droits du mineur à des prestations, car l'obligation de l'AI envers celui-ci ne dépend pas de ce que les parents ont touché. Les numéros d'assuré des parents pourraient néanmoins avoir quelque utilité lors de l'examen des conditions générales d'assurance, par exemple pour les étrangers et les apatrides dont les parents doivent avoir habité un minimum de temps en Suisse ou versé un minimum de cotisations (art. 9, 4<sup>e</sup> al., LAI). Toutefois, il s'agit là de cas exceptionnels qui ne nécessitent absolument pas l'inscription systématique des numéros d'assuré des parents. C'est pourquoi les secrétariats des commissions AI sont libres de décider s'ils veulent inscrire ces numéros en plus de celui du mineur, et au besoin comment.

## **Demandes non fondées présentées à l'AI à la requête d'une caisse-maladie <sup>1</sup>**

Il arrive que des assurés présentent à l'AI, à la requête de leur caisse-maladie, une demande portant sur des mesures médicales, bien que les conditions d'octroi de ces mesures au sens de la LAI ne soient manifestement pas remplies (p. ex. en cas de hernie ombilicale, de phimosis, etc., qui ne figurent pas dans la liste des infirmités congénitales). Les organes de l'AI ne peuvent alors se dispenser de faire vérifier l'état de fait par un rapport médical et de rejeter la demande par une décision de la caisse de compensation.

De telles demandes occasionnent à tous les intéressés du travail inutile. Les secrétariats des commissions AI feront donc bien, en pareil cas, d'expliquer à la caisse-maladie intéressée quelle est la situation juridique et de l'inviter à ne point provoquer des demandes auprès de l'AI lorsque des prestations de cette assurance apparaissent manifestement exclues d'emblée.

Si, malgré cela, une caisse-maladie devait maintenir une telle pratique, le secrétariat AI peut soumettre le cas à l'OFAS, en lui envoyant toutes pièces nécessaires. L'OFAS s'adressera alors directement à la caisse-maladie, afin de poursuivre l'examen de la question.

---

<sup>1</sup> Extrait du Bulletin de l'AI n° 71.

## **Cours destinés à développer l'habileté des invalides ; subventions de l'AI<sup>1</sup>**

Pour financer les cours destinés à développer l'habileté des invalides, l'AI alloue des subventions aux associations centrales des organisations d'aide aux invalides, ainsi qu'aux organisations reconnues d'utilité publique qui leur sont affiliées et qui se consacrent entièrement ou dans une large mesure à cette aide. En revanche, les manifestations organisées par un home en vue de stimuler ses pensionnaires sur le plan physique ou psychique (conférences, leçons de gymnastique, etc.) ou d'occuper leurs loisirs font partie de ses attributions proprement dites ; elles ne peuvent, par conséquent, pas être considérées comme des cours au sens de la LAI.

### **BIBLIOGRAPHIE**

M<sup>e</sup> K. E. Detmers: **Etude de jurisprudence touchant principalement les interventions chirurgicales.** « Pro Infirmis », septembre 1965, p. 282 - 291.

**Directives concernant l'organisation des maisons d'éducation pour enfants et adolescents.** Publiées en janvier 1965 par la Conférence nationale suisse de service social sur la base des délibérations d'un groupe de travail, dans « L'information au service du travail social », 34<sup>e</sup> année, N<sup>o</sup> 5/6, Lausanne 1965, p. 3 - 12. En vente auprès de la Société suisse d'utilité publique, 8039 Zurich. (Cf. RCC 1965, p. 318.)

Edwin Elmer: **Die Bewertung der Naturalbezüge für die Steuerveranlagung.** Tirage à part du « Schweizerisches Zentralblatt für Staats- und Gemeindeverwaltung », tome 67, N<sup>o</sup> 1/2, 1966. Le tirage à part est en vente chez l'auteur, M. Edwin Elmer, Falkenstr. 6, 3097 Liebfeld. Prix: 3 fr. 70.

---

<sup>1</sup> Extrait du Bulletin de l'AI n<sup>o</sup> 70. L'article sur l'instruction de la demande, publié à cette place dans la ZAK, a paru dans la RCC de mars, page 134.

**L'état actuel de la réadaptation des tuberculeux.** « Feuilles contre la tuberculose », pages 3 à 26, 1964, publiées par l'Association suisse contre la tuberculose, Editions Hallwag S. A., Berne. Contient une série d'articles en allemand et en français de K. Oppikofer, P. M. Steiner, M. Thiébaud, R. Felber, R. Mittner et J. H. Houriet.

**Arnold Gysin: Die Invalidität in der Sozialversicherung.** Revue de médecine des accidents et des maladies professionnelles, p. 29 - 41, N° 1. Editions Berichthaus, Zurich 1965.

**Edwin Kaiser: Il ricupero scolastico dei bambini disadatti.** Tirage à part de « Risveglio », revue mensuelle de la Federazione Docenti Ticinesi, N° 7, Lugano 1965. (Cf. RCC 1964, p. 447, « L'enfant handicapé et sa scolarisation ».)

**Karl Josef Klauer: Berufs- und Lebensbewährung ehemaliger Hilfsschulkinder** (succès professionnels et pratiques d'enfants ayant suivi une école spéciale). Publié en collaboration avec L. Gramm, U. Heydrich et D. van Laak. 168 pages. Carl Marhold, libraire-éditeur, Berlin-Charlottenburg 1963.

**Emil E. Kobi: Das legasthenische Kind. Seine Erziehung und Behandlung.** Fascicule 22 de « Formen und Führen », Schriften zur Psychologie, Pädagogik, Heilpädagogik und Sozialarbeit, publié par l'Institut de pédagogie curative de Lucerne. 98 pages. Lucerne 1965.

**H. P. Kuratle: Die medizinische Rehabilitation in der schweiz. Gesetzgebung.** (La réadaptation médicale dans la législation suisse). « Journal des invalides suisses », 10<sup>e</sup> année, n° 6, pages 5 à 12, 1964; 11<sup>e</sup> année, n° 1, pages 2 à 5, 1965. Edition: Association suisse des invalides, Olten.

**Armin Löwe: Sprachfördernde Spiele für hörgeschädigte Kleinkinder** (jeux pour développer le langage des enfants durs d'oreille). Conseils pour la maison et le jardin d'enfants. 115 pages. Carl Marhold, libraire-éditeur, Berlin-Charlottenburg 1964.

**Alfred Matti: Caisses de pension et institutions de prévoyance privées.** Tirage à part du Lexique de l'économie suisse, 4 pages. Imprimerie A la Baconnière, Neuchâtel 1965.

**Richard G. E. Müller: Die Schule für erziehungsschwierige Kinder und Jugendliche.** Enseignement destiné à surmonter les difficultés d'adaptation et de rendement. 47 pages. Carl Marhold, libraire-éditeur, Berlin-Charlottenburg 1964.

**Revue suisse des assurances sociales.** 10<sup>e</sup> année, fasc. 1, 1966. Editions Stämpfli & Cie, Berne. Contient notamment les articles suivants:  
*A. Gysin:* Charakteristika der Schweiz. Sozialversicherung. *J. Hermann:* Das Alter, ein wesentliches Sozialproblem. *J.-D. Ducommun:* Aus der Praxis des Eidg. Versicherungsgerichtes 1964, 2<sup>e</sup> partie. *K. Achermann:* Die Sozialversicherung des Bundes und der Kantone im Jahre 1964.

A. Rossier et E. Bors: **L'activité réflexe du détrusor à la stimulation rectale et périanale chez les traumatisés médullaires.** Tirage à part de « *Helvetica chirurgica acta* », tome 32, p. 468 - 474. 1965.

A. Rossier et U. Brunner: **Zur initialen Behandlung der frischen traumatischen Querschnittsläsion** (traitement initial de la lésion transverse fraîche). Tirage à part du « *Journal suisse de médecine* », 94<sup>e</sup> année, N<sup>o</sup> 10, p. 362 - 370, 1964.

## INFORMATIONS

### Interventions parlementaires traitées

Postulat  
Müller-Lucerne  
du 10 mars 1965

Dans sa séance du 10 mars 1966, le Conseil national a accepté le postulat Müller - Lucerne du 10 mars 1965 (RCC 1965, p. 181), concernant l'augmentation des subsides pour la formation scolaire spéciale. Il l'a transmis au Conseil fédéral.

Question écrite  
Dafflon,  
du 9 décembre 1965

Le Conseil fédéral a donné la réponse suivante, en date du 11 mars 1966, à la question écrite Dafflon, du 9 décembre 1965 (RCC 1966, p. 24):

« La commission pour les questions de la vieillesse, créée par la Fondation suisse Pro Senectute pour étudier les problèmes de la vieillesse, qui travaille en étroite collaboration avec l'Office fédéral des assurances sociales, a dû faire examiner ce domaine complexe par différents groupes d'études. Les rapports de ces groupes, qui exigèrent en partie de très longues enquêtes, sont actuellement en mains de la commission ou lui seront soumis prochainement; celle-ci pourra donc vraisemblablement clore ses travaux dans le courant de cette année par l'approbation du rapport général. Une publication anticipée de résultats partiels ne paraît guère indiquée. »

Postulats Vontobel,  
Wyss, Dafflon,  
Mossdorf  
Question écrite Heil

Dans sa séance du 24 mars 1966, le Conseil national a traité les postulats Vontobel du 29 novembre 1965, Wyss du 30 novembre 1965, Dafflon du 9 décembre 1965 et Mossdorf du 14 décembre 1965 (RCC 1966, p. 23 à 25). Ces quatre interventions ont été acceptées et transmises au Conseil fédéral. Dans sa réponse à ces postulats, M. Tschudi, conseiller fédéral, a également répondu à la question écrite Heil du 6 décembre 1965 (RCC 1966, p. 24). De plus amples commentaires à ce sujet sont donnés dans le présent numéro de la RCC, page 163.

**Prestations  
complémentaires  
dans le canton  
de Bâle-Ville**

Le délai référendaire concernant les lois « Aide cantonale à la vieillesse » et « Aide cantonale aux invalides » qui contiennent, dans leur première partie, des dispositions relatives aux prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, a pris fin le 2 avril 1966 sans avoir été utilisé. Dans les deux lois, les limites de revenu ont été fixées aux montants maximums de la loi fédérale. Le montant global déductible du revenu provenant de l'exercice d'une activité lucrative, ainsi que du montant annuel des rentes et pensions, est porté aux maximums de 480 et 800 francs dans la loi concernant l'aide cantonale aux invalides; en revanche, dans la loi sur l'aide à la vieillesse, ce montant reste fixé à 240 et 400 francs. De plus, dans les deux lois, une déduction pour frais de loyer est admise conformément à l'article 4, lettre c, de la loi fédérale.

La date de l'entrée en vigueur sera fixée par le Conseil d'Etat.

**Prestations  
complémentaires  
dans le canton  
de Saint-Gall**

Par 36 368 oui contre 5269 non, le souverain du canton de Saint-Gall a, les 19 et 20 mars 1966, accepté la loi cantonale sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI. Les limites de revenu correspondent aux montants maximums de la loi fédérale. De plus, une déduction pour frais de loyer est admise conformément à l'article 4, lettre c, de la loi fédérale.

Après avoir été approuvée par le Conseil fédéral, la loi entrera en vigueur avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 1966.

**Prestations  
complémentaires  
dans le canton  
des Grisons**

Par 17 466 oui contre 2136 non, le souverain du canton des Grisons a, les 26/27 mars 1966, accepté la loi cantonale sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI. Le Grand Conseil avait, le 3 décembre 1965, dans le règlement d'exécution relatif à cette loi, fixé les limites de revenu aux montants maximums de la loi fédérale; il avait porté aux maximums de 480 et 800 francs le montant global déductible du revenu provenant de l'exercice d'une activité lucrative, ainsi que du montant annuel des rentes et pensions. De plus, il a admis la déduction pour frais de loyer conformément à l'article 4, lettre c, de la loi fédérale.

Après avoir été approuvée par le Conseil fédéral, la loi entrera en vigueur avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 1966.

## Allocations familiales dans l'industrie horlogère

La plupart des caisses de compensation pour allocations familiales des associations professionnelles suisses ne prévoient que l'octroi d'allocations pour enfants. La caisse de l'industrie horlogère occupe une situation particulière car elle verse, en sus des allocations pour enfants, des allocations de formation professionnelle, des allocations de ménage et des allocations de naissance. Le 21 décembre 1965, le comité de direction de la caisse a adopté un nouveau règlement d'exécution qui est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1966 et fixe notamment les conditions d'octroi des allocations. La réglementation actuelle est la suivante:

### 1. Allocations familiales

#### *a. Allocations pour enfants*

L'allocation pour enfant s'élève à 30 francs par mois et par enfant. Elle est versée, en règle générale, jusqu'à la fin de la scolarité obligatoire. Pour les enfants incapables de gagner leur vie par suite de maladie, d'infirmité ou d'accident, la limite d'âge est reportée à 20 ans. De plus, les enfants qui ne font pas d'études ou d'apprentissage donnent droit à l'allocation jusqu'à 18 ans, autant que leur gain brut, en nature et en espèces, ne dépasse pas 260 francs par mois ou 120 francs par quinzaine.

#### *b. Allocations de formation professionnelle*

Les enfants ayant terminé leur scolarité obligatoire et qui poursuivent des études ou font un apprentissage donnent droit à une allocation de formation professionnelle de 50 francs par mois jusqu'à l'âge de 20 ans révolus. L'allocation est versée sans qu'il soit tenu compte des revenus de l'enfant.

#### *c. Allocations de ménage*

L'allocation de ménage est de 60 francs par mois.

#### *d. Allocation de naissance*

Cette prestation s'élève à 150 francs par enfant.

### 2. Salariés étrangers

Les salariés étrangers qui vivent en Suisse avec leur famille ou avec leurs enfants sont assimilés aux travailleurs suisses. Il en est de même des frontaliers, sous réserve des cas où une caisse étrangère verse déjà des allocations.

Les autres salariés étrangers dont les enfants ne résident pas en Suisse ont droit à une allocation pour enfant de 15 francs par mois et par enfant, en raison de leurs enfants légitimes ou adoptifs de moins de 15 ans; ils ne peuvent prétendre à l'allocation de formation professionnelle. L'allocation de naissance est également servie aux salariés étrangers dont la femme est domiciliée à l'étranger s'il n'appartient pas à une caisse étrangère de verser l'allocation.

### 3. Relations avec les lois cantonales

Les allocations pour enfants, les allocations de formation professionnelle et les allocations de naissance sont accordées conformément aux lois cantonales sur les allocations familiales aux salariés. Elles sont octroyées conformément aux dispositions du règlement d'exécution pour les allocations familiales dans l'industrie horlogère lorsque les dispositions de ce règlement sont plus favorables que celles des lois cantonales. Toutefois, aucune allocation n'est accordée selon ledit règlement en faveur d'un enfant qui donne déjà droit à une allocation sur la base d'une réglementation de droit public ou privé.

### 4. Financement

Les prestations sont couvertes par des contributions à la charge des employeurs. Le taux statutaire de la contribution est de 4 pour cent des salaires sur lesquels la cotisation AVS est prélevée. La contribution n'est toutefois pas perçue sur la partie des rémunérations dépassant 24 000 francs par an.

Pour couvrir la part des allocations légales allant au-delà des prestations statutaires de la caisse, les entreprises genevoises et neuchâtelaises doivent payer une contribution supplémentaire.

Répertoire d'adresses  
AVS/AI/APG

Page 25, Office régional AI Lucerne  
Nouvelle adresse: Löwengraben 14 / Case postale 161, 6000  
Lucerne 5.

Nouvelles  
personnelles

Le Conseil fédéral a pris connaissance, le 29 mars 1966, de la démission de M. *Riccardo Motta*, Berne, avec remerciements pour les services rendus. M. Motta quitte le conseil d'administration du Fonds de compensation AVS. Son successeur a été désigné en la personne de M. *Alexandre Hay*, vice-président du directoire de la Banque nationale, Berne.

# JURISPRUDENCE

---

## Assurance-vieillesse et survivants

### COTISATIONS

*Arrêt du TFA, du 12 octobre 1965, en la cause K. S. A.<sup>1</sup>*

Article 5, 2<sup>e</sup> alinéa, LAVS. Est considérée comme salaire déterminant toute prestation, versée par l'employeur au salarié, qui a son fondement dans les rapports de service et n'est pas exceptée de ce salaire par les articles 6, 8 et 8 bis RAVS. A cet égard, peu importe que l'engagement dure encore ou ait cessé et que la prestation soit effectuée en vertu d'une obligation légale ou volontairement. (Considérant 3.)

Articles 5, 2<sup>e</sup> alinéa, LAVS et 8 RAVS. Les parts des salariés au bénéfice de liquidation réalisés par l'employeur sont englobées dans le salaire déterminant. Du simple fait qu'elle est unique, une prestation ne tombe pas encore sous le coup de l'article 8, lettre c, RAVS. (Considérant 4.)

*Articolo 5, capoverso 2, LAVS. È considerato salario determinante ogni prestazione del datore di lavoro al salariato che si fonda su un rapporto di servizio e che non è esclusa dal salario in virtù degli articoli 6, 8 e 8 bis OAVS. A tal riguardo, è irrilevante se il rapporto di servizio dura ancora o se è cessato e se la prestazione è eseguita in base ad un obbligo legale o facoltativo. (Considerando 3.)*

*Articoli 5, capoverso 2, LAVS e 8 OAVS. Le partecipazioni del salariato all'utile di liquidazione del datore di lavoro fanno parte del salario determinante. Una prestazione non rientra nell'ambito dell'articolo 8, lettera c, OAVS, semplicemente per il fatto che essa è unica. (Considerando 4.)*

La maison K. S. A. liquida une partie de son exploitation et distribua une partie du gain réalisé à son personnel. La caisse de compensation ayant réclamé les cotisations, la maison K. S. A. recourut. Le recours fut admis par le tribunal cantonal. Cependant, l'appel interjeté par l'OFAS contre le jugement de première instance fut admis par le TFA pour les motifs suivants :

---

<sup>1</sup> Le même jour, le TFA a rendu, en la cause M. S. A. (société-fille de la K. S. A.), un arrêt statuant sur les mêmes faits et fondé sur les mêmes considérants.

1. ...

2. ...

3. La loi définit tout d'abord la notion de salaire déterminant (art. 5, 2<sup>e</sup> al., LAVS, 1<sup>re</sup> phrase). Elle énumère ensuite différentes catégories de revenu qui font en principe partie de ce salaire. Pour l'une de ces catégories (prestations en nature), la loi prévoit elle-même des exceptions, à l'article 5, 3<sup>e</sup> alinéa, LAVS. En outre, elle autorise le Conseil fédéral, à l'article 5, à prévoir d'autres exceptions dans les limites des notions fixées par ces normes. Il ressort de ce qui précède que toutes les catégories de revenu mentionnées à l'article 5 LAVS — y compris les prestations sociales — font par définition partie du salaire déterminant au sens de la loi. Cependant, le Conseil fédéral peut privilégier certains revenus et prévoir que ceux-ci ne sont pas soumis à cotisations, bien qu'il s'agisse par définition d'un salaire déterminant au sens de l'article 5 LAVS. Il découle de cela que toute prestation versée par l'employeur au salarié et englobée dans le salaire déterminant au sens de l'article 5 LAVS doit en principe être soumise à cotisations, à moins qu'elle n'entre dans l'une des catégories énumérées aux articles 6, 8 ou 8 bis RAVS. Par conséquent, d'après la jurisprudence suivie jusqu'ici, sont en règle générale soumises à cotisations toutes les prestations en espèces et en nature, touchées par le salarié, qui ont leur fondement dans les rapports de service. Peu importe que ceux-ci durent encore ou qu'ils aient déjà cessé et que les prestations soient dues ou effectuées volontairement. Sont même comprises les prestations dites sociales, autant que les articles 6, 2<sup>e</sup> alinéa, et 8 RAVS ne prévoient pas d'exceptions (ATFA 1963, p. 172 = RCC 1964, p. 75; ATFA 1964, p. 219 = RCC 1965, p. 402).

4. Il est établi que les prestations litigieuses ont leur fondement dans les rapports de service. D'après les déclarations de la maison K. S. A., ces prestations, effectuées volontairement, visaient à rétribuer le personnel qui avait contribué à réaliser un bénéfice lors de la liquidation. En outre, ces prestations devaient inciter ce personnel à poursuivre son activité dans la société. Dans ces conditions, les parts au bénéfice ici visées sont par nature englobées dans le salaire déterminant au sens de l'article 5 LAVS; elles ne figurent pas parmi les exceptions prévues par le Conseil fédéral. Les prestations litigieuses, comme l'intimée l'a d'ailleurs reconnu dans sa lettre du 29 décembre 1962, n'appartiennent à aucune des catégories mentionnées à l'article 8, lettre c, RAVS. Quel que soit le mode selon lequel ces parts ont été calculées, on ne saurait les considérer ni comme des dons faits à l'occasion de jubilés, ni comme des cadeaux pour ancienneté de service, bien qu'elles soient relativement très proches de ces exceptions (voir, à propos de la notion de cadeau pour ancienneté de service, en particulier ATFA 1965, p. 5 = RCC 1965, p. 225). Si l'autorité de première instance estime que le caractère unique de la prestation suffit à faire bénéficier celle-ci des dispositions de l'article 8, lettre c, RAVS, on peut lui objecter que l'unicité ou la rareté — abstraction faite des cadeaux en espèces ou en nature qui constituent une exception — est assurément l'une des particularités des prestations énumérées à l'article 8, lettre c, mais que ce n'est pas là l'élément essentiel et décisif qui permettrait de traiter sur le même pied d'autres prestations présentant ce caractère. Il existe des prestations qui sont bel et bien soumises à cotisations quoiqu'elles soient uniques. Bornons-nous à mentionner à ce propos les prestations en argent versées à un salarié à l'occasion de son mariage lorsqu'elles dépassent les limites usuelles (ATFA 1964, p. 215 = RCC 1965, p. 404). D'autre part, il ne serait guère admissible d'élargir, par la seule voie de l'interprétation, les exceptions existantes du seul fait que d'autres circonstances sont par nature apparentées à celles qui les justifient.

Articles 9, 1<sup>er</sup> alinéa, LAVS et 36 RAVS. Un sous-traitant exerce une activité lucrative indépendante lorsqu'il supporte lui-même un risque économique. Un indice sérieux dans ce sens est l'application à l'entreprise du sous-traitant de la loi sur les fabriques et l'assujettissement de l'entreprise à l'assurance-accidents obligatoire. (Considérant 3.)

*Articoli 9, capoverso 1, LAVS e 36 OAVS. Un intermediario esercita un'attività lucrativa indipendente se sopporta lui stesso un rischio economico. Un serio indizio in questo senso è l'applicazione, all'azienda dell'intermediario, della legge sulle fabbriche e l'assoggettamento dell'azienda all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni. (Considerando 3.)*

En 1954, H. K. a été affilié à une caisse de compensation en tant que travailleur à domicile de condition salariée. Cette caisse a toutefois décidé ultérieurement que, dès 1964, H. K. lui serait rattaché comme travailleur indépendant, car il exploite un atelier de confection occupant 12 ou 13 ouvriers. H. K. a recouru; il exige qu'on le considère comme un sous-traitant salarié, comme auparavant. Son recours et son appel ont été rejetés. Le TFA a émis les considérants suivants:

1. ...
2. ...

3. Dans un arrêt concernant une sous-traitante de l'industrie textile de Suisse orientale, le TFA a statué que l'intéressée était une personne de condition salariée (ATFA 1959, p. 21 = RCC 1959, p. 187). L'arrêt relevait que l'assurée occupait certes quelques ouvrières à domicile, mais ne détenait aucun stock, ne travaillait pas pour le marché comme un entrepreneur, enfin que les sous-traitants ou intermédiaires étaient régulièrement considérés comme salariés par la caisse de compensation qui connaît les particularités de cette industrie. Le même arrêt signale que l'assurée avait, dans ses rapports avec la maison commettante, la situation d'une salariée sur le plan civil également et jouissait de la protection accordée à de tels salariés. Elle était un sous-traitant au sens de l'article 2, lettre c, de la loi fédérale sur le travail à domicile du 12 décembre 1940. Selon cet article, les personnes qui, sans être proprement engagées, acceptent du travail de leurs employeurs et achèment celui-ci à des travailleurs à domicile doivent, faute de circonstances spéciales, être regardées, elles aussi, comme des travailleurs à domicile.

Contrairement au cas dont il vient d'être question, la présente affaire a ceci de particulier (ce point est aussi relevé par l'OFAS) qu'il n'y a dans le dossier aucune pièce d'où il ressortirait que les personnes occupées par l'appelant seraient des travailleurs à domicile, circonstance qui avait été admise dans l'arrêt mentionné plus haut. Quoi qu'il en soit, l'appelant déploie l'essentiel de son activité dans son atelier de confection. Dans le mémoire de recours et dans le mémoire d'appel, il est indiqué qu'un rapport de service est établi entre l'appelant et les ouvriers qu'il occupe. Ce rapport de service ne permet toutefois pas de dire, comme on le pouvait dans l'arrêt cité, que l'intéressé « occupe de 2 à 4 ouvrières selon l'importance du travail à accomplir ». L'appelant est au contraire tenu de fournir du travail à son personnel, comme l'agence le relève dans sa réponse à l'appel, d'accord sur ce point avec les déclarations de l'appelant lui-même. C'est d'ailleurs lui aussi qui doit obtenir les autorisations de travail en faveur des salariés étrangers à son service. L'appelant est enfin contraint d'opérer d'importants placements pour maintenir la capacité concurrentielle de son atelier. C'est ainsi qu'il faut comprendre les arguments de sa

lettre du 16 avril 1963 à l'agence, où il relève que le transfert de son entreprise en 1962 a entraîné des frais d'installation très élevés. L'appelant supporte donc lui-même un risque économique caractérisé. Etant un entrepreneur qui assume un risque, cet assuré ne peut plus être regardé comme un sous-traitant salarié au sens de l'article 36 RAVS, cela même s'il ne détient apparemment lui-même aucun stock, s'il ne travaille que pour un petit nombre de commettants et s'il présente un décompte de rétribution à la pièce. Quant aux accords de prix, l'intéressé les conclut comme un entrepreneur librement établi à son compte. Il n'a pas l'obligation, notamment, d'accepter des commandes dont le bénéficiaire est insuffisant. Comme l'OFAS le relève pertinemment, l'application à l'entreprise de la loi sur les fabriques et l'affiliation de l'intéressé à l'assurance-accidents obligatoire sont des indices sérieux montrant que celui-ci exerce une activité indépendante. La police des étrangers et l'office du travail considèrent aussi l'intéressé comme un exploitant indépendant. Il faut enfin admettre, comme la caisse de compensation, que H. K. ne peut tirer aucun argument en sa faveur du fait qu'il est lié aux prescriptions du fabricant en ce qui concerne les délais de livraison et les procédés de fabrication ou de confection. En effet, un entrepreneur librement établi doit fréquemment souscrire des engagements de ce genre et, comme fabricant, se plier envers ses clients à certaines obligations touchant l'exécution du travail ou les délais de livraison.

## Assurance-invalidité

### RÉADAPTATION

*Arrêt du TFA, du 3 novembre 1965, en la cause A. L.*

**Article 12, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI.** La correction d'une lésion locale stable ne tend pas directement à la réadaptation professionnelle quand elle a pour principal objet un état pathologique plus étendu. Ainsi, l'opération qui vise à l'insertion d'une prothèse valvulaire ne représente pas une mesure de réadaptation professionnelle, car elle sert avant tout à sauvegarder la santé, voire la vie de l'assuré.

**Article 21 LAI.** Une prothèse valvulaire n'est pas un moyen auxiliaire au sens de la LAI.

*Articolo 12, capoverso 1, LAI.* La correzione di uno stato difettoso non serve direttamente all'integrazione professionale quando mira in primo luogo ad uno stato patologico più esteso. Così, l'operazione dell'inserimento di una protesi valvolare cardiaca non costituisce un provvedimento d'integrazione professionale, servendo essa anzitutto a mantenere la salute e perfino la vita dell'assicurato.

*Articolo 21 LAI.* Una protesi valvolare cardiaca non è considerata mezzo ausiliario ai sensi della LAI.

L'assuré a présenté le 1<sup>er</sup> juin 1964 une demande de prestations de l'AI. Selon le rapport du cardiologue, le patient était atteint d'insuffisance mitrale majeure, qui

résultait d'une destruction partielle de la valve par une affection rhumatismale survenue à l'âge de 16 ans et entraînait une menace imminente d'invalidité complète. Le médecin proposait une opération visant à mettre en place une prothèse valvulaire, propre à rétablir la capacité de travail.

La commission AI, estimant que les actes médicaux envisagés avaient pour objet le traitement de l'affection comme telle, a refusé d'en assumer les frais.

Saisie de l'affaire, la commission de recours a admis le recours et, par jugement du 22 mars 1965, a prononcé que l'AI devait prendre à sa charge les frais de l'opération en question.

L'OFAS en a appelé au TFA. Il conclut à ce qu'il plaise au tribunal d'annuler le jugement cantonal et de rétablir la décision de la caisse de compensation.

L'intimé fait valoir dans sa réponse que cette opération est une mesure de réadaptation, propre à sauver de la ruine son existence économique. Il produit à l'appui une déclaration du cardiologue et conclut à la confirmation du jugement de première instance.

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

1. L'article 12, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI tend en particulier à distinguer le domaine de l'AI de celui de l'assurance-maladie. Pour établir si un assuré a droit à des mesures médicales, il faut donc examiner en premier lieu si ces mesures ont pour objet le traitement proprement dit, traitement dont l'AI n'assume pas la charge, ou si elles sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle. S'il est des mesures qui présentent d'emblée le caractère évident de traitement de l'affection comme telle ou celui de mesures médicales de réadaptation, il arrive fréquemment aussi qu'une seule et même mesure présente des traits tant de l'un que de l'autre. Ainsi que l'a reconnu la jurisprudence, il s'agit alors de déterminer quel est l'objet prépondérant des actes médicaux en cause. Le caractère de traitement proprement dit l'emportera, en règle générale, lorsque l'objectif premier des mesures est de guérir ou d'atténuer un état pathologique évolutif ou labile (voir p. ex. ATFA 1962, p. 308, 1963 p. 38 et 126; RCC 1963, p. 120, 1964, p. 331, et 1963, p. 414). — Lorsque le caractère de traitement proprement dit n'est pas ainsi établi, il y a lieu ensuite de rechercher si la mesure envisagée réalise les conditions mises à sa prise en charge par l'AI, c'est-à-dire si elle est de nature — par des actes médicaux uniques ou répétés dans une période limitée (art. 2 RAI; voir p. ex. ATFA 1961, p. 314; RCC 1962, p. 72) — à améliorer ou sauvegarder la capacité de gain de façon durable et importante, et si cet objet relève à l'arrière-plan les desseins également présents de traitement de l'affection comme telle.

2. La question litigieuse dans l'espèce est celle de savoir si l'opération visant à mettre en place une prothèse valvulaire constitue une mesure médicale de réadaptation au sens de l'article 12 LAI. Tandis que l'assuré l'affirme et que le juge cantonal l'a admis, l'office appelant le conteste.

Le corollaire de la règle générale ci-dessus rappelée, selon laquelle les actes médicaux destinés à guérir ou atténuer un état pathologique évolutif ou labile ne constituent pas de telles mesures de réadaptation, est que l'AI assume des actes destinés principalement à éliminer une séquelle stabilisée, autant que ces actes — uniques ou limités dans le temps — permettent d'en attendre un effet durable et important sur la capacité de gain et que cet objet relève à l'arrière-plan les desseins de traitement de l'affection comme telle. Cependant, il faut encore qu'il y ait relation directe entre l'acte et le but de réadaptation; l'article 12 LAI pose cette condition en termes exprès, en exigeant que les mesures soient « directement nécessaires à la réadaptation

professionnelle ». La correction d'une lésion locale stable ne satisfait donc pas à la notion légale de mesure de réadaptation, si elle tend à guérir ou atténuer un processus pathologique plus étendu et ne permet d'attendre un effet sur la capacité de gain que par le détour de cette guérison ou atténuation (voir p. ex. arrêt B. C., ATFA 1965, p. 78 = RCC 1966, p. 38), à moins que la sauvegarde de la santé n'ait qu'une importance très secondaire, comparée à celle de la récupération de la capacité de gain. Pour décider si une telle correction peut être assumée par l'AI, il faut ainsi considérer non pas le seul genre de l'acte et le seul état de l'organe ou fonction atteint, mais l'ensemble de la situation. Si cette appréciation de l'objet prépondérant d'un acte médical est souvent fort délicate, elle ne saurait cependant guère donner lieu à hésitation dans les cas, à tout le moins, où le processus pathologique plus étendu mettrait en danger la vie même du patient ou sa faculté d'accomplir les gestes quotidiens les plus usuels.

Or, tel est bien le cas du vice mitral dont l'intimité est atteint. Sans doute la lésion locale est-elle stabilisée de longue date, et il se peut que la correction permettrait une large récupération de la capacité de gain. Cependant, selon les constatations faites par le TFA dans d'autres cas analogues (cf. arrêt B. C. déjà cité), cette lésion entraîne des troubles cardiaques et circulatoires éminemment évolutifs et qui dominant peu à peu tout le tableau clinique. L'indication opératoire est dictée par l'élimination de ces troubles, élimination d'importance essentielle et dont la récupération de la capacité de gain n'est que la conséquence. Il en résulte que la relation directe exigée entre la correction de la lésion locale et la réadaptation professionnelle fait défaut, l'importance de la sauvegarde de la santé l'emportant sur celle de la récupération de la capacité de gain, que l'intervention chirurgicale ne peut dès lors être qualifiée de mesure de réadaptation professionnelle au sens de l'article 12 LAI.

3. L'office appelant soutient par ailleurs que la prothèse valvulaire ne répond pas à la notion de moyen auxiliaire au sens de l'article 21 LAI. Bien que cet aspect n'ait pas été examiné dans la décision attaquée, il est en étroite relation avec la question précédente; aussi la Cour de céans peut-elle s'en saisir, en vertu du principe de l'économie de procédure et de l'évidence de la solution.

En effet, le TFA a prononcé déjà, à propos précisément d'une telle valvule, que ne saurait être qualifié de moyen auxiliaire un objet qui ne peut remplir son rôle (remédier à une défaillance) qu'une fois inséré à l'intérieur du corps par une véritable intervention chirurgicale, et dont le remplacement implique également une telle intervention; que de plus, le caractère auxiliaire faisait défaut à un moyen qui, remplaçant un organe vital, tendait à assurer la fonction primaire de la vie (voir arrêt H. G., RCC 1966, p. 107).

*Arrêt du TFA, du 4 novembre 1965, en la cause A. S.*

**Article 12 LAI.** Lorsque, en cas d'atteinte à la santé, une deuxième opération se révèle nécessaire, ses frais peuvent être mis à la charge de l'AI, à condition toutefois que cette intervention soit médicalement indiquée, qu'il ne se soit produit sur le plan médical, depuis la première opération, aucune aggravation de nature à nuire au succès des mesures de réadaptation, et autant que la prise en charge des frais de la première opération pouvait se justifier.

*Articolo 12 LAI.* Se un danno alla salute richiede una seconda operazione, le spese di quest'ultima possono essere assunte dall'AI a condizione però che

*questo intervento sia, dal lato medico, indicato; che non si sia prodotto sul piano medico, dopo la prima operazione, nessun aggravamento nocivo al successo dei provvedimenti d'integrazione e per quanto l'assunzione delle spese della prima operazione fosse stata giustificata.*

L'assurée, née en 1913, est ménagère et loue des chambres. Elle souffrait en particulier de coxarthrose du côté droit lorsqu'elle présenta une demande de prestations à l'AI en décembre 1960. Elle dut se faire opérer le 26 mars 1962 et l'AI se chargea des frais, selon décision du 9 janvier 1962. Dans son rapport du 5 novembre 1963, le Dr X, orthopédiste, déclara que l'articulation de la hanche droite ne s'était pas enraidie entièrement en dépit de l'intervention chirurgicale. Etant donné les lésions de la jambe gauche — tendance à la subluxation de la rotule et pied bot équin tenace provenant d'une grave arthrose de l'articulation du pied — il fallait considérer comme problématique qu'une nouvelle opération puisse donner un résultat entièrement satisfaisant. Le 19 novembre 1963, un avocat demanda à l'AI au nom de l'assurée de faire procéder à un deuxième examen médical à l'hôpital, afin d'établir si une nouvelle opération était indiquée. Par décision du 15 avril 1964, la caisse de compensation avisa l'assurée que la commission AI avait, à la suite de l'expertise du Dr X, pris le parti de ne plus accorder de mesures médicales, parce qu'elles ne sauraient améliorer la capacité de gain de façon durable et importante. Elle ajoutait qu'un nouvel examen médical n'était pas nécessaire.

L'avocat recourut au nom de l'assurée. Son mémoire contenait les points suivants :

« 1. La décision attaquée doit être annulée et l'AI doit accorder à la recourante de nouvelles mesures médicales sous forme d'une deuxième opération à la hanche droite, opération qui sera pratiquée à l'hôpital.

2. Les nouveaux frais doivent être à la charge de l'AI. »

Parmi les arguments invoqués figure notamment celui-ci : Un chef de clinique et un orthopédiste ont confirmé « qu'une nouvelle opération ayant pour but d'enraidir complètement l'articulation de la hanche droite permettrait de supprimer les douleurs ». La commission cantonale de recours rejeta le recours le 30 septembre 1964, parce que l'opération représentait avant tout le traitement de l'affection comme telle et que, même dans l'hypothèse la plus favorable, elle ne saurait élever la capacité de gain au-dessus de 50 pour cent.

L'avocat de l'assurée a interjeté appel. Il reprend les arguments énumérés dans le recours et allègue que le professeur Y, médecin-chef d'un hôpital cantonal, a déclaré que l'enraidissement complet de l'articulation de la hanche est absolument indispensable. Tandis que la caisse de compensation et la commission AI ont renoncé à se prononcer à nouveau, l'OFAS propose d'admettre l'appel; l'AI doit assumer les frais de la nouvelle opération, qui a pour but d'enraidir l'articulation de la hanche, ce qui n'a pas pu être obtenu auparavant. Dans une lettre datée du 17 mai 1965, l'avocat a informé le tribunal que sa cliente a été opérée le 11 mai 1965 dans un hôpital cantonal. Il demande « que la caisse de compensation soit invitée à verser une caution à cet hôpital ». Le 19 mai 1965, le tribunal a prié le professeur Y de répondre aux questions suivantes :

« 1. En quoi consiste l'opération du 11 mai 1965 ?

2. Quel succès peut-on attendre de cette opération, soit sur le plan médical, soit sur celui de la réadaptation (art. 12 LAI) ? »

Le rapport de l'hôpital cantonal, auquel il y aura lieu de se référer dans les considérants, a été remis au tribunal le 24 septembre 1965. Les parties et l'OFAS ont eu l'occasion d'exprimer leur opinion.

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

1. . . En cas d'affections secondaires, il faut, dans les limites de l'article 12 LAI, uniquement tenir compte de l'atteinte à la santé et se demander si les mesures médicales ont le caractère de réadaptation exigé par la loi. Il est en principe sans importance que l'atteinte à la santé résulte d'un ensemble de faits de nature médicale qui donnait déjà droit auparavant à des mesures médicales.

S'il s'agit de mesures médicales visant à éliminer les séquelles d'un accident, la règle suivante est appliquée: lorsque, à la suite de complications, la guérison d'une lésion causée par un accident — dont le traitement est avant tout et sans aucun doute possible le traitement de l'affection comme telle — se fait attendre ou n'intervient pas du tout, les mesures médicales nécessaires à cette guérison font aussi partie du traitement de l'affection comme telle, autant qu'elles sont en rapport avec le traitement primaire, tant matériellement que dans le temps (ATFA 1965, p. 38 = RCC 1965, p. 413).

L'état de fait litigieux ne se rattache à aucun des cas mentionnés ci-dessus. L'AI a pris à sa charge la première opération, effectuée le 26 mars 1962, en tant que mesure de réadaptation. Or, malgré cette mesure, l'articulation de la hanche ne s'est pas enraidie complètement. Une deuxième opération a eu lieu le 11 mai 1965. Il s'agit de savoir si l'AI doit aussi en supporter les frais.

On peut tout d'abord se demander si, dans un cas de ce genre, l'AI ne doit pas prendre en charge la deuxième opération déjà pour la seule raison que — comme le dit l'OFAS — celle-ci « est le complément de la première opération et sert à atteindre le but visé par les mesures médicales accordées ». Si l'on donnait à cette question une réponse affirmative, on obtiendrait une certaine analogie avec le traitement des lésions accidentelles évoquées ci-dessus, mais en aboutissant à un résultat juridiquement opposé. Il est cependant douteux que la deuxième intervention puisse être accordée au cas où la prise en charge de la première était contraire à la loi ou si, depuis la première opération, il s'est produit des faits nouveaux de nature à aggraver le pronostic de la capacité de gain, ou encore si la nouvelle opération constitue pour l'assuré un risque que l'AI estime ne pas devoir assumer (voir art. 11 LAI). D'un autre côté, il ne se justifierait guère d'examiner en détail, dans chaque cas d'espèce, si la deuxième intervention est également une mesure de réadaptation au sens de l'article 12 LAI. En effet, dans une situation semblable, il s'agit encore d'une affection primaire; porter un jugement est plus ou moins une question d'appréciation personnelle. (Sont réservés les états de fait prévus à l'art. 11 LAI.) Il n'est toutefois pas nécessaire de trancher ces questions de façon définitive car, dans de telles conditions, la deuxième opération est de toute façon à la charge de l'AI si elle est indiquée du point de vue médical, s'il ne s'est produit sur le plan médical, depuis la première opération, aucune aggravation de nature à nuire au succès des mesures de réadaptation, et autant que la prise en charge des frais de la première opération pouvait se justifier. Ces conditions sont remplies en l'espèce. Il ressort clairement du rapport établi le 13 septembre 1965 par l'hôpital cantonal que la deuxième intervention était indiquée du point de vue médical. En outre, on ne saurait admettre que, depuis la première opération, il se soit produit une aggravation de nature à nuire au succès des mesures de réadaptation. Le pronostic concernant la capacité de gain est incertain, tant selon le rapport de l'hôpital cantonal que d'après l'expertise du Dr X du 5 novembre 1963; cela est dû avant tout à l'état précaire de la jambe

gauche. Cependant, cet état subsiste depuis des années. Il était déjà connu de la commission AI lorsqu'elle a pris en charge la première opération. Comme ce prononcé était justifiable, les conditions énumérées ci-dessus concernant la prise en charge de la deuxième opération sont remplies.

2. Le fait que le mari de l'assurée, né en 1897, touche une rente de vieillesse pour couple depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1963 n'est pas incompatible avec la prise en charge de la nouvelle intervention. Lorsque l'article 10, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI dispose que l'assuré cesse d'avoir droit aux mesures de réadaptation au plus tard « dès qu'il peut prétendre une rente de vieillesse de l'AVS », ceci vaut simplement pour les rentes de vieillesse pour couple revenant aux maris qui ont 65 ans révolus, et dont l'épouse a plus de 60 ans (ATFA 1963, p. 111 = RCC 1963, p. 353). Si, en revanche, la rente de vieillesse pour couple est versée parce que l'épouse est invalide pour la moitié au moins (art. 22, 1<sup>er</sup> al., LAVS), comme c'est le cas pour l'assurée (née en 1913) depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1963, le droit de l'épouse aux mesures de réadaptation n'est pas caduc; il ne s'éteint que lorsque l'assurée atteint « l'âge ouvrant droit à la rente AVS » (ATFA 1964, p. 175, considérant 1 = RCC 1964, p. 508). Cet âge est de 65 ans pour les hommes, de 62 ans pour les femmes seules et de 60 ans pour les femmes mariées (voir ATFA 1961, p. 57 = RCC 1961, p. 294).

3. Ainsi, l'assurée a droit à la prise en charge par l'AI de la deuxième opération et des frais qui en résultent. Le jugement du tribunal de première instance et la décision attaquée doivent être annulés. La commission cantonale de recours devra statuer à nouveau sur le remboursement des frais et dépens supportés par l'assurée et par son mandataire au cours de la procédure de recours (art. 69 LAI, en relation avec l'art. 85, 2<sup>e</sup> al., lettre f, LAVS). Quant à la procédure d'appel, la caisse de compensation versera une indemnité de 100 francs (y compris le remboursement des frais) à l'avocat de l'assurée. Le dossier est renvoyé à la commission AI, qui fixera le montant des prestations AI.

*Arrêt du TFA, du 19 novembre 1965, en la cause I. S.*

**Article 12 LAI.** Une sinusite relativement stationnaire ne représente pas un état stabilisé avec séquelles à proprement parler. Son traitement par une mesure unique ou des mesures répétées dans un temps limité ne peut pas amener une amélioration durable de la capacité de gain, si bien que l'AI n'a pas à en assumer les frais.

*Articolo 12 LAI.* Una sinusite relativamente stazionaria non costituisce uno stato stabilizzato con postumi propriamente detti. Il suo trattamento mediante interventi unici o ripetuti in un periodo determinato non è atto a migliorare in modo duraturo la capacità al guadagno, cosicché l'AI non deve assumerne le spese.

L'assurée, née en 1913, était maîtresse d'ouvrage. En 1950, elle fut mise à la retraite pour raisons de santé. En mars 1960, elle demanda des prestations de l'AI. Le Dr X posa le diagnostic suivant dans son rapport de juillet 1960 à la commission AI: Psychose, angoisses, maux de tête, sinusite chronique; état stationnaire. En automne 1960, l'assurée partit, sur le conseil du médecin, suivre une cure prolongée au bord de la mer, où elle séjourne encore aujourd'hui.

Le 9 février 1961, la caisse de compensation admit une invalidité de 70 pour cent et accorda une rente entière simple d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1960. Par décision du 18 mai 1962, elle supprima cette rente pour la fin du mois, alléguant que ce séjour à l'étranger empêchait de reconsidérer les conditions auxquelles la rente pourrait continuer à être servie. La commission de recours rejeta le recours le 5 juillet 1963.

En procédure d'appel, l'OFAS demanda si I. S. était encore assurée. Si oui, c'est la commission AI pour les Suisses à l'étranger qui aurait à évaluer le taux d'invalidité. Dans son arrêt du 15 juin 1964, le TFA reconnut qu'il n'y avait aucune raison d'admettre une interruption de l'affiliation à l'assurance, l'intéressée ayant été admise dès le 1<sup>er</sup> janvier 1964 dans l'assurance facultative. Le tribunal fit remarquer en outre que l'assurée n'avait pas été entendue avant la suppression de rente décidée en 1962. Le cas fut transmis à la commission AI pour les Suisses à l'étranger, qui fut priée de rendre un nouveau prononcé. Cette commission estima que la rente entière devait continuer à être allouée depuis le 1<sup>er</sup> juin 1962, sur la base d'une invalidité de 80 pour cent. Une révision fut prévue cependant pour le 31 décembre 1965. Les décisions rendues sur cette base par la Caisse suisse de compensation, le 1<sup>er</sup> février 1965, ne furent pas attaquées et passèrent en force.

Sur l'initiative de l'assurée, le D<sup>r</sup> Y, spécialiste en médecine interne, demanda à l'AI, le 10 février 1965, de prendre en charge les frais d'un traitement par un interniste et un spécialiste en oto-rhino-laryngologie. Son diagnostic était le suivant: Affection des sinus à gauche avec névralgies, léger spasme pulmonaire latent, hypertension sanguine modérée avec lésion des muscles du cœur. Interrogée, l'assurée répondit à la commission qu'elle voulait reprendre son activité d'institutrice après le traitement médical. La commission décida de ne pas prendre en charge les frais du traitement appliqué par l'oto-rhino-laryngologiste, une telle mesure ayant pour but le traitement de l'affection comme telle et ne visant pas immédiatement la réadaptation professionnelle.

L'assurée recourut contre la décision, notifiée le 28 mai 1965, auprès de la commission de recours de la Caisse suisse, en demandant la prise en charge des frais pour le traitement d'oto-rhino-laryngologie prescrit. Ce recours fut rejeté le 27 juillet 1965; l'autorité de recours alléguait, dans l'essentiel, que les mesures thérapeutiques envisagées visaient manifestement la guérison ou le soulagement d'un état pathologique labile, et que les mesures recommandées par le D<sup>r</sup> Y devraient être continuées pendant une période prolongée.

L'assurée a interjeté appel contre ce jugement, alléguant notamment qu'elle était allée aux bains de mer parce que le D<sup>r</sup> X le lui avait recommandé pour soigner sa sinusite chronique, diagnostiquée dès 1956. Ses maux de tête avaient cessé en 1955; en outre, ses états d'angoisse avaient également disparu depuis la consultation du D<sup>r</sup> Y en novembre. La caisse de compensation et l'OFAS proposent le rejet de l'appel.

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

Puisque la caisse s'est prononcée uniquement au sujet des frais du traitement oto-rhino-laryngologique, que l'assurée demande seulement la prise en charge de ces frais-là en instance de recours et ne parle plus, en instance de recours et d'appel, de la thérapie interne dont il avait été question dans sa première demande, une seule question est litigieuse en la présente cause, celle de la prise en charge du traitement de la sinusite recommandé par le D<sup>r</sup> X.

L'article 12 LAI sert avant tout à tracer une limite entre l'AI et l'assurance-maladie. Comme le TFA l'a exposé dans son arrêt en la cause H. H. (ATFA 1962, p. 308 = RCC 1963, p. 120), l'expérience montre qu'une seule et même mesure présente souvent les caractères du traitement de l'affection comme telle et ceux de la réadaptation. Il faut examiner d'abord si la mesure appartient au traitement proprement dit de l'affection, traitement qui relègue toujours à l'arrière-plan le but de réadaptation éventuellement existant. Ceci est le cas, en règle générale, lorsque les mesures servent principalement à guérir ou à soulager un état pathologique labile. Si ces mesures n'appartiennent pas au traitement proprement dit de l'affection, parce qu'elles visent l'élimination d'un état stable, il faut encore examiner si elles servent principalement à la réadaptation professionnelle, dans la proportion nécessaire, ou si elles visent d'autres buts. A ce propos, il faut également tenir compte de l'article 2 RAI, que le TFA a considéré comme conforme à la loi et selon lequel les mesures médicales de l'AI comprennent des actes médicaux uniques ou répétés dans une période limitée.

Le dossier, et en particulier les rapports du Dr Y, des 26 octobre 1964 et 16 mars 1965, révèlent que l'appelante souffre d'une sinusite chronique, qui a été diagnostiquée pour la première fois en 1956 et a dû être traitée plusieurs fois depuis lors. Depuis septembre 1960, l'assurée séjourne à cause de cette affection dans une station balnéaire au bord de la mer, où elle est encore en traitement médical. La sinusite chronique est donc relativement stationnaire, bien qu'elle ne représente pas un état stable à proprement parler, et même si l'état général de l'appelante semble s'être quelque peu amélioré. D'après les expériences faites jusqu'à présent, il n'y a aucune chance qu'un traitement unique, ou répété dans un temps limité, appliqué à la sinusite, améliore la capacité de gain de l'assurée d'une manière durable et importante ou la préserve d'une diminution notable. L'assurée ne peut compter, pour le moment, sur un état de santé quelque peu supportable qu'en séjournant pendant une longue période au bord de la mer. Un traitement spécifique de la sinusite ne serait qu'une mesure complétant ce séjour de longue durée, qui ne peut lui-même être pris en charge par l'AI.

S'il est ainsi établi que le traitement proposé ne peut remplir les conditions posées à l'article 12, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI et à l'article 2, 1<sup>er</sup> alinéa, RAI, il ne peut être considéré comme mesure médicale au sens de l'AI. L'appel n'est donc pas fondé.

A cette occasion, on peut se demander s'il ne serait pas indiqué de convoquer l'appelante en Suisse à une date opportune, aux frais de l'AI, pour que son statut dans cette assurance puisse une fois être précisé.

*Arrêt du TFA, du 22 novembre 1965, en la cause B. S.*

**Articles 16 et 17 LAI.** Si un assuré aveugle ne peut, à son lieu de domicile, apprendre une langue étrangère d'une manière appropriée à son infirmité et suffisante pour son activité future, un séjour de quelques mois dans une région de la Suisse où l'on parle cette langue représente une mesure de reclassement qui ne dépasse pas les exigences moyennes.

*Articoli 16 e 17 LAI. Se un assicurato cieco non può, al suo domicilio, imparare una lingua straniera in modo appropriato alla sua infermità e sufficiente per la sua futura attività, un soggiorno di qualche mese in una regione della*

*Svizzera in cui si parla questa lingua, costituisce un provvedimento di riforma professionale che non supera le esigenze medie.*

L'assurée, née en 1918, est aveugle depuis 19 ans. Sur demande présentée le 3 mai 1962, l'AI prit en charge son reclassement dans la profession de téléphoniste (l'activité antérieure de l'assurée n'est pas précisée dans le dossier). Au cours de ce reclassement, la caisse de compensation informa l'assurée, par décision du 31 mars 1965, que conformément au prononcé de la commission AI, d'autres prestations allaient encore lui être accordées, notamment un cours d'italien à son lieu de domicile (en Suisse allemande), en lieu et place d'un séjour d'étude au Tessin.

L'assurée demanda, par voie de recours, que l'AI prenne en charge les frais de son séjour de trois mois au Tessin (repas, logement et enseignement pendant 90 jours au prix forfaitaire de 20 fr. par jour). Le poste de téléphoniste qui lui avait été procuré dans la centrale d'une entreprise n'entraînait en ligne de compte pour elle que si elle disposait d'une connaissance suffisante de l'italien. Son séjour au Tessin lui permettrait d'acquérir ces connaissances dans le délai voulu. Par jugement du 9 juillet 1965, l'autorité cantonale rejeta ce recours; voici l'essentiel de ses arguments :

Selon la loi, les droits de l'assuré qui suit une formation professionnelle initiale se bornent à la prise en charge, par l'assurance, des frais supplémentaires occasionnés par l'invalidité. Par conséquent, la formation financée par l'AI ne pouvait comporter que l'acquisition des connaissances normalement nécessaires pour une activité lucrative donnée, correspondant aux aptitudes de l'assuré. L'AI ne peut accorder à un assuré, à cause de son invalidité, une formation professionnelle meilleure que celle dont bénéficient, en moyenne, les autres apprentis de la même profession. Certes, une téléphoniste doit disposer, pour l'exercice de son métier, de connaissances linguistiques suffisantes; mais, dans l'espèce, l'assurée peut les acquérir en prenant un cours à son lieu de domicile. Un séjour dans un pays de langue italienne serait évidemment utile pour perfectionner ces connaissances en vue de sa future activité, mais il représente un supplément de formation qui dépasse le niveau des exigences moyennes.

L'assurée a porté ce jugement devant le TFA. Elle reprend les arguments produits en instance de recours et allègue, en outre, qu'un cours d'italien à son lieu de domicile n'aboutirait jamais au résultat espéré, car, d'après les expériences faites, il ne lui donnerait pas l'occasion d'exercer suffisamment la conversation qui est particulièrement importante pour une téléphoniste. De plus, le service social ne peut lui indiquer, là où elle habite, un professeur d'italien qui ait de l'expérience dans l'instruction des aveugles et connaisse les locutions usuelles dans le métier en question. En revanche, l'institutrice que l'assurée connaît au Tessin remplit toutes les conditions voulues: Depuis des années, elle instruit les aveugles qui apprennent le métier de téléphoniste, connaît l'écriture de Braille et les moyens auxiliaires dont ces infirmes ont besoin.

La caisse de compensation et l'OFAS considèrent cet appel comme fondé.

Le TFA a admis, pour les motifs suivants, l'appel de l'assurée :

1. L'autorité de première instance s'est fondée, pour motiver son refus de mettre à la charge de l'AI les frais du séjour au Tessin, sur l'arrêt du TFA en la cause U. K. (ATFA 1961, p. 177 = RCC 1961, p. 289), dont les considérants se retrouvent dans d'autres arrêts. Ces considérants s'appliquent à la formation professionnelle initiale et se fondent sur l'article 16 LAI, selon lequel la prise en charge par l'assurance se limite aux frais supplémentaires occasionnés par l'invalidité. Or, en l'espèce, il s'agit

de mesures de reclassement, qui sont entièrement à la charge de l'AI. Ce qui vaut pour le champ d'application de cet article 16 n'est donc pas nécessairement valable pour celui de l'article 17, bien que l'AI ne puisse financer, dans un cas de reclassement, comme en cas de formation initiale, une formation qui dépasse le niveau des exigences moyennes. En ce qui concerne les aveugles et faibles de la vue, il faut noter qu'il existe en Suisse, pour la formation initiale des jeunes gens, de bonnes écoles qui savent, notamment, adapter l'enseignement linguistique à l'infirmité de leurs élèves; en revanche, le reclassement professionnel des adultes doit tenir compte, dans une plus large mesure, des particularités de chaque cas.

2. Il n'est pas contesté que l'assurée, née en 1918 et ayant déjà reçu une formation de téléphoniste, doit acquérir sans retard, en vertu de l'article 17 LAI, des connaissances suffisantes de la troisième langue nationale, afin d'être à la hauteur des tâches qui l'attendent dans son nouvel emploi. Il reste uniquement à déterminer si elle doit se contenter d'un cours d'italien (le dossier ne précise pas quel genre de cours) à son lieu de domicile ou si elle peut prétendre le financement d'un séjour de trois mois au Tessin. D'après ce qui a été allégué en instance d'appel, un enseignement linguistique vraiment adapté à l'infirmité de l'assurée et à son activité future ne peut guère être donné à son lieu de domicile. Au contraire, l'institutrice qui enseigne dans le canton du Tessin connaît les problèmes spéciaux de l'instruction d'une téléphoniste aveugle; en outre, l'assurée pourrait s'y exercer à la conversation avec son entourage de langue italienne. Il faut en conclure que l'assurée pourra acquérir plus rapidement les connaissances d'italien nécessaires à son métier si elle séjourne au Tessin que si elle suit des cours à son lieu de domicile. Cet argument a du poids, si l'on considère l'âge de l'assurée. Il importe également de noter que le séjour au Tessin représente un genre d'enseignement bien mieux adapté à l'invalidité de l'assurée, et lui donne la possibilité d'exercices bien plus vivants, qu'un cours ordinaire dans une région de langue allemande. Le séjour au Tessin représente par conséquent une mesure de reclassement selon l'article 17 LAI, ce qui conduit à admettre l'appel.

D'ailleurs, on ne saurait conclure de ces considérants que les aveugles désireux de devenir téléphonistes ne puissent, en vertu de l'article 16 LAI également, séjourner quelques mois aux frais de l'AI dans une autre région de la Suisse, afin d'y apprendre la langue nationale dont ils ont besoin. Bien au contraire, un tel séjour semble devoir faire partie de la formation professionnelle moyenne d'un téléphoniste suisse. Il n'y a pas de contradiction entre ce principe et les considérants de l'arrêt U. K. mentionné ci-dessus; dans ce cas-là, en effet, l'assurance avait refusé de prendre en charge les frais d'un séjour en Angleterre, qui devait durer près d'une année et visait à perfectionner des connaissances en langue anglaise; or, cette langue est enseignée de telle manière dans les écoles suisses pour aveugles qu'il n'est généralement pas nécessaire d'avoir fait un stage en Angleterre pour exercer le métier de téléphoniste dans notre pays.

*Arrêt du TFA, du 1<sup>er</sup> décembre 1965, en la cause D. H.*

Articles 21, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI et 14, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre h, RAI. Par « aménagement » des locaux de travail, il faut entendre des modifications peu importantes apportées aux locaux. Des transformations affectant la struc-

ture du bâtiment, comme par exemple l'installation d'un ascenseur, dépassent le cadre habituel d'un aménagement.

Article 16 LAI. L'AI ne prend en charge que les frais supplémentaires habituellement liés à la formation professionnelle initiale d'un invalide. Les frais d'installation d'un ascenseur ne sauraient être englobés dans les frais de formation.

*Articoli 21, capoverso 1, LAI e 14, capoverso 1, lettera b, OAI. Per « adeguamento » del posto di lavoro s'intendono cambiamenti di poca importanza fatti ai locali. Trasformazioni attinenti alla struttura dell'edificio, come ad esempio l'impianto di un ascensore, eccedono la nozione d'« adeguamento ».*

*Articolo 16 LAI. L'AI assume spese suppletive soltanto se, secondo la loro specie, sono abitualmente in relazione con la prima formazione professionale di un invalido. Le spese per l'impianto di un ascensore non possono far parte delle spese di formazione.*

Selon un rapport médical daté du 7 novembre 1960, l'assuré, né en 1946, souffre depuis sa naissance d'une paraplégie totale de la moitié inférieure du corps par suite de *spina bifida* et de méningomyélocèle, avec troubles de la miction et de la défécation, d'une déformation de la colonne vertébrale et du thorax, ainsi que de contractures aux extrémités inférieures. Il a besoin d'un fauteuil roulant pour se déplacer. Au printemps 1960, son père demanda pour la première fois à l'AI de verser des prestations. Celle-ci prit à sa charge les frais de nombreuses mesures médicales et de moyens auxiliaires. Par lettre du 24 janvier 1964, le père, qui dirige un secrétariat situé dans sa maison, informa la commission AI que l'assuré ferait un apprentissage commercial chez lui, d'entente avec l'office des apprentissages, et qu'il pourrait fréquenter l'école professionnelle de A. Il sera possible d'occuper l'assuré au secrétariat une fois l'apprentissage terminé. L'année précédente, le père avait fait aménager une chambre au rez-de-chaussée, afin que l'assuré puisse sortir par ses propres moyens. Cependant, les bureaux sont situés au premier étage; il est difficile d'y transporter l'assuré avec son fauteuil roulant depuis le rez-de-chaussée. On pourrait songer à installer un ascenseur ou un dispositif semblable. Consulté à ce sujet, un service social est arrivé à la conclusion que « l'installation d'un ascenseur est la seule solution qui entre en ligne de compte »; il a estimé à 16 000 francs environ les frais qui en résulteraient pour la durée de l'apprentissage, soit trois ans (frais d'installation et d'exploitation de l'ascenseur, ainsi que transport de B. à l'école de A par des camarades de l'assuré).

Le père fit installer l'ascenseur durant l'été 1964, après avoir constaté qu'un fauteuil à chenilles ne convenait pas pour plusieurs raisons. L'OFAS ayant déclaré dans ses préavis du 1<sup>er</sup> juin et du 23 juillet 1964 que l'ascenseur n'est pas un moyen auxiliaire au sens de l'article 21 LAI et que l'AI ne pouvait pas non plus prendre les frais à sa charge au titre de « contributions à la formation professionnelle initiale » (art. 16 LAI), la commission AI décida de mettre à la charge de l'assurance les frais occasionnés par le transport de l'assuré, du domicile à l'école professionnelle, en tant que frais supplémentaires de formation professionnelle initiale dus à l'invalidité. La décision de caisse du 6 octobre 1964 passa en force sans avoir été attaquée. Par décision du 25 novembre 1964, la caisse de compensation notifia à l'assuré un autre prononcé de la commission AI, selon lequel les frais d'installation de l'ascenseur n'incombaient pas à l'assurance, parce qu'ils n'étaient pas des frais de formation au sens de l'article 16 LAI et qu'un ascenseur ne représentait pas un moyen auxiliaire au sens de l'article 12 LAI.

Le jugement cantonal du 3 mai 1965 rejeta le recours formé contre cette décision par le père de l'assuré.

Dans son appel, le représentant légal de l'assuré demande que les frais d'installation de l'ascenseur soient mis à la charge de l'AI. Voici ses principaux arguments:

Si l'assuré devait être formé dans un centre de réadaptation, les dépenses supplémentaires, outre les frais de transport, se monteraient à 35 000 francs au moins. On pourrait même se demander si l'assuré serait accepté dans un centre de réadaptation, vu que son état nécessite des soins considérables. L'ascenseur a été installé uniquement pour que l'appelant puisse faire un apprentissage commercial. Comme la LAI et le RAI ne précisent pas de façon exhaustive ce qu'il faut entendre par frais supplémentaires de formation professionnelle initiale et que, d'après la loi, ces frais ne sont pris en charge que s'ils sont « dus à l'invalidité », les frais d'installation de l'ascenseur incombent à l'assurance. D'ailleurs, les obligations de l'AI découlent de l'article 14 RAI, puisque l'ascenseur est un moyen auxiliaire.

La caisse de compensation et l'OFAS proposent le rejet de l'appel. A la question posée par le tribunal (l'ascenseur était-il absolument nécessaire ?), l'office régional AI a répondu affirmativement dans sa lettre du 4 novembre 1965.

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

1. En vertu de l'article 21, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, l'assuré a droit, dans les limites de l'article 14 RAI, aux moyens auxiliaires qui sont nécessaires à sa réadaptation à la vie professionnelle. Or, l'article 14, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre h, RAI, mentionne comme moyens auxiliaires: « Installations auxiliaires au poste de travail, telles que... aménagement de la surface de travail (*Anpassung der Arbeitsfläche*) et des installations mécaniques, ainsi que des locaux de travail » (*räumliche Veränderungen*). Ce qu'il faut entendre par « räumliche Veränderungen » (modifications apportées aux locaux) ne ressort pas clairement du texte légal allemand. Du texte français, il faut déduire que les modifications apportées aux locaux au sens de la lettre h se limitent à l'aménagement des locaux de travail pour les besoins particuliers de l'invalidé. Selon l'expression généralement en usage, il faut entendre par « aménagement » des locaux de travail des modifications peu importantes apportées aux locaux. Des transformations profondes affectant la structure du bâtiment où se trouvent les locaux de travail dépassent la notion d'« aménagement » et ne sauraient par conséquent être considérées comme des moyens auxiliaires. Or, l'installation d'un ascenseur représente une transformation importante.

Il résulte de tout cela qu'en l'espèce, l'ascenseur installé spécialement pour l'appelant durant l'été 1964 ne peut pas être considéré comme un moyen auxiliaire au sens de l'article 21 LAI et de l'article 14, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre h, RAI. C'est pourquoi les frais occasionnés par l'installation en question n'incombent pas à l'AI.

2. Il ne reste qu'à examiner si l'AI doit, éventuellement, supporter ces frais en vertu de l'article 16 LAI. Selon cette disposition, 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-invalidé a droit au remboursement de ses frais supplémentaires si la formation répond à ses aptitudes. La jurisprudence admet comme frais supplémentaires occasionnés par l'invalidité, outre les dépenses pour la formation proprement dite, également les frais qui ne se rapportent pas directement à la formation, mais servent indirectement à atteindre le but visé. On peut, par exemple, citer les frais supplémentaires occasionnés par le transport, jusqu'au lieu d'apprentissage, d'assurés ayant des difficultés à se déplacer.

Toutefois, il s'agit dans ce cas de prestations qui, par leur nature même, sont habituellement liées à la formation professionnelle initiale de ces invalides. Il est clair que les frais d'installation d'un ascenseur dépassent les limites des frais habituels de formation professionnelle.

Il découle de ce qui précède que l'AI ne saurait prendre en charge les frais d'installation de l'ascenseur, aussi lorsqu'on se fonde sur l'article 16 LAI.

Dans ces conditions, l'appel doit être rejeté. On pourrait d'ailleurs se demander si, véritablement, la seule solution qui permette de donner à l'assuré une formation professionnelle initiale dans la maison paternelle consistait à modifier la disposition des lieux en aménageant la chambre de l'assuré au rez-de-chaussée et en installant un ascenseur.

*Arrêt du TFA, du 16 novembre 1965, en la cause D. K.*

**Article 78, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI.** L'article 78, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI ne concerne que les mesures de réadaptation ordonnées par l'AI. En revanche, il n'est pas applicable aux mesures de réadaptation qui consistent seulement en subsides. Si l'assuré dépose sa demande plus de six mois après la naissance de son droit, de tels subsides ne seront versés que depuis le mois au cours duquel cette demande a été déposée. (Confirmation de la jurisprudence.)

*Articolo 78, capoverso 2, OAI. L'articolo 78, capoverso 2, OAI concerne unicamente i provvedimenti d'integrazione prescritti dall'AI. Per contro, esso non è applicabile ai provvedimenti d'integrazione che consistono soltanto in sussidi. Se l'assicurato presenta la sua richiesta più di sei mesi dopo la nascita del suo diritto, tali sussidi saranno versati soltanto dal mese nel corso del quale è stata presentata questa domanda. (Conferma della giurisprudenza.)*

L'assuré, né en 1945, a souffert en 1952/1953 d'encéphalite accompagnée de chorée. Il présenta par la suite un certain retard dans son développement mental, ainsi que de profonds troubles affectifs de nature névrotique. Dans un rapport du 29 novembre 1960, le médecin estimait que l'intéressé ne pourrait jamais fréquenter l'école publique ni faire des études poussées. Ayant été mis au bénéfice de subsides de l'AI pour sa formation scolaire spéciale, l'assuré fréquenta d'abord l'école privée de A., pour recevoir ensuite un enseignement individuel. Il fut examiné, en septembre/octobre 1961, par un office médico-pédagogique. Le médecin proposa de placer le patient dans un centre d'orientation professionnelle, ce que l'office régional conseilla également de faire en mai 1962. La commission AI accorde à l'assuré, en juin 1962, un stage de formation professionnelle de trois mois dans cet établissement. Les parents de l'intéressé renoncèrent toutefois à cette mesure, et l'enfant entra au collège privé de B., au début de 1963. Bien que, dans un nouveau rapport, l'office régional eût persisté à juger préférable de donner à l'assuré une formation professionnelle pratique, ce dernier se vit néanmoins accorder de nouveaux subsides pour la formation scolaire reçue dans cette école. L'assuré quitta toutefois le collège de B. pour suivre des cours à l'école de C., du 17 septembre 1963 à mi-juillet 1964. Le 28 septembre 1964, il commença un stage dans une école de radio-électronique. Le 21 septembre, ses parents en informèrent l'AI et sollicitèrent l'octroi de prestations pour ce stage et pour les leçons suivies à l'école de C. La commission AI rejeta cette requête.

L'autorité de recours rejeta le recours de l'assuré. Le TFA a admis partiellement l'appel de l'assuré, en ce qui concerne la formation professionnelle initiale, mais l'a rejeté en ce qui concerne l'instruction reçue à l'école de C.

1. Le TFA a déjà jugé que la disposition de l'article 78, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI ne s'applique qu'aux mesures de réadaptation prescrites par l'AI et non aux subsides alloués par cette assurance en faveur de mesures qu'elle n'a pas la compétence d'ordonner. Dans une telle hypothèse, la question de la prescription doit être résolue conformément à l'article 48, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI, applicable par analogie, selon lequel la rente n'est allouée, si l'assuré la demande plus de six mois après la naissance du droit, qu'à partir du mois dans lequel l'assuré a agi (cf. ATFA 1965, p. 119, 123; 1962, p. 364 = RCC 1963, p. 117).

2. On peut se demander si l'assuré, qui avait été mis au bénéfice de subsides de l'AI pour son stage au collège de B., aurait dû déposer une nouvelle demande de prestations lorsqu'il quitta cet établissement pour fréquenter l'école de C. Cette question souffre toutefois de demeurer indécise, car supposé même que tel n'ait pas été le cas et que, par voie de conséquence, aucun motif d'ordre formel ne puisse s'opposer dans l'espèce au versement de subsides pour les cours suivis à l'école de C., force serait alors de constater que cette dernière n'est pas une école spéciale, au sens des articles 19 LAI et 8 à 13 RAI; l'enseignement qu'on y donne s'adresse à la grande masse des élèves, et non pas spécialement aux invalides physiques ou mentaux. L'établissement précité n'est du reste pas reconnu comme école spéciale, au sens de l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur du 29 septembre 1961. Quels qu'aient pu être les résultats de l'enseignement reçu dans cette école, l'AI ne peut dès lors contribuer à en assumer les frais.

Il est de même superflu d'examiner encore si les subsides accordés pour la formation scolaire reçue au collège de B. l'ont été à tort: il ne fait pas de doute en effet que ces prestations ont été touchées de bonne foi et que, vu la situation financière des intéressés, leur restitution ne saurait pratiquement être exigée.

3. En tant qu'elle concernait le stage à l'école de radio-électronique, la demande du 21 septembre 1964 a manifestement été présentée à temps, les cours n'ayant commencé que le 28 septembre suivant. L'article 48, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI ne s'oppose donc pas au versement de subsides pour la formation reçue dans cet établissement. C'est à juste titre, d'autre part, que la commission AI, le premier juge et l'OFAS ont estimé que l'enseignement reçu dans cet établissement constituait une mesure de formation professionnelle initiale, au sens de l'article 16 LAI; aux termes de cette disposition, l'assuré qui n'a pas 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-invalides a droit au remboursement de ses frais supplémentaires si la formation répond à ses aptitudes (cf. les art. 5 et 8 RAI; ATFA 1962, p. 53 = RCC 1962, p. 345).

Il ressort donc de l'article 16 LAI que l'AI ne prend à sa charge que les frais supplémentaires résultant d'une formation professionnelle adéquate. C'est ce qu'exprime l'OFAS dans sa circulaire concernant les mesures de réadaptation d'ordre professionnel (n<sup>os</sup> 16 et 17), en précisant que les connaissances acquises doivent répondre à un plan précis et permettre vraisemblablement un jour à l'assuré de mettre à profit sa capacité de travail. Or, si les renseignements fournis par le Service de la formation professionnelle peuvent laisser penser que la formation reçue à l'école de

radio-électronique n'est pas adéquate, l'office régional n'en avait pas moins conseillé une formation de radio-électricien. Aucune pièce ne permet d'affirmer que le placement dans l'établissement précité ne constitue pas une mesure indiquée dans l'es-pèce, au regard de l'ensemble des circonstances et de la personne de l'assuré; on peut se demander en effet si ce dernier serait à même de fréquenter l'école des métiers par exemple, ou encore d'effectuer un apprentissage ordinaire. Enfin, si les certificats délivrés par l'école de radio-électronique ne sont pas jugés équivalents à ceux d'autres écoles ou à un certificat de fin d'apprentissage, les élèves quittant cet établissement peuvent cependant, à certaines conditions, travailler pour le compte de radio-installateurs concessionnés.

Il y a par conséquent lieu de renvoyer le dossier à la commission AI pour qu'elle réexamine la question de la formation professionnelle à la lumière des considérations qui précèdent, voire soumette à nouveau l'assuré à un examen d'orientation professionnelle, puis suscite une nouvelle décision, qui pourra faire l'objet d'un recours, le cas échéant.

## RENTES

*Arrêt du TFA, du 25 octobre 1965, en la cause P. Z.*

**Article 30 LAVS en relation avec l'article 36, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI.** Si un jeune assuré acquiert le droit à une rente ordinaire avant que sa classe d'âge ait été soumise à l'obligation de cotiser pendant une année entière au moins, la cotisation annuelle moyenne doit être calculée en additionnant toutes les cotisations versées jusqu'à la réalisation de l'événement assuré et en divisant la somme ainsi obtenue par 1.

*Articolo 30 LAVS in correlazione con l'articolo 36, capoverso 2, LAI. Se un giovane assicurato acquisisce il diritto ad una rendita ordinaria prima che la sua classe d'età sia sottoposta all'obbligo di pagare contributi durante almeno un anno intero, il contributo annuo medio va computato addizionando tutti i contributi pagati, fino all'avverarsi dell'evento assicurato, e dividendo per uno l'ammontare così ottenuto.*

L'assuré, né en 1939, souffre de paraplégie par suite d'un accident et a séjourné dans un établissement de cure de l'automne 1959 au printemps 1960. Du 11 mars au 27 juillet 1960, il a travaillé comme dessinateur. Sur demande du tuteur, la commission AI a alloué à l'assuré une rente entière simple d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> juillet 1960 et, en plus, lui a accordé une allocation pour impotent jusqu'à fin 1962. Pour calculer la rente, la caisse de compensation a tenu compte de toutes les cotisations d'assurances sociales versées par l'assuré de 1954 à 1960, soit 159 francs. La décision de caisse du 7 mai 1962 qui s'y rapporte a passé en force sans avoir été attaquée.

Par décision du 28 février 1964, la caisse de compensation notifia au service social compétent que, pour le calcul de la cotisation annuelle moyenne déterminante, il

avait été tenu compte de toutes les cotisations versées par l'assuré jusqu'à la fin de l'année civile précédant l'ouverture du droit à la rente. Or, selon les instructions de l'OFAS, seules les cotisations versées pendant les douze mois précédant l'ouverture du droit à la rente devraient en l'espèce être prises en considération pour le calcul de la cotisation annuelle moyenne. Celle-ci ne se monte qu'à 120 francs. Se fondant sur l'article 47 LAVS, la caisse de compensation exigea qu'on lui restitue le montant de 2016 francs et substitua à la décision du 7 mai 1962 une nouvelle décision de rente, également datée du 28 février 1964. Le service social recourut contre les deux décisions auprès de la commission cantonale de recours. Celle-ci estima qu'il fallait considérer comme cotisation annuelle moyenne déterminante la somme de toutes les cotisations versées par l'assuré jusqu'au 31 décembre de l'année civile précédant la naissance du droit à la rente; elle admit le recours par jugement du 9 avril 1965 et annula les deux décisions de caisse du 28 février 1964.

L'OFAS a fait appel auprès du TFA. Il propose d'annuler le jugement cantonal et de renvoyer le dossier à la caisse de compensation, afin qu'elle calcule exactement la somme des cotisations versées de janvier à juin 1960 et qu'elle fixe à nouveau le montant de la rente. Voici en substance ses arguments: Le mode de calcul de la cotisation annuelle moyenne approuvé par la commission de recours ne se justifie pas, « parce qu'il ne considère que le cas extrême du système de calcul (art. 30, 2<sup>e</sup> al., LAVS), dans lequel un assuré âgé de plus de 20 ans présente exactement une année de cotisations comme sa classe d'âge, en sorte que pour fixer la rente lui revenant, qui doit être calculée d'après l'échelle 20, on déterminera la cotisation annuelle moyenne en additionnant toutes les cotisations versées jusqu'au 31 décembre de l'année précédant la naissance du droit à la rente ». Eu égard aux circonstances particulières dans lesquelles les jeunes assurés se trouvent, l'OFAS a, dans une circulaire datée du 26 décembre 1959, puis dans les Directives concernant les rentes (n<sup>o</sup> marginal 326), prévu le mode de calcul suivant pour les cas spéciaux semblables au cas présent: Il sera tenu compte, comme cotisation annuelle moyenne déterminante, des cotisations effectivement versées au cours de l'année civile qui a précédé la naissance du droit à la rente ou, pour le cas où cette année civile ne constituerait pas une année entière de cotisations, des cotisations versées durant les douze derniers mois précédant la naissance du droit à la rente et durant lesquels l'assuré était soumis à l'obligation de cotiser. Dans le cas P. Z., il faut par conséquent tenir compte des cotisations versées pendant le 1<sup>er</sup> semestre de 1960, de janvier à mars 1959 et en juin 1959, et aussi en novembre et décembre 1958.

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

1. a. Selon l'article 36, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, ont droit aux rentes *ordinaires* les assurés qui, lors de la survenance de l'invalidité, comptent une année entière au moins de cotisations. En vertu de l'article 30, 1<sup>er</sup> alinéa, LAVS, qui est applicable par analogie en matière d'AI (art. 36, 2<sup>e</sup> al., LAI), la rente ordinaire est calculée sur la base de la cotisation annuelle moyenne de l'assuré. Pour déterminer la cotisation annuelle moyenne, on additionne, sur la base des comptes individuels des cotisations de l'assuré, toutes les cotisations payées jusqu'au 31 décembre de l'année qui précède l'ouverture du droit à la rente et l'on divise ce total par le nombre d'années durant lesquelles l'assuré a payé des cotisations pendant la période comprise entre le 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivant celle où il a accompli sa 20<sup>e</sup> année et le terme susmentionné (art. 30, 2<sup>e</sup> al., LAVS).

Ainsi, la somme des cotisations comprend en principe toutes les cotisations versées jusqu'au 31 décembre avant la naissance du droit à la rente, donc aussi celles

qui ont été payées pour la période écoulée avant l'année civile qui suit l'accomplissement de la vingtième année. En revanche, les cotisations versées pendant l'année où est né le droit à la rente ne sont pas prises en considération. Pour l'assuré dont le droit à la rente naît au moment où, après avoir accompli sa 20<sup>e</sup> année, il présente exactement une année de cotisations comme sa classe d'âge, la somme des cotisations comprendra par conséquent, d'après la loi, toutes les cotisations versées jusqu'au 31 décembre de l'année précédant l'ouverture du droit à la rente. Ladite somme doit — conformément aux dispositions légales — être divisée par 1 (1 année de cotisations dès l'instant où l'assuré a accompli sa 20<sup>e</sup> année). Si l'événement assuré se réalise plus tard, il faut, pour obtenir la somme des cotisations, additionner également toutes les cotisations versées pendant la minorité.

b. Cette règle n'est pas applicable si le droit à la rente s'ouvre à un moment où l'assuré, bien qu'ayant rempli la durée minimale de cotisations (art. 50 RAVS, art. 32 RAI), n'a pas encore rempli entièrement la première année de cotisations de sa classe d'âge qui suit l'accomplissement de la 20<sup>e</sup> année. Dans des cas de ce genre, l'OFAS, s'appuyant sur les règles reproduites ci-dessus, veut que la cotisation annuelle moyenne soit calculée selon le n<sup>o</sup> 326 de ses « Directives concernant les rentes » du 1<sup>er</sup> août 1963. Cette proposition ne peut cependant pas être admise.

Le TFA a eu l'occasion de s'occuper d'un cas semblable en matière d'AVS (ATFA 1952, p. 209 = RCC 1952, p. 361): L'assuré G. M., né en octobre 1930 et décédé en mars 1951, avait versé des cotisations AVS pendant trois ans alors qu'il était mineur, mais seulement pendant trois mois dès le 1<sup>er</sup> jour de l'année civile suivant le vingtième anniversaire jusqu'à l'ouverture du droit à la rente de survivants. D'après la règle adoptée, il avait certes, lors de la réalisation de l'événement assuré, une durée minimale de cotisations de plus de onze mois en tant que mineur mais, une fois majeur, il n'avait pas rempli la première année de cotisations de sa classe d'âge. La loi ne prévoit pas de dispositions qui indiquent comment la cotisation annuelle moyenne déterminante doit être calculée dans des cas de ce genre. Se fondant sur l'article 30, 2<sup>e</sup> alinéa, LAVS, le TFA a alors statué que la somme des cotisations doit englober toutes les cotisations versées jusqu'à la réalisation de l'événement assuré; le nombre d'années par lequel il faut diviser la somme des cotisations pour calculer la cotisation annuelle moyenne déterminante a été fixé à 1. Il en est résulté la règle de calcul suivante: Somme de toutes les cotisations versées — aussi pendant la minorité — jusqu'à l'ouverture du droit à la rente, à diviser par 1.

Il faut s'en tenir à ce mode de calcul que l'OFAS a approuvé à l'origine. C'est lui qui, à l'heure actuelle, est le plus conforme aux principes de la loi. Sans doute, il favorise les jeunes assurés qui ont droit à la rente avant d'avoir accompli la première année de cotisations de leur classe d'âge. Mais cet avantage est grandement compensé par les gains plus modestes et les cotisations moins élevées des jeunes invalides. En outre, la LAI, contrairement à la LAVS, admet le droit à la rente des assurés mineurs (v. art. 29, 2<sup>e</sup> al., LAI) et favorise ceux-ci en déclarant expressément que, lors de l'octroi de rentes d'invalidité extraordinaires à des personnes devenues prématurément invalides (art. 39, 2<sup>e</sup> al., LAI), les limites de revenu fixées à l'article 42, 1<sup>er</sup> alinéa, LAVS ne sont pas applicables; de plus, elle dispose que, si l'assuré n'a pas encore atteint sa 50<sup>e</sup> année, la cotisation annuelle moyenne sera majorée d'un supplément dont le jeune invalide bénéficie en premier lieu (art. 36, 3<sup>e</sup> al., LAI, et art. 33 RAI). Les appréhensions de l'OFAS à propos des lacunes constatées en matière d'activité lucrative des mineurs deviennent sans objet si l'on applique le mode de calcul préconisé dans l'arrêt M. D'un autre côté, la procédure proposée par l'OFAS provoquerait une aggravation sensible de la situation des assurés qui ont

versé des cotisations seulement pendant une partie de l'année civile suivant le 20<sup>e</sup> anniversaire jusqu'à la naissance du droit à la rente. Pour ces invalides, on laisserait tomber tout bonnement plusieurs années de cotisations, tandis que pour d'autres assurés, dont le droit à la rente s'ouvre (v. considérant 1. a.) juste lors de l'accomplissement de la 1<sup>re</sup> année de cotisations de leur classe d'âge — c'est-à-dire seulement quelques mois plus tard — on tiendrait compte de toutes les cotisations versées depuis des années. Des rentiers de la même catégorie que celle de l'assuré P. Z. seraient par conséquent aussi désavantagés parce que les douze derniers mois déterminants qui, d'après le système de l'OFAS, précèdent l'ouverture du droit à la rente pourraient indiquer une forte baisse des cotisations, provoquée justement par l'invalidité de l'assuré. C'est pourquoi la solution adoptée par l'autorité de première instance est la plus conforme au principe formulé dans l'arrêt M., celui du calcul de la rente selon un système de compensation.

2. D'après ce qui précède, on calcule en l'espèce la cotisation annuelle moyenne déterminante pour la fixation de la rente en additionnant toutes les cotisations versées jusqu'à la naissance du droit à la rente, le 1<sup>er</sup> juillet 1960, et on les divise par 1, ce qui revient à dire que la cotisation annuelle moyenne correspond à la somme des cotisations versées par l'assuré. C'est sur cette base que la caisse de compensation a fixé la rente dans sa décision du 7 mai 1962. Certes, la commission de recours a calculé la cotisation annuelle moyenne en se fondant sur les mêmes chiffres, mais elle a estimé qu'il fallait prendre en considération seulement les cotisations versées jusqu'au 31 décembre de l'année précédant l'ouverture du droit à la rente. Dans ses conclusions, le jugement attaqué est tout de même juste. L'appel n'est, par conséquent, pas fondé.

## PROCÉDURE

*Arrêt du TFA, du 8 septembre 1965, en la cause M. K.*

Article 60, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre b, LAI, et article 78, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI. Conditions de la prise en charge après coup de mesures de réadaptation déjà exécutées. Confirmation de la jurisprudence. (Considérant 1.)

Article 78, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI. Même si, au moment où a commencé la mesure de réadaptation, il existait des motifs valables pour qu'elle soit exécutée immédiatement, il faut encore examiner si l'on ne pouvait pas raisonnablement attendre de l'assuré qu'il agit de façon à permettre à la commission AI de se prononcer avant le début du traitement médical. (Considérant 2.)

*Articolo 60, capoverso 1, lettera b, LAI, e articolo 78, capoverso 2, OAI. Condizioni dell'addossamento delle spese posteriore all'esecuzione dei provvedimenti d'integrazione. Conferma della giurisprudenza. (Considerando 1.)*

*Articolo 78, capoverso 2, OAI. Anche se nel momento in cui s'iniziò il provvedimento d'integrazione, c'erano motivi valevoli perchè fosse eseguito subito, bisogna tuttavia esaminare se non si avesse potuto ragionevolmente*

*pretendere dall'assicurato che si comportasse in modo da permettere alla commissione AI di deliberare prima dell'inizio della cura medica. (Considerando 2.)*

L'assuré, associé et directeur d'une grande maison de sport, souffrait de douleurs dans le dos depuis 1961. A fin janvier 1964, il se fit examiner pour la première fois par un médecin, qui diagnostiqua une coxarthrose bilatérale et estima qu'une intervention chirurgicale était nécessaire. L'opération fut pratiquée et l'assuré séjourna à l'hôpital cantonal du 6 avril au 5 mai 1964.

Le 3 juin 1964, l'assuré déposa une demande de prestations auprès de l'AI. La commission AI décida le 17 août 1964 de prendre en charge les frais du traitement postopératoire à partir de la date du prononcé jusqu'au 31 décembre 1964. En revanche, elle refusa d'assumer les frais du traitement antérieur, y compris l'opération et le séjour à l'hôpital, parce que la demande avait été déposée trop tard.

L'assuré recourut contre la décision de caisse du 9 septembre 1964 par laquelle les prononcés avaient été notifiés, en demandant que l'AI prenne en charge toutes les mesures exécutées depuis janvier 1964, ou éventuellement les traitements postopératoires entrepris depuis la demande du 3 juin 1964.

Par jugement du 2 février 1965, la commission cantonale de recours rejeta le recours en alléguant en substance ce qui suit: L'assuré a eu assez de temps, une fois le diagnostic établi, pour régler le cas avec l'AI avant l'opération. Vu que la demande a été déposée trop tard, c'est à juste titre que la commission AI a refusé de prendre en charge les mesures exécutées avant son prononcé. Le TFA a rejeté l'appel de l'assuré pour les motifs suivants:

1. Il ressort de l'article 60, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre b, LAI que les mesures de réadaptation ne sont en principe accordées que si elles ont été préalablement ordonnées par la commission AI, ce qui présuppose que le cas a été annoncé à l'AI. Il est toutefois nécessaire d'admettre des exceptions à ce principe, ce que le Conseil fédéral, se fondant sur les dispositions de l'article 86, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI, a fait à l'article 78, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI. Selon cette dernière disposition, la commission AI prend à sa charge, outre les mesures préalablement déterminées par elle, « les mesures qui, pour des motifs valables, ont dû être exécutées avant que la commission se soit prononcée, à condition toutefois que l'assuré ait déposé sa demande au plus tard six mois après le début de leur application ». Les précisions suivantes sont encore données: « Ce délai ne court qu'à partir du moment où l'assuré a connaissance de l'état de fait ouvrant droit aux prestations. Quand l'application anticipée était justifiée, mais que la demande est tardive, l'assurance couvre seulement les mesures appliquées depuis le dépôt de la demande. » La règle de caractère exceptionnel que contient l'article 78, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI, est conforme à la loi; c'est pourquoi elle lie les organes d'exécution de l'AI comme la loi elle-même (ATFA 1962, p. 249 = RCC 1962, p. 442; ATFA 1964, p. 270 = RCC 1965, p. 114).

2. Les motifs valables dont parle l'article 78, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI doivent être tels que la mesure ne pouvait être ajournée (ATFA 1963, p. 216 = RCC 1964, p. 343). Peuvent être qualifiés de valables des motifs d'ordre non seulement médical, mais aussi personnel, spécialement lorsqu'un examen objectif du cas montre que, du point de vue économique, on ne pouvait exiger de l'assuré qu'il attende le prononcé de la commission AI (ATFA 1964, p. 117 = RCC 1964, p. 340). Cependant, dans le champ d'application de l'article 78, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI, le juge ne doit pas seulement statuer sur la raison pour laquelle la mesure a été exécutée à un certain moment; il doit encore

examiner la raison pour laquelle la commission AI ne s'est prononcée qu'après l'application de la mesure. Ainsi, dans l'arrêt O. W. (ATFA 1964, p. 117 = RCC 1964, p. 340), le TFA s'est déjà demandé si l'on ne pouvait pas exiger de l'assuré qu'il dépose sa demande plus tôt, de manière à permettre à la commission AI de se prononcer avant l'exécution de la mesure. Le tribunal est arrivé, dans ce cas, à la conclusion que l'ignorance du droit ne saurait servir d'excuse à un assuré qui a déposé sa demande trop tard.

Il convient donc, lorsque l'application de la mesure commence avant que la commission AI se soit prononcée, d'examiner les points suivants: Voir tout d'abord si le moment où la mesure commence à être exécutée a été choisi pour des motifs valables. Au cas où ces motifs feraient défaut, la prise en charge par l'AI d'une telle mesure, exécutée avant le prononcé, est exclue d'emblée. Si ces motifs existent, il y a lieu de se demander s'il existait des motifs valables pour une application anticipée de la mesure. Dans la négative, la prise en charge d'une telle mesure doit également être refusée. Mais si de tels motifs valables existent bel et bien, il faut encore examiner si la demande a été déposée au plus tard six mois après le début de l'application de la mesure. Dans l'affirmative, rien ne s'oppose à ce que l'assurance couvre toutes les mesures exécutées; cependant, si la demande a été tardive, l'assurance ne peut prendre à sa charge que les mesures appliquées depuis le dépôt de la demande.

3. Dans le cas présent, l'assuré a appris à fin janvier 1964, lors d'une visite médicale, qu'une opération de la coxarthrose bilatérale était devenue nécessaire. D'après le médecin, cette intervention était assez urgente parce que, plus on attendrait, plus le processus d'usure et de destruction des articulations augmenterait. En outre, l'assuré, en tant que directeur d'une grande maison de sport, avait besoin de recouvrer rapidement sa capacité de travail. Il existait par conséquent des motifs valables pour pratiquer l'opération en avril 1964.

Comme cela a été exposé ci-dessus, il faut encore examiner si l'opération a précédé le prononcé de la commission AI pour des motifs valables, c'est-à-dire si l'on ne pouvait pas raisonnablement attendre de l'assuré qu'il agît de façon à permettre à la commission AI de se prononcer avant qu'il se fit opérer. La commission AI a rendu son prononcé le 17 août 1964, soit environ 2 mois  $\frac{1}{2}$  après le dépôt de la demande effectué le 3 juin 1964. Si, sur la base des indications du médecin, la demande avait été déposée déjà au début de février 1964, et que l'on ait indiqué la date prévue pour l'opération à la commission AI, celle-ci aurait selon toute vraisemblance pu statuer en temps utile sur la demande de l'assuré. On pouvait donc raisonnablement attendre de celui-ci qu'il dépose sa demande de manière que la commission AI soit en mesure de rendre son prononcé avant l'opération. Ainsi donc, il n'y avait pas de motifs valables pour effectuer l'opération avant que le prononcé soit rendu. Peu importe — comme il a été dit précédemment — que l'assuré n'ait déposé sa demande qu'en juin 1964 par ignorance du droit. Par conséquent, l'AI ne doit, conformément à la décision attaquée, prendre en charge que les mesures exécutées depuis le prononcé de la commission AI, quand bien même la demande a été déposée moins de six mois après le début de l'application des mesures. Il n'est pas nécessaire de déterminer si les examens auxquels le médecin a procédé en janvier 1964 ressortissent à l'AI. En effet, même si c'est le cas, ces examens partagent le sort de l'opération effectuée avant le prononcé et qui, au vu de ce qui précède, n'incombe pas à l'AI.

*Arrêt du TFA, du 4 novembre 1965, en la cause A. W.*

Articles 72 et 78, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI. La disposition de caractère exceptionnel que représente l'article 78, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI ne s'applique pas aux mesures d'instruction au sens de l'article 72 RAI. (Considérant 3.)

Articles 60 LAI et 72 RAI. L'examen médical destiné à établir si une malformation congénitale du cœur est opérable ne constitue pas une mesure de réadaptation, mais une mesure d'instruction. L'AI ne paie un tel examen que s'il a été ordonné par la commission AI ou — à défaut — s'il conduit à l'octroi d'une mesure médicale. (Considéranants 3 et 4.)

*Articoli 72 e 78, capoverso 2, OAI. La disposizione eccezionale dell'articolo 78, capoverso 2, OAI, non è applicabile agli atti istruttori ai sensi dell'articolo 72 OAI. (Considerando 3.)*

*Articoli 60 LAI e 72 OAI. L'esame clinico, volto a stabilire se un'infermità congenita del cuore sia operabile, non costituisce un provvedimento integrativo, bensì un atto istruttorio. L'AI si addossa le spese di un simile esame clinico soltanto se ordinato dalla commissione AI o, in difetto, se conclude alla concessione di un provvedimento sanitario. (Considerandi 3 e 4.)*

L'assurée, âgée aujourd'hui de 42 ans, souffre d'une malformation congénitale du cœur. Un examen — avec cathétérisme — fait en 1958 a révélé que le traitement opératoire de l'anomalie n'était pas indiqué. Le spécialiste du cœur consulté en mai 1964 était d'avis que cet examen n'avait pas été complet et qu'il était par conséquent indiqué — notamment vu les progrès réalisés depuis lors en matière de chirurgie du cœur — de réexaminer la question de l'opportunité d'une intervention. En juin 1964, l'assurée demanda à l'AI de prendre en charge les frais d'hôpital et de médecin relatifs à l'opération prévue. Le nouvel examen médical proposé par le spécialiste eut lieu de juin à décembre 1964, c'est-à-dire avant que la commission AI se soit prononcée sur le bien-fondé de la demande; on refit un cathétérisme du cœur. Cet examen confirma qu'il n'était pas indiqué de procéder à une opération. La demande de l'assurée, qui se limitait par conséquent à la prise en charge par l'AI des mesures d'instruction et d'un traitement médicamenteux de longue durée, fut rejetée par la commission AI en novembre 1964. Le prononcé fut notifié à l'assurée par décision du 23 janvier 1965. L'assurée recourut, en demandant la prise en charge des frais d'hôpital et de médecin.

L'autorité de recours rejeta le recours par jugement du 14 juin 1965.

L'assurée a interjeté appel auprès du TFA. Elle admet, certes, que le traitement de longue durée de son affection cardiaque ne peut pas être mis à la charge de l'AI. Cependant, se fondant sur un rapport médical du 27 juillet 1965, elle déclare que l'examen destiné à établir si une opération était indiquée, et qui a malheureusement abouti à une conclusion négative, a dû être fait d'urgence et que, par conséquent, il est à la charge de l'AI, bien qu'il ait eu lieu avant le prononcé de la commission AI.

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

1. L'OFAS motive tout d'abord sa proposition en alléguant que les déclarations convaincantes de l'assurée et du médecin au cours de la procédure d'appel — contrairement à l'opinion émise par l'autorité de première instance — ont incité à admettre que l'examen destiné à établir si une opération du cœur était indiquée avait dû être fait *pour des motifs valables* avant le prononcé de la commission AI. Comme l'assurée a déposé sa demande dans un délai de six mois à partir du début de l'application de

la mesure, les deux conditions mises à la prise en charge par l'AI des frais d'instruction, selon l'article 78, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI sont remplies. Il découle des considérations suivantes que l'assurée a légalement droit à la prise en charge des frais par l'AI: Selon l'article 85, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI, l'appelante, qui est majeure, a droit, vu qu'elle remplit toutes les conditions requises pour l'application de cette disposition, aux prestations prévues à l'article 13 LAI pour le traitement de son infirmité congénitale, si celle-ci peut être supprimée ou durablement atténuée par des mesures médicales de durée limitée. Or, l'opération du cœur envisagée a bien le caractère d'une mesure limitée dans le temps. Certes, l'opération n'a pas pu être effectuée; cependant, l'examen auquel il a été procédé représente la première phase de cette mesure et non une mesure d'instruction au sens de l'article 72 RAI, celle-ci n'incombant à l'AI, selon le n° 163 de la circulaire sur la procédure à suivre dans l'AI (valable dès le 1<sup>er</sup> avril 1964), que si elle a été ordonnée par la commission AI ou, le cas échéant, par l'office régional AI. Devraient être réputées mesures d'instruction uniquement les mesures qui servent, en principe, à examiner le droit éventuel de l'assuré aux prestations de l'AI (p. ex. l'examen visant à établir s'il existe une infirmité congénitale). Or, un examen médical pourrait servir aussi à d'autres fins; il en est ainsi, par exemple, lorsqu'il est nécessaire de procéder à un examen préalable pour établir si l'opération prévue est indiquée et non pas si elle doit être mise à la charge de l'AI. Puisque, d'après ce qui vient d'être exposé, l'examen médical litigieux doit être considéré comme une mesure médicale, l'appelante pourrait exiger sa prise en charge par l'AI en invoquant l'article 85, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI, en relation avec l'article 13 LAI.

2. L'opinion de l'OFAS, selon laquelle les examens médicaux entrepris de juin à décembre 1964 ne sont pas une mesure d'instruction mais une mesure médicale de réadaptation, ne peut pas être partagée. Ce qu'il faut entendre par *mesures médicales* découle de l'article 14, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI:

- « a. Le traitement entrepris... par le médecin ou, sur ses prescriptions, par le personnel paramédical;
- b. Les médicaments ordonnés par le médecin. »

En vertu de l'article 1<sup>er</sup>, 3<sup>e</sup> alinéa, OIC, seuls les actes médicaux qui permettent d'atteindre le but thérapeutique visé sont considérés comme traitement au sens de l'article 13 LAI.

Les actes médicaux litigieux n'ont en l'espèce visé aucun but thérapeutique, mais seulement un diagnostic plus précis en vue d'établir si l'intervention chirurgicale prévue était indiquée. Ils n'étaient pas de nature à assurer le succès d'un traitement et représentaient par conséquent non pas des mesures médicales au sens de la loi, mais simplement des mesures d'instruction conformément à l'article 72 RAI.

3. Il découle de l'article 60, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre b, LAI qu'en principe, les mesures de réadaptation ne doivent être accordées que si elles ont été ordonnées par la commission AI avant leur exécution ou lorsqu'elles auraient dû l'être, ce qui suppose qu'une demande de prestations a été présentée à l'AI (ATFA 1962, p. 249 = RCC 1962, p. 442). Une seule exception à ce principe est prévue à l'article 78, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI: l'AI peut prendre à sa charge les mesures qui, pour des motifs valables, ont dû être exécutées avant que la commission se soit prononcée, à condition toutefois que l'assuré ait déposé sa demande au plus tard 6 mois après le début de leur application. Une telle exception n'existe pas pour les mesures d'instruction prévues à l'article 72 RAI, celles-ci ne représentant pas des mesures de réadaptation. Il serait donc inadmissible de donner une interprétation extensive à l'article 78, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI, et de l'appliquer également aux mesures d'instruction. Contrairement à l'opi-

nion de l'OFAS, l'AI ne doit donc prendre en charge de telles mesures d'instruction que lorsqu'elle les a ordonnées ou aurait dû les ordonner. On ne saurait rien tirer de plus des articles 60 LAI et 72 RAI. Le critère déterminant pour savoir si l'AI aurait dû ordonner ou non des mesures d'instruction n'est en principe que le résultat de ces mesures: si une mesure médicale incombant à l'AI en vertu de l'article 12 ou 13 LAI se révèle indiquée, l'AI doit aussi prendre à sa charge l'examen médical préalable qu'elle n'a pas ordonné, autant qu'il était nécessaire à établir l'existence d'un droit matériel; sinon, l'AI n'est pas tenue de le faire. La solution proposée par l'OFAS inciterait à admettre que toute mesure d'instruction qui est jugée urgente, qui est destinée à établir si une opération est indiquée et que l'AI pourrait éventuellement prendre à sa charge, lui incomberait après coup, même si aucun droit matériel ne découlait de l'article 12 ou 13 LAI. Cela épargnerait assurément des frais d'instruction considérables aux caisses-maladie et aux malades qui n'y sont pas affiliés, mais en revanche chargerait d'autant plus le budget de l'AI. Or, en matière d'assurances sociales, les prestations médicales de l'AI ont un rôle *spécifique limité*, à savoir la réadaptation à la vie professionnelle.

4. Il ressort d'ailleurs clairement de l'article 21, ordonnance III, de l'assurance-maladie que les prestations médicales — de l'AI, par rapport à celles de l'assurance-maladie et accidents, n'ont en principe qu'un caractère secondaire limité et que les mesures d'instruction, comme celles qui font l'objet du litige, sont par conséquent englobées dans les prestations de l'assurance-maladie; il y est dit expressément, en particulier, que les soins donnés par un médecin obligatoirement à la charge des caisses englobent aussi les mesures *diagnostiques*. D'autre part, l'article 19 de la même ordonnance précise que, lorsque l'AI prend en charge un cas pour lequel une caisse-maladie a versé des prestations médico-pharmaceutiques, elle rembourse ces prestations à la caisse. Il en résulte que les frais des mesures diagnostiques qui n'ont pas été ordonnées par la commission AI ne doivent être remboursés par l'AI que si cette assurance a pris le cas en charge.

Le tribunal n'a pas besoin, en l'espèce, de statuer si les principes exposés ci-dessus s'appliquent sans restriction au domaine de l'article 13 LAI, lorsqu'il s'agit de mineurs.

## Allocations aux militaires

*Arrêt du TFA, du 4 novembre 1965, en la cause J. K.*

Article 4, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre b, LAPG. Un veuf propriétaire d'une petite entreprise de transports en région rurale a droit à une allocation de ménage si, pour des raisons professionnelles, il ne se justifie pas de séparer le ménage de l'entreprise.

*Articolo 4, capoverso 1, lettera b, LIPG. Un vedovo, proprietario di una piccola impresa di trasporti in regione rurale, ha diritto all'indennità per l'economia domestica se, per ragioni professionali, non sarebbe giustificabile separare l'economia domestica dall'impresa.*

Le militaire, qui est veuf, a demandé une allocation de ménage à la caisse de compensation parce que, pour des raisons professionnelles, il est tenu d'avoir un ménage en propre. Alors que la caisse de compensation a rejeté la demande, l'autorité de recours l'a au contraire admise. L'appel de l'OFAS visant à refuser l'allocation de ménage a été rejeté par le TFA pour les motifs suivants :

1. Selon l'article 4, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre b, LAPG, ont droit à l'allocation de ménage « les militaires célibataires, veufs ou divorcés qui vivent avec un ou des enfants qualifiés à l'article 6, 2<sup>e</sup> alinéa, ou qui sont tenus d'avoir un ménage en propre à cause de leur situation professionnelle ou officielle ». L'article 4, 3<sup>e</sup> alinéa, LAPG dispose que, lorsqu'une des conditions prévues au 1<sup>er</sup> alinéa (p. ex. le mariage) n'est plus remplie, le droit à l'allocation de ménage subsiste aussi longtemps que le militaire conserve son ménage, mais au maximum pendant une année.

Si un militaire célibataire, veuf ou divorcé fait valoir qu'il est tenu d'avoir un ménage en propre à cause de sa situation professionnelle, il faut selon la jurisprudence examiner, en tenant compte de tous les éléments du problème, si le militaire y est obligé par la nature et les exigences particulières de sa profession. Il s'agit d'apprécier les preuves de la nécessité du ménage selon des critères sévères (ATFA 1961, p. 369 = RCC 1962, p. 359).

2. Il y a lieu, en l'espèce, de tenir compte du fait que le militaire exploite depuis 1952 une entreprise de transports agricoles relativement petite, qui comprend trois camions avec remorque et une jeep. L'entreprise a ses locaux dans la maison que le militaire a fait construire exprès; les véhicules occupent la partie inférieure et l'appartement est situé au-dessus. Le militaire, pour le compte duquel travaillent, outre sa belle-mère, deux chauffeurs et un auxiliaire, est le plus souvent absent pour raisons d'affaires. Il a donc besoin d'un aide qui soit sur place en permanence et qui puisse, à tout instant, prendre des commandes et les transmettre à qui de droit. Alors que ce travail incombait auparavant à la femme du militaire, il est exécuté à l'heure actuelle par sa belle-mère, qui tient aussi le ménage. Vu la structure de l'entreprise, l'aide qui se charge de cette besogne ne supporterait guère de se voir confier uniquement des tâches de caractère professionnel. D'autre part, il faudrait verser

un salaire relativement trop élevé pour des heures de présence le plus souvent sans activité; de plus, le militaire serait obligé de pourvoir à la subsistance de l'aide dans l'entreprise même, tandis que lui-même devrait prendre ses repas à l'auberge. On ne voit pas bien comment, dans une telle entreprise, la clientèle pourrait passer à temps des commandes urgentes en dehors des heures de présence de l'aide et en l'absence du propriétaire. Il faut encore ajouter que le militaire et ses chauffeurs — qui, selon toute vraisemblance, transportent surtout du lait dans la journée et du bétail le soir, comme c'est en général le cas pour les chauffeurs de camions dans les entreprises de transports agricoles — doivent assez fréquemment se sustenter à des heures inhabituelles, même lorsque les auberges de village sont fermées. Pour cette raison également, il est indispensable au militaire de continuer à tenir un ménage. Si l'autorité de première instance et la caisse de compensation, qui connaissent bien tous les éléments du problème, sont arrivées à la conclusion que le militaire est tenu, pour des raisons professionnelles, d'avoir un ménage en propre, il faut admettre que cela correspond à la réalité.

3. Contrairement à l'opinion de l'OFAS, le jugement attaqué est conforme à la jurisprudence.

Le TFA a déjà eu à statuer à plusieurs reprises sur ce point litigieux. Dans trois cas, l'allocation de ménage a été accordée: à un agriculteur célibataire dont le domaine était très éloigné du village le plus proche (ATFA 1953, p. 256 = RCC 1953, p. 304), à un médecin divorcé pratiquant la médecine générale à la campagne (ATFA 1954, p. 305 = RCC 1955, p. 79) et à un maître fromager qui exploitait son commerce avec la seule aide de son frère.

Dans tous les autres cas, en revanche, l'allocation a été refusée. Il convient cependant de remarquer que, dans quatre cas, l'absence de « ménage en propre » a été décisive ou a influencé la décision des juges. L'allocation a été refusée dans cinq cas uniquement parce que le ménage ne pouvait pas être considéré comme nécessaire à l'entreprise. La demande du directeur commercial et copropriétaire d'une imprimerie-papeterie a été écartée, attendu que l'entreprise aurait pu facilement être exploitée sans la tenue d'un ménage (ATFA 1961, p. 369 = RCC 1962, p. 359). Dans un autre cas, le tribunal n'a pas accordé d'allocations au propriétaire d'un magasin résidant à Z., parce qu'il n'était pas indispensable qu'employeur et employés habitent et mangent en communauté. Un oculiste a été débouté, vu qu'il pouvait continuer à exercer sa profession même en l'absence d'un ménage (voir RCC 1954, p. 175). Le propriétaire d'une scierie et d'un commerce de bois n'a pas obtenu d'allocation, car son commerce aurait pu subsister si le personnel avait habité et mangé dans le village qui était proche. Enfin, le droit à l'allocation d'un manœuvre divorcé, travaillant dans une entreprise où trois équipes se relaient sans cesse, n'a pas été reconnu, car l'horaire de travail irrégulier ne l'obligeait pas à avoir un ménage en propre. Le cas d'une petite entreprise de transports agricoles n'a pas dû être tranché jusqu'à présent par le tribunal; il se distingue essentiellement de l'ensemble des cas évoqués ci-dessus, où le droit à l'allocation a été refusé parce que la tenue d'un ménage n'était pas nécessaire; en effet, vu la situation décrite, et pour des raisons professionnelles, il ne se justifie pas de séparer le ménage de l'entreprise.

## CHRONIQUE MENSUELLE

La *Commission d'étude des problèmes de la vieillesse* a tenu sa sixième séance plénière du 13 au 15 avril sous la présidence de M. A. Saxer. Elle a discuté des rapports, qui n'avaient pas encore été présentés, sur la situation et le revenu des personnes âgées exerçant une activité indépendante dans les arts et métiers, sur la situation des personnes âgées sans activité lucrative, ainsi que sur le problème du logement, des loisirs et des soins. Le projet du rapport final sera présenté à la commission probablement à la fin de l'automne.

\*

Le *groupe d'étude des questions techniques* a siégé le 19 avril sous la présidence de M. Granacher, de l'Office fédéral des assurances sociales. Il s'est occupé spécialement de la composition future du numéro d'assuré et d'une nouvelle procédure de formation et d'attribution de ce numéro. Les propositions concernant cette nouvelle procédure seront examinées par une commission spéciale, composée de représentants des deux groupes de caisses.

\*

La *septième conférence annuelle des commissions AI* s'est réunie le 21 avril sous la présidence de M. Granacher, de l'Office fédéral des assurances sociales. Les caisses cantonales de compensation (qui gèrent notamment le secrétariat de ces commissions), les offices régionaux AI, ainsi qu'une délégation des caisses professionnelles de compensation prenaient part également à cette réunion. Le programme de celle-ci comportait, en premier lieu, quatre exposés sur la planification et la coordination de la réadaptation professionnelle. Un résumé de ces travaux, qui éclairent les divers aspects de la question, sera publié dans la RCC. M. Frauenfelder, directeur de l'Office fédéral, remercia les participants de tout ce qui a été réalisé, jusqu'à présent, dans le domaine de l'AI.

\*

La *Commission fédérale de l'AVS/AI* a siégé le 26 avril sous la présidence de M. Frauenfelder, directeur, et en présence de M. Kaiser, de l'Office fédéral. Elle a étudié en particulier l'adaptation des rentes AVS et AI au renchérissement.

## Vers une nouvelle revision de l'AVS

### *Interview à la télévision*

La télévision suisse de langue italienne a évoqué le 14 avril 1966, dans son émission mensuelle « PRISMA: Problemi di politica federale », la prochaine revision de l'AVS. Le représentant de l'Office fédéral des assurances sociales y a donné les réponses suivantes.

### *Question:*

Les rentes de l'AVS et de l'AI ont été sensiblement augmentées dès le 1<sup>er</sup> janvier 1964. Depuis lors, les prestations complémentaires ont été instituées. Pourquoi parle-t-on de nouveau d'une revision de l'AVS?

### *Réponse:*

Cette question est justifiée. Lors de la 6<sup>e</sup> revision, les rentes furent augmentées d'un tiers, très souvent même davantage. En outre, dans le courant de cette année, tous les cantons introduiront des prestations complémentaires pour les bénéficiaires de rentes ayant un revenu modeste; ils recevront à cet effet d'importantes subventions fédérales. Le but que l'on s'est proposé lors de la 6<sup>e</sup> revision est donc atteint. Effectivement, les nouvelles demandes de revision ne visent pas à corriger la 6<sup>e</sup> revision, mais elles sont motivées avant tout par l'évolution de l'économie survenue depuis lors. Deux chiffres suffiront à illustrer cette évolution: L'indice des prix est monté d'environ 8 pour cent depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1964 jusqu'à la fin de février de cette année; l'index des salaires a augmenté, lui, d'environ 17 pour cent. Ceci montre que les rentes ont perdu de leur valeur depuis 1964, aussi bien par rapport aux prix que par rapport aux salaires.

### *Question:*

Sous quelle forme les demandes de revision ont-elles été présentées?

### *Réponse:*

Sous forme d'interventions parlementaires, en bonne partie. Lors de la dernière session de mars, M. Tschudi, conseiller fédéral, a dû répondre à pas moins de quatre postulats et une question écrite. Ces interventions ont pour auteurs des conseillers appartenant à tous les partis. En outre, la Fédération suisse des syndicats chrétiens-nationaux a lancé une initiative constitutionnelle de très grande portée.

*Question:*

Ces interventions demandent-elles seulement une adaptation des rentes AVS et AI au renchérissement?

*Réponse:*

Non. Elles vont un peu plus loin. Certes, la question de la compensation du renchérissement est au premier plan. Cependant, elle est accompagnée de problèmes généraux qui sont étudiés ici pour la première fois ou dont la discussion est reprise. De divers côtés, on demande avant tout l'indexation des rentes, parce que l'on espère éviter ainsi de continuelles modifications de la loi. De plus, on se demande parfois si, d'une manière générale, nos rentes suffisent à assurer la population contre les conséquences économiques de la vieillesse et de l'invalidité.

*Question:*

Que vont faire à présent les autorités fédérales?

*Réponse:*

Il est prévu d'examiner tout d'abord la compensation du renchérissement. La Commission fédérale de l'AVS et de l'AI, qui doit, comme on le sait, donner son préavis sur tous les problèmes de l'AVS, se réunira à la fin d'avril pour étudier principalement cette question-là. Si elle approuve une adaptation des rentes au renchérissement, un projet de loi sera soumis aux Chambres pour la session de juin. Le Parlement pourra traiter la question lors des sessions d'automne et d'hiver, si bien qu'une éventuelle compensation du renchérissement prendrait effet au début de l'année prochaine.

*Question:*

Et les autres postulats de revision?

*Réponse:*

Les autres questions, notamment celle de l'indexation des rentes, sont plus difficiles et demandent un examen très complet. L'AVS et l'AI, avec leur somme de rentes qui dépasse déjà 1,8 milliard de francs par année, sont devenues un facteur important de notre économie nationale; les conséquences de modifications automatiques des prestations doivent donc être étudiées avec soin. Une revision qui apporte un remaniement décisif du système des rentes ne peut par conséquent être improvisée, et sa réalisation prendra beaucoup de temps. Nous ne pensons pas que des résultats concrets pourront être obtenus avant la fin de 1968.

*Question:*

Nous devons donc nous attendre encore à quelques revisions de l'AVS?

### Réponse:

Certainement. Jusqu'à présent, il y a eu environ une revision AVS tous les trois ans. Lors de la 6<sup>e</sup>, on espérait, il est vrai, parvenir à une étape un peu plus calme et, surtout, réduire à des proportions raisonnables les efforts que ces continuelles revisions exigent de la part de l'administration — songez que l'effectif total des bénéficiaires de rentes atteint aujourd'hui près de 900 000 individus. Cependant, il semble que le rythme actuel des revisions ne pourra guère être modifié de manière sensible, tant que la situation économique de notre pays n'aura pas, de son côté, atteint une certaine stabilité.

## **L'AI et la notion d'aptitude à recevoir une instruction**

La RCC a consacré un article récent (p. 68 de 1966) au traitement des infirmités congénitales et à l'inaptitude à recevoir une instruction, en évoquant un arrêt du TFA (p. 98 de 1966). Or, cette notion d'*aptitude à recevoir une instruction*<sup>1</sup> est si importante dans l'AI qu'il se justifie de l'interpréter d'une manière encore plus détaillée et de considérer son application pratique.

Selon l'article 19, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, des subsides sont alloués pour la formation scolaire spéciale des mineurs aptes à recevoir une instruction mais qui, par suite d'invalidité, ne peuvent fréquenter l'école publique ou dont on ne peut attendre qu'ils la fréquentent. Ainsi, la limite supérieure, si l'on peut dire, est représentée par l'aptitude à suivre l'enseignement d'une école publique, tandis que la limite inférieure est tracée entre l'aptitude et l'inaptitude à recevoir une instruction. A cet égard, l'aptitude à recevoir une instruction signifie la capacité d'assimiler certaines connaissances et d'acquérir une certaine habileté. Il est donc essentiel de savoir ce qu'il faut entendre au juste par ces connaissances et cette habileté. Il n'y a pas très longtemps, l'AI ne considérait comme apte à recevoir une instruction que l'assuré susceptible de faire des progrès notables dans les disciplines intellectuelles telles que l'écriture, la lecture et le calcul. Celui qui était dépourvu de ces aptitudes-là devait rester à la maison ou était admis dans un établissement, où les mesures qui lui étaient appliquées se bornaient principalement aux soins et à la garde. Toutefois, quelques homes s'efforçaient déjà de développer les mineurs atteints d'une grave débilité mentale. Les succès ainsi obtenus ont prouvé que même

---

<sup>1</sup> En allemand, on parle de *Bildungsfähigkeit*, ce qui signifie exactement aptitude à recevoir une formation.

dans des cas très graves, des progrès sensibles peuvent être réalisés du moins dans les actes de la vie quotidienne. Certes, on ne peut parvenir, dans chacun de ces cas, à un niveau suffisant pour assurer une réadaptation professionnelle future; toutefois, si l'on considère la différence qui existe entre un invalide mental interné, ayant besoin de soins et de surveillance permanents, et un invalide qui jouit au moins d'une certaine indépendance dans les actes de la vie quotidienne, on devra reconnaître que les efforts déployés dans ce domaine ont aussi un but économique et non seulement humain.

Sur la base de ces considérations, l'administration a interprété très largement la notion d'aptitude à recevoir une instruction. Elle considère donc comme aptes, au sens de l'article 19 LAI, non seulement les mineurs capables de faire des progrès sensibles dans les disciplines scolaires, mais aussi ceux qui, moins doués, ne peuvent apprendre que certains travaux manuels, ou du moins les actes les plus ordinaires de la vie quotidienne. Cette interprétation permet de reconnaître comme formation scolaire spéciale les mesures de pédagogie curative visant à développer les enfants gravement atteints de débilité mentale; elle permet également l'octroi des subsides de l'AI pour les frais d'école et de pension.

Comme le prouvent de nombreux exemples, l'aptitude à recevoir une instruction ne doit pas être niée prématurément. Même en cas de débilité très grave, on réussit en général à établir un contact avec le malade et à réaliser de réels progrès pédagogiques. Etant donné le retard causé par une infirmité mentale dans le développement d'un individu, on ne peut, dans les cas-limites, porter que relativement tard un jugement définitif sur l'aptitude à recevoir une instruction. Aussi devrait-on, pour être équitable, poursuivre les essais de formation pendant une période assez longue. Si ces tentatives aboutissent à un échec évident, et alors seulement, il se justifie de nier l'existence d'une telle aptitude. L'expérience montre qu'en règle générale, cette aptitude ne peut être niée à coup sûr pendant les cinq premières années de la vie. Si l'on intervient suffisamment tôt et si l'on applique les mesures pédagogiques appropriées, l'inaptitude au sens de la LAI sera extrêmement rare. A ce propos, relevons que l'aptitude représente une qualification pédagogique et ne constitue donc pas, en premier lieu, un problème médical.

Cette interprétation de la notion d'aptitude influence également le droit aux mesures médicales visant le traitement des infirmités congénitales (art. 13 LAI). Puisque, d'une part, des mesures médicales ne peuvent être refusées pour cause d'inaptitude, avant que celle-ci ne soit dûment établie, et que d'autre part l'inaptitude ne peut guère être établie avant l'âge de cinq ans, un refus de mesures médicales pour cause d'inaptitude est exclu pendant les cinq premières années de la vie<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Comme l'expérience l'a montré, c'est surtout pendant les premières années de la vie que les infirmités congénitales ont besoin de traitement. L'interprétation large donnée à la notion d'aptitude a donc pour effet de réduire à un minimum le nombre des refus de mesures médicales motivés par l'inaptitude.

Le fait que la limite entre l'aptitude et l'inaptitude a été placée très bas n'est pas sans influence sur l'octroi de contributions selon l'article 20 LAI. Certes, il est possible, d'après la pratique administrative et judiciaire, d'accorder de telles contributions même lorsque l'inaptitude n'est pas encore établie définitivement (cf. RCC 1964, p. 41); toutefois, l'AI ne peut allouer en même temps des contributions pour la formation scolaire et des contributions pour mineurs inaptes. Il faut donc veiller à ne pas négliger l'éducation à cause de l'octroi de prestations servies en vertu de l'article 20 LAI. De plus, grâce à une pédagogie appropriée, on saisira toutes les possibilités qui s'offrent de développer l'indépendance du patient, ceci dans l'intérêt même des parents et non pas seulement dans celui de l'assurance. Il est certainement plus avantageux, à tous égards, de réduire ainsi les dépenses de soins et de garde que de compenser les frais supplémentaires par des prestations en espèces.

## **Prestations complémentaires des cantons**

### **Divergences entre les textes législatifs cantonaux quant à la forme et au fond**

La loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, du 19 mars 1965 (LPC), donne, en ce qui concerne l'octroi des subventions fédérales, différentes prescriptions sur les conditions du droit aux prestations complémentaires (PC), ainsi que sur l'ampleur minimale de ce droit.

En revanche, elle laisse aux cantons une grande liberté en ce qui concerne le choix de la forme juridique des textes législatifs, la forme et le fond de certaines prescriptions de droit matériel et, avant tout, le financement, la procédure et l'organisation. Aussi trouve-t-on des divergences considérables dans les textes législatifs déjà entrés en vigueur ou approuvés par les autorités cantonales, ainsi que dans les dispositions d'exécution promulguées. Le présent commentaire se borne à montrer les plus importantes divergences dans les textes législatifs ayant acquis un caractère définitif. Il ne tient donc pas compte des lois et ordonnances des cantons de Zurich, Uri, Zoug, Argovie et Thurgovie, qui n'avaient pas encore acquis ce caractère lors de son impression.

#### *1. La forme juridique des textes législatifs cantonaux relatifs aux PC.*

La plupart des cantons, qui ont déjà clos leurs travaux législatifs, ont promulgué les dispositions concernant les PC sous forme d'une « loi sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI ». Appenzell Rh.-Int. a introduit

ses PC par une ordonnance du Grand Conseil, le Valais pour un décret du Grand Conseil. Bâle-Ville a — vraisemblablement à cause de la distinction faite jusqu'ici entre l'aide à la vieillesse et aux survivants, d'une part, et l'aide aux invalides d'autre part — promulgué séparément une loi sur les PC cantonales à l'AVS et sur l'aide aux vieillards, ainsi qu'une loi semblable sur les PC à l'AI et sur l'aide aux invalides. Plusieurs cantons (p. ex. Schwyz, Unterwald-le-Haut, Unterwald-le-Bas, Soleure, Appenzell Rh.-Ext., Saint-Gall, Grisons) n'ont admis dans leur loi que les dispositions les plus importantes, avant tout celles qui concernent le financement et l'organisation; ils ont inséré les autres prescriptions — aussi celles de caractère matériel — dans des ordonnances d'exécution, ou bien renvoient simplement à la LPC.

## *2. Prestations cantonales supplémentaires*

Plusieurs cantons prévoient, dans leurs textes législatifs sur les PC, le versement de prestations supplémentaires non subventionnées par la Confédération, qui se limitent souvent, il est vrai, à une simple garantie des droits acquis (garantie en vertu de laquelle les prestations accordées jusqu'ici seront maintenues). Il s'agit des cantons de Berne, Schwyz, Glaris, Soleure, Bâle-Ville, Bâle-Campanne, Schaffhouse, Saint-Gall, Vaud, Neuchâtel et Genève.

## *3. Prestations des communes dans le cadre du droit fédéral*

Seul le canton du Valais a fait usage, jusqu'ici, de la possibilité d'autoriser les communes à allouer des PC plus élevées dans le cadre du droit fédéral. Ses communes peuvent augmenter la déduction fixe du revenu provenant de l'exercice d'une activité lucrative (appelé ci-dessous: revenu d'une activité), ainsi que du montant annuel des rentes et pensions, selon l'article 4, lettre b, LPC, et introduire la déduction pour loyer selon la lettre c de la même disposition. Cela ne signifie toutefois pas que dans d'autres cantons, des prestations communales ne soient pas versées indépendamment des PC.

## *4. Limites de revenu*

Aucun canton n'a, jusqu'à maintenant, fait usage de la possibilité prévue par l'article 4, lettre a, LPC de réduire d'un cinquième au plus les limites de revenu.

## *5. Déductions fixes du revenu d'une activité et du montant des rentes et pensions.*

A l'article 3, 2<sup>e</sup> alinéa, LPC, il est disposé qu'un montant global de 240 francs pour les personnes seules et de 400 francs pour les couples et les personnes qui ont des enfants ayant ou donnant droit à une rente (appelées ci-dessous: personnes qui ont des enfants) est déduit du revenu annuel d'une

activité, ainsi que du montant annuel des rentes et pensions, à l'exception des rentes de l'AVS et de l'AI; le solde n'est pris en compte que pour les deux tiers. Ainsi, le revenu d'une activité, de même que les rentes et pensions, sont privilégiés par rapport aux autres éléments de revenu à prendre en compte. Les cantons sont de plus autorisés, selon l'article 4, lettre b, LPC, à porter les déductions fixes précitées du revenu d'une activité, ainsi que du montant annuel des rentes et pensions, au maximum de 480 francs pour les personnes seules et de 800 francs pour les couples et les personnes qui ont des enfants. Les cantons suivants ont fait usage de cette possibilité: Berne, Lucerne, Unterwald-le-Haut, Soleure, Bâle-Ville (seulement dans la loi concernant l'aide cantonale aux invalides), Bâle-Campagne, Schaffhouse, Appenzell Rh.-Int., Grisons, Vaud, Neuchâtel et Genève.

#### *6. Déduction pour loyer*

Selon l'article 4, lettre c, LPC, les cantons peuvent prévoir une déduction du revenu pour frais de loyer jusqu'à concurrence d'un montant annuel de 750 francs pour les personnes seules et de 1200 francs pour les couples et les personnes qui ont des enfants, dans la mesure où le loyer excède un cinquième de la limite de revenu déterminante. Jusqu'ici, les cantons suivants prévoient une telle déduction: Berne, Lucerne, Unterwald-le-Haut, Soleure Bâle-Ville, Bâle-Campagne, Schaffhouse, Appenzell Rh.-Int., Saint-Gall, Grisons, Tessin, Vaud et Neuchâtel.

#### *7. L'exemption d'impôts cantonaux et communaux en faveur des PC*

La LPC ne prévoit pas une telle exemption, mais les cantons ont la faculté de l'accorder dans leur législation sur les PC. Jusqu'à maintenant, seuls les cantons de Bâle-Campagne, Schaffhouse et Valais ont prévu une telle disposition. On ne saurait toutefois en conclure que les PC soient soumises à l'impôt dans tous les autres cantons. Des prescriptions concernant l'exemption de telles rentes de besoin peuvent aussi se trouver dans les lois fiscales. De plus, dans plusieurs cantons, les limites prévues pour les revenus non soumis à l'impôt et les déductions sociales sont fixées à des montants suffisamment élevés pour que les PC échappent à l'imposition.

## A propos de la prévention de la débilité mentale

Le service d'information médicale de la Fédération des médecins suisses a publié dans divers journaux un article dont l'intérêt pour l'AI est considérable. Il s'agit d'une méthode relativement simple permettant de détecter à temps un trouble congénital du métabolisme qui se produit assez rarement, mais dont les conséquences peuvent être très graves. Bien que ce problème ne soit pas tout à fait nouveau, il mérite l'attention de tous les milieux et particulièrement des autorités responsables de la santé publique.

Ces derniers jours, trois petites gouttes de sang ont épargné des souffrances indicibles à une petite Zurichoise et à sa famille. Depuis le début de l'année, tous les enfants nés dans les hôpitaux du canton de Zurich sont soumis à un simple *test sanguin*, afin de détecter une forme dangereuse, mais évitable, de la débilité mentale. Si cette maladie n'est pas reconnue pendant les premières semaines de la vie et traitée correctement, l'enfant sera inévitablement frappé de débilité mentale; il sera, pour sa famille, une cause de graves soucis, sans compter les frais énormes d'un internement qui peut durer toute la vie. L'examen en série vaut la peine d'être effectué, car en fin de compte, en sauvant chaque année plusieurs nouveau-nés de la débilité mentale, on remporte sur le plan humain une victoire qui n'a pas de prix.

La *cause* de cette forme de débilité mentale est la *phénylcétonurie*; c'est un trouble du métabolisme, héréditaire et rare, qui a été reconnu et décrit pour la première fois en 1934 par le Norvégien Fölling. Aujourd'hui, cette maladie est le type le plus connu et le plus étudié des troubles congénitaux du métabolisme aboutissant à la débilité mentale.

Les enfants qui en sont atteints semblent parfaitement normaux à leur naissance, mais présentent ensuite, dès les premiers mois, un retard toujours plus sensible dans leur développement mental et physique. Ils apprennent à s'asseoir, à marcher et surtout à parler plus tard que leurs frères et sœurs normaux. La débilité mentale s'accroît avec l'âge. Les enfants qui en souffrent ne peuvent pas fréquenter l'école publique et doivent souvent être admis dans un home. Ils sont généralement blonds, avec des yeux bleus et une peau de teinte claire qui présente souvent des altérations eczémateuses; on observe chez eux une agitation particulière ou des convulsions. Dans leur

urine, leurs cheveux et sur la peau, on remarque fréquemment une odeur désagréable, douceâtre et âcre.

Cette maladie est particulièrement dangereuse du fait qu'elle ne se manifeste pas pendant les premiers mois de la vie; ce n'est que plus tard que l'on remarque le retard de l'enfant et que l'on se décide à le montrer à un médecin. Une simple analyse d'urine permet à celui-ci de reconnaître immédiatement la maladie, mais il est trop tard, car le cerveau est déjà atteint d'une lésion incurable. Malgré le traitement que l'on entreprend alors, les aptitudes mentales du patient restent diminuées sa vie durant. En soumettant l'enfant à une diète compliquée et coûteuse, sous contrôle médical très strict, jusqu'à l'âge de douze ou treize ans environ, on peut tout au plus empêcher une aggravation de la débilité mentale et, parfois, obtenir une amélioration de l'intelligence.

Toutefois, un développement psychique normal n'est garanti que lorsque le traitement commence dès les premières semaines et les premiers mois de la vie, alors qu'aucun phénomène pathologique ne s'est encore manifesté.

Il est donc évident que tous les nouveau-nés devraient être examinés en vue de détecter cette maladie du métabolisme. Seul un tel examen systématique permettra de reconnaître à temps les enfants qui en sont atteints, de les traiter en conséquence avec succès et d'empêcher ainsi la survenance de la débilité mentale. Il y a cinq ans, un médecin américain, Robert Guthrie, à Buffalo, a mis au point une méthode simple qui permet de poser un diagnostic déjà à l'âge de cinq à sept jours, donc bien avant que l'habituelle analyse d'urine donne un résultat positif. Ce test convient particulièrement bien aux examens en série, car il consiste à mettre trois gouttes de sang sur un papier-filtre que l'on envoie ensuite dans un laboratoire spécial pour examen.

Le test de Guthrie a été introduit l'année dernière à Zurich, à titre d'essai, par la Direction cantonale de l'hygiène publique et par l'Hôpital infantile; au début de cette année, il était pratiqué dans tous les hôpitaux du canton. On contrôle de cette manière environ 19 000 nouveau-nés par année. D'après les expériences faites à l'étranger, on peut s'attendre au dépistage d'un enfant malade sur 10 000 nourrissons. Cependant, à la fin de février déjà, on a constaté, après 7002 tests négatifs, qu'un nouveau-né était menacé; celui-ci pourra heureusement être sauvé et, grâce au traitement aussitôt entrepris, se développera normalement.

Il est très réjouissant de voir que les médecins et les autorités du canton de Zurich ont accepté cette tâche si importante, qui assure la prévention de la débilité mentale, et poursuivent activement les travaux. Il est d'ailleurs prévu d'étendre bientôt cette méthode d'examen à tous les nouveau-nés en Suisse. On suppose que l'on réussira en outre, dans un proche avenir, à développer et à introduire des méthodes analogues pour détecter d'autres maladies du métabolisme conduisant à la débilité mentale.

## Coup d'œil sur les ateliers d'occupation permanente subventionnés par l'AI

Un des objectifs les plus nobles de l'AI est de donner aux invalides, grâce à des mesures d'ordre médical, scolaire et professionnel, la possibilité d'exercer une activité lucrative et, partant, de subvenir à leur entretien, le cas échéant avec l'appoint d'une rente AI. La solution idéale consisterait à insérer les invalides formés ou réadaptés dans le circuit normal du travail; cela n'est toutefois pas toujours possible. Il en restera toujours un certain nombre pour qui cette intégration complète n'entrera jamais dans le domaine des réalités, malgré les réussites incontestables des collaborateurs des offices régionaux de l'AI, qui ont trouvé en 1965 un emploi sur le marché libre à quelque 2000 invalides. Faut-il jeter le manche après la cognée? Bien au contraire; l'expérience enseigne qu'aujourd'hui plus que jamais, ce potentiel résiduel de travail peut être mis à profit dans des ateliers protégés où les invalides, encadrés par des contremaîtres compréhensifs, patients et persévérants, dont les qualités humaines sont pour le moins égales aux connaissances techniques, arrivent à des rendements étonnants. Une telle activité se devait d'être soutenue aussi par l'AI qui, outre ses subventions aux frais de construction et d'équipement, verse aux ateliers une contribution aux frais d'exploitation engendrés par une productivité réduite. Les principes et la méthode de calcul des subventions ont été exposés d'une façon détaillée et toujours valable aux pages 10 et suivantes de la RCC de l'année 1964.

Des quelque soixante ateliers d'occupation permanente que compte notre pays, une trentaine environ bénéficient des subventions AI. L'éviction d'un nombre relativement élevé d'ateliers est due, entre autres raisons, au fait que nombre d'entre eux ne remplissent pas toutes les conditions mises à l'octroi d'une aide de l'AI; c'est le cas en particulier de ceux qui reçoivent déjà des subventions plus fortes sur la base d'autres lois fédérales, par exemple les ateliers d'occupation pour tuberculeux, et des ateliers pour adolescents, où la production n'est pas organisée sur des bases commerciales acceptables, l'occupation ayant le pas sur la production.

Les ateliers ici en discussion sont répartis sur l'ensemble du territoire suisse, avec tout de même une certaine concentration dans les zones à forte densité de population. Plus de la moitié des ateliers sont groupés dans les agglomérations zurichoise, bâloise et lausannoise, et occupent environ 600 des quelque 900 invalides recensés. Une quinzaine de projets sont actuellement en voie de réalisation ou à l'étude. Il est heureux de constater que la plupart des nouveaux centres seraient créés ailleurs. On assiste donc à un phénomène

de décentralisation, qui devrait permettre à un nombre toujours plus grand d'invalides de travailler dans un atelier protégé sans quitter leur milieu naturel.

Les ateliers d'occupation peuvent bénéficier des subventions aux frais d'exploitation, à la condition principale que leur main d'œuvre soit constituée en majorité de travailleurs invalides qui ne pourraient exercer ailleurs aucune activité lucrative. Il n'est dès lors pas étonnant que des 900 invalides recensés en 1964, plus de 700 aient été des bénéficiaires de rentes AI entières; en d'autres termes, les gains restent très faibles. Le mode de rétribution est d'ailleurs très différent d'une institution à l'autre. On trouve des ouvriers payés à la tâche, d'autres à l'heure. Parfois, le gain réalisé par un invalide dans un home-atelier se traduit par une diminution du prix de pension. Les salaires sont échelonnés en fonction du degré d'invalidité, du rendement et du genre de travail. Des salaires horaires de dix centimes voisinent avec des salaires supérieurs à deux francs. Parfois, le produit du travail est complété par une contribution bénévole à caractère social. Les non-invalides sont rétribués selon les normes de leur profession.

Les ateliers protégés ont des programmes de fabrication très variés. Tandis que les anciens ateliers qui se consacrent à la brosserie, à la vannerie, au cannage et au tissage conservent une grande importance lorsque les places de travail y sont judicieusement réparties, les ateliers qui se sont ouverts ces dernières années ont tenté, souvent avec succès, de se lancer dans le travail du métal (perçage, fraisage, tournage, fabrication de ressorts), du bois, du carton, des matières plastiques et dans le secteur de l'appareillage électrique. Il est réjouissant de voir que ces ateliers d'avant-garde ont cherché à profiter des avantages d'une division très poussée du travail. Le fait qu'avec l'aide de machines adaptées, parfois ingénieusement, aux possibilités restreintes des invalides, on puisse limiter l'intervention du travailleur à quelques gestes simples permet de placer dans le circuit de la production des invalides, y compris des faibles d'esprit, qui n'auraient pu trouver aucun poste de travail digne de ce nom dans une entreprise à caractère artisanal. Une autre caractéristique de l'évolution de ces dernières années réside dans le fait que l'on a cherché du travail de sous-traitant, grâce auquel un atelier protégé s'intercale parfois directement dans un processus de fabrication. Cette nouvelle orientation dirige l'effort principal vers la production industrielle et allège du même coup le service des ventes qui absorbait à lui seul une bonne partie du bénéfice d'exploitation.

En dépit des efforts qui ont été faits et qui se poursuivront en vue de trouver le programme de fabrication le plus rentable, l'organisation du travail la plus rationnelle, l'adaptation des postes de travail aux besoins des travailleurs invalides, la production des ateliers d'occupation sera toujours plus chère que celle du marché normal, du fait qu'elle a dû absorber des frais supplémentaires engendrés en particulier par la capacité de travail réduite de la main-d'œuvre. En effet, étant donné que celle-ci produit moins qu'une main-d'œuvre normale, les frais fixes tels que les frais d'amortissement des immeubles, des machines et des installations sont répartis sur une production plus faible, ce qui se traduit par une augmentation parfois sensible des prix de revient. En

outre, la main-d'œuvre invalide requiert plus de personnel de maîtrise pour la mise en train du travail, le réglage des machines, la surveillance du travail et le contrôle de la production. La plupart du temps, la concurrence interdit d'incorporer ces surcharges aux prix de vente; elles restent donc à la charge des ateliers, qui les couvrent après coup par des contributions à bien plaisir des cantons, des communes et des tiers ou par des prélèvements sur des fonds spéciaux. L'AI a aussi voulu apporter sa contribution; elle paie des subventions s'élevant au tiers des frais supplémentaires résultant de l'occupation d'invalides. Elle a versé à ce titre, en 1965, 377 820 francs. Il est important de souligner que les subventions ne sont pas allouées sous forme d'indemnités forfaitaires, mais sont calculées pour chaque bénéficiaire séparément sur la base de ses propres frais d'exploitation.

Le système choisi par l'AI et appliqué depuis 1960 a fait ses preuves; il a en plus le mérite d'être équitable, puisqu'il apporte une aide plus substantielle aux ateliers qui, en vue d'accroître leur productivité, ont placé des sommes importantes en immeubles, machines et installations diverses de fabrication, et se sont assurés la collaboration d'un nombre suffisant de contremaîtres et de moniteurs qualifiés.

## **Le droit aux rentes d'orphelins et aux rentes complémentaires pendant le service militaire**

Les rentes d'orphelins et les rentes complémentaires de l'AVS ou de l'AI sont accordées, selon les dispositions adoptées lors de la 6<sup>e</sup> révision de l'AVS, aux enfants qui font un apprentissage ou des études, jusqu'à l'âge de 25 ans révolus. Or, il arrive souvent que durant cette période, un jeune homme doive accomplir un temps plus ou moins long de service militaire. Contrairement à ce qui se passait sous le régime en vigueur avant la 6<sup>e</sup> révision, il s'agit non plus de l'école de recrues exclusivement, mais de divers genres de services, notamment de services d'avancement.

On peut se demander, dans ces conditions, s'il est encore compatible avec l'esprit et la lettre des dispositions légales déterminantes de continuer à verser la rente dans tous les cas de service militaire. Compte tenu des considérants d'un arrêt où le TFA s'est prononcé contre l'interruption du droit à la rente, malgré l'accomplissement d'une école de recrues effectuée avant la fin de l'apprentissage (RCC 1953, p. 447), cette question doit être résolue de la manière suivante.

Le tribunal avait alors relevé que le but de la rente d'orphelin en question était de remplacer les prestations d'entretien incombant au père décédé, l'assuré

ne pouvant, pendant son apprentissage, subvenir dans une mesure suffisante à son propre entretien. La rente d'orphelin garde sa destination durant la période du service militaire, car le bénéficiaire n'abandonne pas sa formation professionnelle. En fait, la continuation du versement de la rente se justifie seulement lorsqu'il est établi que l'intéressé poursuivra sa formation après le service militaire, aussitôt après la fin de celui-ci ou du moins après une brève interruption.

Cette argumentation n'est cependant pas nécessairement valable lorsqu'il s'agit d'un bénéficiaire de rente âgé de plus de 20 ans qui a entrepris, certes, une formation professionnelle donnant droit à la rente, mais qui, à un certain moment, se met à fréquenter divers cours militaires avant d'achever ses études ou son apprentissage. Etant donné la durée assez considérable de services militaires de ce genre, on ne peut prévoir avec certitude que l'intéressé poursuivra sa formation professionnelle civile après son licenciement. Il faut donc, ne serait-ce que pour cette raison, opérer une distinction entre un service militaire initial ou de brève durée, qui ne saurait guère suspendre le cours d'une formation professionnelle, et un service militaire de longue durée, qui est susceptible de provoquer de véritables interruptions dans la formation projetée et même d'orienter celle-ci dans une voie nouvelle.

A ces considérations s'ajoute encore un fait. Dans l'arrêt cité, le tribunal a estimé qu'il était peu dangereux qu'en cas de versement à double de l'allocation APG et de la rente d'orphelin, il y ait abus de l'institution de ladite rente (RCC 1953, p. 449). Etant donné le taux fixe très bas qui était alors valable pour les APG versées aux recrues — il ne s'agissait que de ce taux avant la 6<sup>e</sup> révision AVS — ceci est évident. Toutefois, étant donné que d'autres genres de service prédominent pendant le laps de temps ici considéré, et que la 2<sup>e</sup> révision du régime APG a introduit des taux minimums sensiblement plus élevés pour une partie d'entre eux, soit pour les services d'avancement, cette situation doit, elle aussi, être reconsidérée. Si une allocation, correspondant à peu près à celle d'un militaire qui touche un salaire moyen dans la vie civile, est versée selon l'article 11 RAPG pour des services considérés comme services d'avancement, cela représente une faveur en particulier pour les étudiants, qui avaient motivé leurs revendications à ce sujet en alléguant « que les longues périodes de service militaire ont pour effet de retarder la fin des études et, par conséquent, l'entrée dans la vie active » (p. 9 du Message du Conseil fédéral du 31 mai 1963 à l'appui d'un projet de loi modifiant la LAPG). Il s'ensuit qu'une compensation supplémentaire au moyen d'une rente devient superflue; en effet, cette allocation APG et la solde plus élevée devraient garantir non seulement l'entretien complet du militaire, mais compenser aussi, financièrement, le retard de son entrée dans la vie active résultant du service d'avancement.

En résumé, on peut en conclure — sous réserve d'une jurisprudence contraire — que les services d'avancement ne sont plus comptés comme formation (apprentissage ou études) au sens de l'article 25, 2<sup>e</sup> alinéa, LAVS et que d'autre part, l'école de recrues et les cours de répétition, ainsi que d'autres services militaires de courte durée, n'empêchent pas le maintien de la rente s'ils sont suivis, dès que faire se peut, d'une reprise de la formation.

## Les effets de la sixième révision AVS vus par la statistique

La 6<sup>e</sup> révision de l'AVS, entrée en vigueur en 1964, comportait d'importantes améliorations quantitatives et structurelles. La RCC a déjà donné une statistique détaillée des nouvelles prestations<sup>1</sup>. Les effets de la modification de la loi apparaissent, toutefois, encore plus clairement si l'on compare les rentes versées en 1964 aux paiements effectués l'année précédente. Le présent exposé montre les résultats de ces deux années, d'après les catégories et genres de rentes AVS et AI, et les compare numériquement. La 6<sup>e</sup> révision ne s'étant pas bornée à une hausse générale d'un tiers, mais ayant touché encore d'autres points, les sommes de rentes ont augmenté d'une manière différente.

Les statistiques sont données dans quatre tableaux. Les tableaux 1 à 3 sont consacrés aux sommes de rentes AVS et AI versées en Suisse, considérées globalement; le tableau 4 montre la moyenne de rentes versées par bénéficiaire.

La somme des rentes versées en 1964 a été, dans l'AVS, de 535,4 millions et dans l'AI de 42,0 millions plus élevée que l'année précédente. L'augmentation en pour-cent est sensiblement plus forte dans l'AVS, où elle est de 54,1 pour cent, que dans l'AI (39,8 pour cent). Cette différence s'explique par l'existence des rentes complémentaires, qui ont été versées dans l'AI dès les origines, tandis que l'AVS ne les connaît que depuis 1964; elle est due aussi à la transformation des rentes partielles conditionnées par la génération en rentes complètes, mesure qui a favorisé en premier lieu les bénéficiaires de rentes de vieillesse. Le tableau 1 montre en outre que les rentes vieillesse ont augmenté relativement davantage que les rentes de survivants. La même remarque peut être faite à propos des rentes ordinaires comparées aux extraordinaires.

En ce qui concerne l'AVS, les sommes des rentes complémentaires — à l'exception des rentes doubles pour enfants, qui ne peuvent être réparties en genres de rentes proprement dits — sont comprises dans les rentes de vieillesse. Dans l'AI, la comparaison s'étend aux rentes complémentaires globalement versées, donc y compris les rentes doubles pour enfants, parce que les rentes complémentaires sont encore considérées séparément, bien qu'elles aient perdu, depuis 1964, le caractère de rentes indépendantes.

<sup>1</sup> RCC 1966, p. 8: Statistique des rentes AVS de l'année 1964; p. 77: Statistique des rentes AI de l'année 1964.

## Vue d'ensemble

*Sommes des rentes AVS et AI versées en 1963 et 1964*

Tableau 1

Catégorie et genre des rentes	Sommes des rentes en millions		Augmentation 1964/1963	
	1963	1964	En millions	En pour-cent
	<b>Assurance-vieillesse et survivants</b>			
Rentes ordinaires . . . . .	833,1	1 318,3	485,2	58,2
Rentes extraordinaires . . . . .	156,7	206,9	50,2	32,0
Rentes de vieillesse . . . . .	867,0	1 365,7	498,7	57,5
Rentes de survivants . . . . .	122,8	159,5	36,7	29,8
Total général . . . . .	989,8	1 525,2	535,4	54,1
	<b>Assurance-invalidité</b>			
Rentes ordinaires . . . . .	93,5	131,8	38,3	41,0
Rentes extraordinaires . . . . .	12,1	15,8	3,7	30,5
Rentes d'invalidité . . . . .	87,5	122,3	34,8	39,8
Rentes complémentaires . . . . .	18,1	25,3	7,2	39,5
Total général . . . . .	105,6	147,6	42,0	39,8

## Rentes AVS

*Sommes des rentes AVS versées en 1963 et 1964*

Tableau 2

Genre des rentes	Sommes des rentes en millions de francs		Augmentation 1964/1963	
	1963	1964	En millions de francs	En pour-cent
	Rentes ordinaires			
Rentes de vieillesse simples . . .	382,8	648,9	266,1	69,5
Rentes de vieillesse pour couples .	340,7	524,0	183,3	53,8
<i>Rentes de vieillesse</i> . . . . .	723,5	1 172,9	449,4	62,1
Rentes de veuves . . . . .	78,0	100,9	22,9	29,3
Rentes d'orphelins simples . . . .	30,0	42,3	12,3	40,8
Rentes d'orphelins doubles . . . .	1,6	2,2	0,6	39,0
<i>Rentes de survivants</i> . . . . .	109,6	145,4	35,8	32,6
Total général . . . . .	833,1	1 318,3	485,2	58,0
	Rentes extraordinaires			
Rentes de vieillesse simples . . . .	125,4	172,3	46,9	37,5
Rentes de vieillesse pour couples .	18,2	20,5	2,3	12,6
<i>Rentes de vieillesse</i> . . . . .	143,6	192,8	49,2	34,3
Rentes de veuves <sup>1</sup> . . . . .	9,6	9,6	0,0	0,4
Rentes d'orphelins simples . . . . .	3,4	4,4	1,0	26,8
Rentes d'orphelins doubles <sup>2</sup> . . . .	0,1	0,1	0,0	12,3
<i>Rentes de survivants</i> . . . . .	13,1	14,1	1,0	6,8
Total général . . . . .	156,7	206,9	50,2	32,0
<sup>1</sup> Valeurs exactes: Pour 1963, une somme de 9 638 544 fr., et pour 1964 de 9 599 576 fr., ce qui correspond à une diminution de 38 968 francs. <sup>2</sup> Valeurs exactes: Pour 1963, une somme de 73 656 fr., et pour 1964 de 82 725 fr., ce qui correspond à une augmentation de 9 069 francs.				

Le tableau 2 donne les résultats d'une comparaison entre genres de rentes AVS ; sa partie supérieure est consacrée aux rentes ordinaires, l'autre aux rentes extraordinaires.

a. *Rentes ordinaires.* L'augmentation plus forte des rentes de vieillesse doit être attribuée non seulement à la suppression des rentes partielles conditionnées par la génération, ou à l'introduction de rentes complémentaires, mais aussi à l'avancement de l'« âge AVS » de la femme<sup>1</sup>, qui a entraîné une augmentation du nombre de femmes bénéficiant d'une rente de vieillesse simple. Alors que le premier fait a eu pour résultat, dans les deux genres de rentes de vieillesse, des sommes de rentes plus élevées, les deux autres mesures ont influencé uniquement les rentes de vieillesse simples. C'est pourquoi l'augmentation des sommes de rentes qui concernent les rentes de vieillesse simples (69,5 pour cent) est sensiblement plus forte que l'amélioration correspondante des rentes pour couples (53,8 pour cent).

Le fait que les femmes ont obtenu, dès 1964, le droit à la rente de vieillesse simple déjà à partir de 62 ans a influencé également les rentes de survivants, puisque le passage de la rente de veuve à la rente de vieillesse simple a lieu désormais un an plus tôt. Ainsi, en 1964, deux classes d'âge ont été simultanément touchées par la modification des rentes ; c'est pourquoi la somme des rentes de veuves versées a présenté une hausse plus faible (29,3 pour cent) que celle des rentes d'orphelins.

b. *Rentes extraordinaires.* Ce qui a été dit à propos des rentes ordinaires s'applique par analogie aux rentes extraordinaires ; cependant, le remplacement des rentes partielles par des rentes complètes n'entre évidemment pas en considération en tant que facteur d'augmentation des rentes. En outre, la tendance à la régression, propre aux rentes extraordinaires, a pour effet de rendre moins apparentes les améliorations de rentes. Le nombre des rentes de veuves a sensiblement diminué en 1964, si bien que la somme de rentes a, elle aussi, atteint un chiffre plus bas de 0,4 pour cent qu'en 1963.

a. *Rentes ordinaires.* Du tableau 3, consacré aux rentes AI, il appert que les augmentations touchant les divers genres de rentes, exprimées en pour-cent, ne s'écartent que de peu de la hausse moyenne de toutes les rentes AI (41,0 pour cent). Elles n'atteignent qu'un peu plus d'un tiers, parce que dans l'AI, c'est surtout la hausse générale d'un tiers qui a mené à des sommes de rentes plus élevées. Le pourcentage relativement élevé de la hausse des rentes doubles pour enfants (72,8 pour cent) semble dû au hasard, car il ne s'agit là que de sommes assez basses.

b. *Rentes extraordinaires.* Comparées aux rentes ordinaires, elles se distinguent par des écarts plus grands de la moyenne générale (30,5 pour cent). La faible hausse des sommes de rentes versées à des couples — rentes de couples et

<sup>1</sup> Début du droit à la rente de vieillesse simple, dès 1964, à partir de l'âge de 62 ans et non plus de 63 ans.

## Rentés AI

*Sommes des rentes AI versées en 1963 et 1964*

Tableau 3

Genre des rentes	Sommes des rentes en millions		Augmentation 1964/1963	
	1963	1964	En millions	En pour-cent
	<b>Rentes ordinaires</b>			
Rentes AI simples . . . . .	61,2	86,3	25,1	41,0
Rentes AI pour couples . . . . .	15,8	22,4	6,6	41,8
<i>Rentes d'invalidité</i> . . . . .	77,0	108,7	31,7	41,2
Rentes complémentaires pour l'épouse . . . . .	7,6	10,3	2,7	36,0
Rentes simples pour enfants . . . . .	8,1	11,4	3,3	40,3
Rentes doubles pour enfants . . . . .	0,8	1,4	0,6	72,9
<i>Rentes complémentaires</i> . . . . .	16,5	23,1	6,6	39,9
Total général . . . . .	93,5	131,8	38,3	41,0
	<b>Rentes extraordinaires</b>			
Rentes AI simples . . . . .	10,27	13,39	3,12	30,4
Rentes AI pour couples . . . . .	0,25	0,26	0,01	6,1
<i>Rentes d'invalidité</i> . . . . .	10,52	13,65	3,13	29,8
Rentes complémentaires pour l'épouse . . . . .	0,13	0,15	0,02	13,4
Rentes simples pour enfants . . . . .	1,37	1,87	0,50	36,6
Rentes doubles pour enfants . . . . .	0,05	0,08	0,03	48,1
<i>Rentes complémentaires</i> . . . . .	1,55	2,10	0,55	35,0
Total général . . . . .	12,07	15,75	3,68	30,5

rentes complémentaires pour l'épouse — sommes qui sont basses aussi en chiffres absolus, montre que le nombre des bénéficiaires, qui a toujours été petit, a encore diminué.

Si les sommes de rentes versées en 1964 ont été plus élevées qu'en 1963, c'est en partie parce que les effectifs de bénéficiaires ont subi d'importants change-

## Moyenne des rentes versées, par bénéficiaire

Rentes AVS et AI versées en moyenne par bénéficiaire en 1963 et 1964

Tableau 4

Catégorie et genre des rentes	Rente moyenne par bénéficiaire (en francs)		Augmentation 1964/1963 en pour-cent
	1963	1964	
	AVS		
Rentes ordinaires . . . . .	1 578	2 335	48,0
Rentes extraordinaires . . . . .	958	1 345	39,5
Rentes de vieillesse . . . . .	1 529	2 275	48,8
Rentes de survivants . . . . .	985	1 351	37,2
Total général . . . . .	1 431	2 123	48,4
	AI		
Rentes ordinaires . . . . .	1 526	2 098	37,5
Rentes extraordinaires . . . . .	1 060	1 474	39,1
Total général . . . . .	1 453	2 007	38,1

ments. Notons, en outre, que même sans revisions, les sommes de rentes ont tendance à monter, parce que les nouvelles rentes sont fixées plus haut que les rentes caduques. Il est donc tout indiqué d'étendre la comparaison aux rentes versées en moyenne aux bénéficiaires. Ce faisant, on doit signaler cependant que les rentes moyennes du tableau 4 se rapportent non pas au nombre moyen de bénéficiaires, mais à tous les bénéficiaires qui ont, au cours de l'année, touché une prestation (dénombrements multiples). Si l'on compare les augmentations en pour-cent du tableau 4 à celles du tableau 1, en limitant cette comparaison, pour l'AI, aux deux catégories de rentes, on peut constater maintenant, chez les rentes ordinaires, des valeurs plus basses, et chez les rentes extraordinaires des valeurs plus élevées. La rente AVS moyenne était, en 1963, de 1431 fr. par année; elle s'est élevée, en 1964, à 2123 fr., ce qui correspond tout de même à une amélioration de près de 50 pour cent. La situation est analogue dans l'AI.

## Innovations dans les revisions des agences

Les agences qui n'assument pas toutes les tâches d'une caisse de compensation AVS, mais qui ont tout de même plus d'attributions que celles qui sont énumérées à l'article 116, 1<sup>er</sup> alinéa, RAVS doivent, en vertu de l'article 161, 2<sup>e</sup> alinéa, RAVS, être revisées sur place au moins une fois par an. Cette revision est confiée à un bureau de revision externe ou interne reconnu par l'Office fédéral des assurances sociales.

En vertu de ces dispositions, près de 250 agences exerçant d'autres tâches que les attributions minimums ont été revisées chaque année au cours des années écoulées. Le genre et l'étendue des revisions dépendaient des tâches confiées aux diverses agences; une attention particulière a été vouée à l'examen du règlement des paiements et des comptes et au contrôle des effectifs au jour de la revision, lorsqu'il s'agissait d'agences ayant un mouvement d'espèces et (ou) un compte de chèques non barré. L'élaboration et l'étude des rapports de revision nécessitant de la part de tous les intéressés, mais spécialement de l'Office fédéral, des travaux administratifs considérables, il fallut chercher une solution plus simple. L'ensemble des problèmes fut donc soumis à un examen approfondi lors de l'établissement des nouvelles instructions aux bureaux de revision. On dut constater alors que la plupart des agences revisées assumaient certes des tâches qui, formellement, dépassent les attributions minimums énumérées à l'article 116, 1<sup>er</sup> alinéa, RAVS; toutefois, du point de vue de la revision, les conditions existantes étaient les mêmes que dans les agences n'assumant que lesdites attributions. Etant donné que les agences doivent remettre à la caisse de compensation AVS, au fur et à mesure, les fonds non utilisés et lui transmettre périodiquement les pièces comptables; étant donné, en outre, que la caisse AVS doit contrôler immédiatement les pièces qui lui sont soumises, une revision sur place n'est généralement pas nécessaire. Le bureau de revision externe peut, bien plutôt, effectuer des contrôles dans le cadre des revisions ordinaires au siège principal de la caisse de compensation, puisque toutes les pièces nécessaires se trouvent auprès de cette caisse.

Dans ces conditions, il a été décidé d'adopter une interprétation différenciée de l'article 161, 2<sup>e</sup> alinéa, RAVS. Le recours à des bureaux de revision pour le contrôle des agences n'a sa raison d'être que s'il y a de véritables travaux de revision à accomplir. Si tel n'est pas le cas, les agences en question peuvent être traitées, en ce qui concerne les revisions, comme des agences assumant des attributions minimums. Il suffit, dans ces cas-là, d'effectuer des visites de contrôle, qui peuvent être confiées à des fonctionnaires qualifiés de la caisse ou à un bureau de revision interne.

Certes, les visites de contrôle doivent tenir compte des circonstances particulières. Il se peut que toutes les pièces nécessaires ne soient pas en possession de la caisse de compensation au moment de la revision. C'est pourquoi il faut effectuer dans le cadre de ces visites, chaque année, des examens d'effectifs à l'improviste auprès des agences. Il s'agit là de mesures de contrôle que la caisse de compensation assumera de préférence elle-même, avec ses autres tâches de surveillance, parce que le recours à un réviseur spécialisé n'est pas nécessaire pour des examens aussi simples. En revanche, l'organe de revision de la caisse de compensation doit vérifier, selon le numéro 51 des instructions aux bureaux de revision, si ces contrôles ont été exécutés de manière conforme. Il peut en outre, exceptionnellement, effectuer un examen supplémentaire à l'agence, si des circonstances spéciales justifient une telle mesure.

L'Office fédéral donnera aux bureaux de revision et aux caisses de compensation, dans les cas particuliers, les explications nécessaires sur cette nouvelle réglementation, conformément au préambule et au numéro 51 des instructions.

## **Problèmes d'application de l'AI**

### **Mesures médicales ; psychothérapie des jeunes bègues <sup>1</sup>**

Selon la plus récente jurisprudence du TFA, un traitement psycho-thérapeutique qui se révèle nécessaire en plus de l'enseignement d'orthophonie présente, pour les jeunes bègues, une mesure médicale au sens de l'article 12 LAI ; ceci à la condition, toutefois, que l'absence de cette mesure (répétée dans une période limitée) mène dans un proche avenir à un état stabilisé qui nuirait considérablement à la fréquentation de l'école et, par conséquent, à la formation professionnelle et à la capacité de gain. Il faut, en l'occurrence, veiller à ce que le traitement psycho-thérapeutique soit entrepris par le médecin lui-même ou, sur son ordre, par du personnel paramédical (art. 14, 1<sup>er</sup> al., LAI).

### **Remise d'appareils acoustiques ; entraînement à leur usage <sup>1</sup>**

Les personnes dures d'oreille, qui portent pour la première fois un appareil acoustique, ont généralement besoin d'un entraînement spécial à cet effet.

---

<sup>1</sup> Extrait du Bulletin de l'AI n° 72.

Si cet entraînement est en corrélation avec la remise d'un appareil acoustique aux frais de l'AI, il est considéré comme entraînement à l'usage d'un moyen auxiliaire au sens de l'article 16, 1<sup>er</sup> alinéa, RAI (cf. N° 20 de la circulaire concernant la remise d'appareils acoustiques, du 20 janvier 1964). Il convient à ce propos de rappeler les points suivants:

a. L'entraînement acoustique des *enfants qui ne fréquentent pas encore l'école* sert en premier lieu à l'accoutumance fonctionnelle et à la stimulation des facultés auditives dont le patient dispose encore. Cette mesure est considérée également comme entraînement à l'usage d'un moyen auxiliaire et doit être entièrement prise en charge par l'AI, en vertu de l'article 16, 1<sup>er</sup> alinéa, RAI (cf. RCC 1965, p. 398).

b. Si l'enfant *fréquente une école spéciale*, l'entraînement acoustique fait partie de l'enseignement, si bien que la prestation de l'AI est censée accordée avec l'octroi de la contribution aux frais d'école.

c. A part l'entraînement acoustique proprement dit (initiation à l'usage d'un moyen auxiliaire) et les contrôles périodiques, certaines mesures pédagogiques peuvent être nécessaires, en cas de graves déficiences de l'ouïe, *pour permettre à l'assuré de suivre l'enseignement de l'école publique*. L'AI accorde, à cet effet, une contribution jusqu'à concurrence de 30 francs par mois, en vertu de l'article 10, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI.

d. Les *assurés adultes* peuvent fréquenter les cours d'initiation pour les porteurs d'appareils acoustiques, organisés par le « Bund Schweizerischer Schwerhörigen-Vereine » et par la Société romande pour la lutte contre les effets de la surdité. Les assurés qui ne peuvent fréquenter les cours ambulants de ces sociétés ont l'occasion de prendre part à un cours central qui dure trois jours et demi. S'il s'agit là d'un cours d'introduction qui a été prescrit, les frais qui en résultent sont à la charge de l'AI. La taxe du cours central s'élève actuellement à 100 francs, y compris le logement et les repas.

## Rapports médicaux <sup>1</sup>

Selon l'article 70 RAI, l'AI requiert un rapport médical établi sur formule officielle si la demande n'apparaît pas dès l'abord mal fondée. Les détails de cette procédure sont réglés par la circulaire sur la procédure, numéros 114 et suivants. De ces dispositions, il appert d'une manière évidente que seuls les médecins porteurs du diplôme fédéral, selon l'article 26, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, ainsi que les personnes qui leur sont assimilées en vertu du 2<sup>e</sup> alinéa de cet article, sont reconnus comme médecins.

Ne sont donc pas considérés comme médecins, notamment, les chiropraticiens qui, dans l'AI, font partie du personnel paramédical, tandis que l'assu-

<sup>1</sup> Extrait du Bulletin de l'AI n° 73.

rance-maladie les assimile, à certaines conditions, aux médecins porteurs du diplôme fédéral. Il est donc exclu de demander un rapport médical (Questionnaire à remplir par le médecin, formule 318.536) à un chiropraticien.

### **Le remboursement des frais pour les rapports intermédiaires du médecin <sup>1</sup>**

La formule « Rapport intermédiaire du médecin » sert avant tout au contrôle des mesures médicales ordonnées (y compris l'indemnité journalière). Les questions qui y sont posées ont donc été conçues en conséquence et conviennent mal aux cas de revisions de rentes. Pour le calcul du dédommagement demandé pour remplir cette formule, il est admis que l'assuré est déjà en traitement auprès du médecin aux frais de l'AI. C'est pourquoi la formule indique que les honoraires doivent être mentionnés dans la prochaine facture à la commission AI. Si une consultation supplémentaire est nécessaire pour répondre aux questions posées, elle peut être facturée avec les autres prestations.

Lorsqu'on utilise la formule « Rapport intermédiaire du médecin » pour des assurés qui ne sont pas traités par ce médecin, c'est-à-dire dont le traitement n'est pas aux frais de l'AI, les honoraires doivent être établis spécialement, cependant que les consultations nécessaires pour répondre au questionnaire sont remboursées conformément aux tarifs applicables. Dans ce cas, il paraît cependant plus rationnel de préciser d'une manière concrète les informations demandées et d'inviter le médecin à présenter un bref rapport, ou de le prier de remplir encore une fois le questionnaire 318.536.

Pour un rapport d'expertise spécial, on peut demander, selon la position 51 du tarif CNA (y compris l'examen médical), 10 à 15 fr., plus le supplément de renchérissement.

### **Subventions pour la formation et le perfectionnement du personnel spécialisé dans l'aide aux invalides <sup>1</sup>**

Les subventions versées en vertu de l'article 74, lettre d, LAI sont destinées à ceux qui organisent des cours; elles leur permettent de ne demander aux participants qu'une taxe de cours réduite ou même de donner des cours gratuits. En revanche, l'assurance ne peut, faute de base légale, dédommager directement ceux qui participent à des cours. Ceci vaut également pour les institutions qui envoient leur personnel suivre un cours de formation ou de perfectionnement organisé par des tiers.

---

<sup>1</sup> Extrait du Bulletin de l'AI n° 72.

## BIBLIOGRAPHIE

**Fentes labio-maxillo-palatines.** Paru dans « L'information au service du travail social », 33<sup>e</sup> année, n° 1/2, pp. 3-16. Lausanne 1964.

**L'enfance handicapée.** Série d'articles publiés dans la revue « Esprit ». Numéro spécial, n° 343, pages 577-1003. Paris 1965.

## INFORMATIONS

### Nouvelles interventions parlementaires

Question écrite  
Wanner,  
du 8 mars 1966

M. Wanner, conseiller national, a présenté la question écrite suivante:

« Le nombre des personnes au bénéfice de l'assurance-chômage et les montants globaux des indemnités versées ces dernières années diminuent constamment. En 1964, les indemnités versées n'atteignaient plus que 1,75 million de francs. En revanche, les frais d'administration tendent à augmenter. Ils s'élevaient, pour 1964, à 5 093 000 francs au total. Même s'il ne faut pas établir une relation trop étroite entre les frais d'administration et les indemnités versées, on doit constater une disproportion flagrante entre le travail fourni et les prestations. Les cantons auraient juridiquement la possibilité de supprimer l'obligation de s'assurer, mais une telle mesure pourrait difficilement être prise, car on la considérerait comme un recul du point de vue social. Notre conception de l'assurance-chômage est encore fortement marquée par la période de crise. Eu égard à la longue période de plein emploi que nous vivons, il semble que cette conception aurait besoin d'être entièrement révisée. La réglementation actuelle de l'assurance-chômage est juridiquement et pratiquement trop compliquée. L'existence de 185 caisses reconnues par la Confédération permet de conclure à une organisation pléthorique.

Ne serait-il pas judicieux d'intégrer l'assurance-chômage dans la structure bien rodée de l'AVS/AI/APG ? Quelles autres possibilités d'amélioration le Conseil fédéral entrevoit-il ? On pourrait financer momentanément l'assurance-chômage sans perception de cotisations, en mettant à contribution les capitaux accumulés qui ont produit, en 1964, un intérêt dépassant 11 millions de francs.

Au cas où l'assurance-chômage serait intégrée dans le système AVS/AI/APG, les offices du travail pourraient, semble-t-il, se charger d'assurer le paiement des indemnités en plus de leur service de placement sans devoir engager du personnel supplémentaire. L'intégration dans le système des assurances sociales présenterait également l'avantage que tous les travailleurs seraient assurés. La devise fédérale « Un pour tous, tous pour un » y trouverait son application. Il faut déplorer que seules les catégories inférieures de salariés soient assurées contre les risques du chômage. »

Question écrite Heil, M. Heil, conseiller national, a présenté la question écrite du 10 mars 1966 suivante:

« Selon les dispositions en vigueur, les prestations de l'AI pour la création et le développement des centres de réadaptation, d'établissements, d'ateliers et de homes pour invalides ne doivent pas dépasser, dans les cas d'espèce, un tiers des frais à mettre en compte. Si toutefois le projet présente un « intérêt particulier », les prestations peuvent atteindre la moitié des frais à mettre en compte. Malheureusement, l'administration applique ces dispositions de manière extrêmement restrictive, alors que cela n'est ni prescrit ni justifié en fait.

Le Conseil fédéral n'est-il pas aussi d'avis que le besoin de rattrapage dans le secteur des établissements et des ateliers ne peut ainsi pas être satisfait et que la réadaptation des invalides — particulièrement des enfants et des adolescents — en est retardée de façon inadmissible ? Est-il disposé à enjoindre à l'administration d'admettre « l'intérêt particulier » non pas exceptionnellement, mais de façon générale, tant que des invalides doivent encore attendre d'être acceptés dans les établissements et institutions adéquats ? »

Postulat Welter, du 16 mars 1966

M. Welter, conseiller national, a déposé le postulat suivant:

« La loi fédérale sur l'AI ne tient pas suffisamment compte des conséquences pénibles résultant de la cécité.

Le Conseil fédéral est par conséquent invité à soumettre au Parlement un rapport et des propositions relatives à l'institution d'une indemnité qui soit assurée à tous les aveugles du pays. »

**Prestations complémentaires:**  
**Etat des travaux législatifs dans les différents cantons au 1<sup>er</sup> mai 1966**

Nous publions ci-dessous l'état des travaux législatifs dans les différents cantons (cf. RCC 1966, p. 27 et 136). Au 1<sup>er</sup> mai, la situation était la suivante:

1. Dans dix-huit cantons (Berne, Lucerne, Schwyz, Unterwald-le-Bas, Glaris, Fribourg, Soleure, Bâle-Ville, Schaffhouse, Appenzell Rh.-Ext., Appenzell Rh.-Int., Saint-Gall, Grisons, Tessin, Vaud, Valais, Neuchâtel et Genève), la loi cantonale sur les PC a été acceptée en votation populaire, ou alors le délai référendaire — autant qu'un tel délai a dû être respecté — n'a pas été utilisé.

2. Dans trois cantons (Uri, Unterwald-le-Haut et Bâle-Campagne), l'autorité législative a approuvé la loi. Toutefois, celle-ci doit encore être soumise au vote populaire.

3. Dans quatre cantons (Zurich, Zoug, Argovie et Thurgovie), le projet de loi a été transmis à l'autorité législative. Celle-ci n'a pas encore terminé ses délibérations.

Les cantons énumérés dans le premier groupe, ainsi que Unterwald-le-Haut et Uri, à l'exception de Berne, Unterwald-le-Bas, Glaris et Bâle-Ville, ont mis en vigueur leur loi à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1966 ou envisagent de lui faire prendre effet à cette date. Unterwald-le-Bas et Bâle-Ville choisiront vraisemblablement une date ultérieure. Dans les cantons de Berne et de Glaris, la loi entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 1966. Dans les cantons de Zurich, Zoug, Bâle-Campagne, Argovie et Thurgovie, la question de l'entrée en vigueur de la loi est encore en suspens.

**Prestations complémentaires dans le canton de Berne**

Par 65 950 oui contre 5608 non, le souverain du canton de Berne a, les 16/17 avril 1966, accepté la loi cantonale sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI. Les limites de revenu correspondent aux montants maximums de la loi fédérale. Le montant global déductible du revenu provenant de l'exercice d'une activité lucrative, ainsi que du montant annuel des rentes et pensions, est porté à un maximum de 480 et 800 francs. De plus, une déduction pour frais de loyer est admise conformément à l'article 4, lettre c, de la loi fédérale.

La loi entrera en vigueur avec effet au 1<sup>er</sup> juillet 1966.

**Prestations complémentaires dans le canton d'Unterwald-le-Bas**

Lors de la Landsgemeinde qui a eu lieu le 24 avril 1966, la loi cantonale sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI a été adoptée à une grande majorité. Elle prévoit que c'est le « Landrat » qui, dans le cadre de la loi fédérale, fixe les limites de revenu et les conditions économiques du droit aux prestations complémentaires.

La date de l'entrée en vigueur de la loi sera fixée par le Conseil d'Etat.

**Prestations complémentaires dans le canton de Glaris**

Lors de la Landsgemeinde du 1<sup>er</sup> mai 1966, la loi cantonale sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI a été adoptée à une grande majorité. Les limites de revenu correspondent aux montants maximums de la loi fédérale. Le montant global déductible du revenu d'une activité lucrative, ainsi que du montant annuel des rentes et pensions, est fixé à 240 et 400 francs. Cette loi cantonale entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 1966.

**Prestations complémentaires dans le canton d'Appenzell Rh.-Ext.**

Lors de la Landsgemeinde qui a eu lieu le 24 avril 1966, la loi cantonale sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI a été adoptée à une grande majorité. Les limites de revenus correspondent aux montants maximums de la loi fédérale. Cette loi ne contient que les dispositions les plus importantes, notamment celles concernant le financement et l'organisation; elle entrera en vigueur, après avoir été approuvée par le Conseil fédéral, avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 1966 et remplacera le régime transitoire introduit le 6 décembre 1965 par le « Kantonsrat ».

**Allocations familiales dans le canton de Berne**

Lors de la votation populaire du 17 avril 1966, la loi modifiant celle sur les allocations pour enfants aux salariés a été acceptée par 58 625 oui contre 12 261 non. Les innovations prévues sont les suivantes:

1. Le taux minimum légal de l'allocation pour enfant a été porté de 15 à 25 francs par mois et par enfant.
2. Pour les enfants naturels et les enfants de parents divorcés ou séparés, le droit à l'allocation appartient à celui des parents auquel la garde de l'enfant a été confiée, sinon à celui d'entre eux qui assume de façon prépondérante l'entretien de l'enfant. Jusqu'ici, le principe de l'entretien était déterminant. Par ailleurs, la loi contient une nouvelle disposition aux termes de laquelle les bénéficiaires d'allocations tenus, par décision judiciaire, au paiement de contributions d'entretien en faveur d'enfants, doivent verser les allocations légales en sus des contributions fixées par le juge, à moins que ce dernier n'en ait décidé autrement.
3. Les nouvelles dispositions sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 1966.

**Allocations familiales dans le canton de Glaris**

Le 1<sup>er</sup> mai 1966, la Landsgemeinde a adopté une proposition tendant à relever de 20 à 25 francs par mois et par enfant le taux de l'allocation pour enfant versée aux citoyens suisses et aux étrangers dont les enfants résident en Suisse. Les salariés étrangers dont les enfants vivent à l'étranger auront droit,

comme jusqu'ici, à une allocation mensuelle de 10 francs par enfant.

La décision de la Landsgemeinde prendra effet le 1<sup>er</sup> juillet 1966.

#### **Allocations familiales dans le canton de Fribourg**

Le 1<sup>er</sup> janvier 1963, le canton de Fribourg avait institué des allocations de formation professionnelle, sans toutefois préciser la notion même de « formation professionnelle ». Par un arrêté du Conseil d'Etat du 25 mars 1966, cette lacune a été comblée. En vue d'une application uniforme par les caisses d'allocations familiales, l'arrêté définit de façon précise la notion précitée et prévoit que l'apprentissage et les études ne sont pas interrompus pendant les vacances usuelles, le service militaire et les périodes de maladie, mais au maximum pendant une année.

Les nouvelles dispositions sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 1966.

#### **Nouvelles personnelles**

Le comité de direction de la caisse « Tabac » a récemment nommé une nouvelle gérante en la personne de M<sup>me</sup> *Hedi Ochsner-Weibel*. Celle-ci succède à M. Bertrand, décédé.

# JURISPRUDENCE

---

## Assurance-vieillesse et survivants

### COTISATIONS

*Arrêt du TFA, du 20 décembre 1965, en la cause L.*

Article 85 LAVS. C'est la décision attaquée qui détermine l'objet du litige. Il n'y a pas lieu de statuer sur les conclusions allant au-delà de ces limites. (Considérant 1.)

Article 9 RAVS. Les frais généraux remboursés séparément ne font pas partie du salaire déterminant, même s'ils n'atteignent pas 10 pour cent de ce salaire. (Considérant 2.)

Article 9 RAVS. Une indemnité octroyée par l'employeur dans l'idée de couvrir des frais (en l'espèce, il s'agit d'une indemnité dite « de cantine ») ne constitue un dédommagement pour frais encourus que si le salarié assume effectivement des dépenses supplémentaires dues à sa profession. Il n'en va en général pas ainsi des travailleurs étrangers qui n'ont en Suisse aucun autre domicile que le lieu de leur travail, ou des salariés qui ont leur domicile à leur lieu de travail. (Considérant 2.)

Article 16, 1<sup>er</sup> alinéa, LAVS. Dès l'instant où la créance de cotisations a été consignée en temps utile dans une décision, la prescription du droit de fixer les cotisations ne peut plus jamais intervenir. Peu importe que la décision entre en force ou soit ultérieurement annulée par le juge ou par la caisse elle-même. (Considérant 3.)

*Articolo 85 LAVS. L'oggetto del processo è determinato dalla decisione impugnata. Non deve statuire su conclusioni che vanno oltre questi limiti. (Considerando 1.)*

*Articolo 9 OAVS. Le spese generali rimborsate separatamente non fanno parte del salario determinante anche se non raggiungono il 10 per cento di questo salario. (Considerando 2.)*

*Articolo 9 OAVS. Un'indennità versata dal datore di lavoro allo scopo di rifondere le spese (nel caso in questione: la cosiddetta indennità « di mensa ») costituisce un risarcimento per le spese avute soltanto se il salariato si assume effettivamente delle spese supplementari derivanti dalla sua professione. Generalmente ciò non è il caso per i lavoratori stranieri che non hanno*

*in Svizzera nessun altro domicilio che il luogo del loro lavoro o per i salariati il cui domicilio trovasi al luogo di lavoro. (Considerando 2.)*

*Articolo 16, capoverso 1, LAVS. Dal momento in cui il credito contributivo è stato fatto valere in tempo utile mediante una decisione, la prescrizione per omesso accertamento del credito contributivo è per sempre esclusa. Il fatto che la decisione acquisti forza di cosa giudicata o venga ulteriormente annullata dal giudice o dalla cassa stessa è irrilevante. (Considerando 3.)*

La caisse de compensation a invité la maison L. à payer des cotisations arriérées sur les indemnités dites de cantine pour les années 1959 et 1960. Ces indemnités de 30 centimes par heure de travail sont versées en vertu d'une convention collective de travail; elles visent à rembourser des frais supplémentaires supportés par les travailleurs qui ne peuvent pas prendre leurs repas chez eux, à cause de la distance qui sépare leur lieu de domicile du lieu de leur travail. La maison L. recourut en alléguant que les indemnités de cantine représentaient un remboursement de frais. Le Tribunal cantonal a annulé la décision de la caisse et ordonné à celle-ci d'examiner si et dans quelle mesure les indemnités en question couvrent effectivement des frais professionnels. La caisse de compensation fit appel en déclarant qu'il incombait à l'autorité de recours de faire procéder à l'enquête qui lui paraissait nécessaire; elle ajouta que l'annulation de la décision entraînerait la prescription des cotisations dues pour l'année 1959. Le TFA a rejeté l'appel pour les motifs suivants:

1. L'employeur doit-il verser des cotisations paritaires sur les indemnités de cantine qu'il a payées à quelque 100 salariés durant les années 1959/60?

La réclamation litigieuse ne portant que sur les années 1959/60, la conclusion n° 2 de l'intimée dépasse les limites de la présente cause; cette conclusion se rapporte en effet aux années 1961/62 (ATFA 1964, p. 125 = RCC 1964, p. 402).

La caisse de compensation n'a notifié la décision du 30 décembre 1964 qu'à l'employeur. Les salariés, eux, n'ont reçu aucune notification de cette décision, bien qu'ils soient touchés également par la réclamation des cotisations arriérées (art. 5, 1<sup>er</sup> al., et art. 14, 1<sup>er</sup> al., LAVS). Certes, les parties n'ont pas soulevé ce point elles-mêmes; il faut cependant relever que les décisions par lesquelles des cotisations paritaires sont réclamées doivent en principe être aussi notifiées aux salariés. Pour eux, le délai de recours ne s'ouvre en effet qu'au moment où ils ont eux-mêmes reçu la décision. Cette règle s'applique même à une caisse de compensation dont on ne pourrait pas raisonnablement attendre qu'elle notifie une décision à tous les salariés, vu leur grand nombre (voir p. ex. l'état de fait de l'arrêt qui a été publié dans ATFA 1960, p. 219 = RCC 1961, p. 247). La notification à l'employeur seul fait ainsi naître un état d'incertitude. La sécurité du droit veut qu'un tel état ne se perpétue pas. S'il fallait résoudre ce problème, c'est probablement la norme sur la prescription inscrite à l'article 16, 1<sup>er</sup> alinéa, LAVS qu'il faudrait appliquer alors par analogie (voir RCC 1966, p. 139).

2. Les cotisations paritaires sont dues sur le salaire déterminant (art. 5, 1<sup>er</sup> al., et art. 13 LAVS). D'après la jurisprudence, ce salaire englobe en général toutes les prestations en nature ou en espèces liées économiquement aux rapports de service; peu importe que ces rapports soient maintenus ou aient pris fin, et que les prestations soient dues ou soient offertes volontairement.

Sont également englobées dans le salaire déterminant les prestations dites sociales, autant qu'elles ne sont pas explicitement exceptées conformément à l'article 6, 2<sup>e</sup> alinéa, ou à l'article 8 RAVS (ATFA 1964, p. 219 = RCC 1965, p. 402).

Pour les salariés qui supportent eux-mêmes entièrement ou partiellement les frais généraux résultant de l'exécution de leurs travaux — notamment pour les voyageurs de commerce, les représentants d'assurance et les ouvriers à domicile — ces frais peuvent être déduits s'il est prouvé qu'ils s'élèvent au moins à 10 pour cent du salaire versé (art. 9, 1<sup>er</sup> al., RAVS). D'après la pratique administrative, cette règle est valable pour les frais dont le remboursement est inclus dans le salaire. Si, en revanche, l'employeur rembourse les frais généraux séparément, ceux-ci doivent être considérés même s'ils sont inférieurs à 10 pour cent du salaire déterminant (voir nos 96 et 97 de la circulaire de l'OFAS sur le salaire déterminant, valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 1962).

Les dépenses du salarié pour son entretien ordinaire représentent en principe un emploi normal de son salaire. Elles ne sont pas plus assimilées aux frais généraux (ou aux dédommagements pour frais encourus au sens du préambule de l'art. 7 RAVS) que les prestations en nature de l'employeur ou que ses contributions aux frais de pension et de logement. Il n'y a des frais généraux au sens de l'article 9 RAVS que lorsque l'exercice de l'activité professionnelle contraint le salarié à des dépenses supplémentaires. Le simple fait qu'un travailleur touche une indemnité de cantine ne suffit donc pas à faire admettre qu'il s'agit là de frais généraux déductibles. On ne peut pas non plus tirer une telle conclusion du fait que ces indemnités sont désignées comme frais dans la convention collective de travail. Ce qui est déterminant, c'est bien plutôt de savoir si et éventuellement dans quelle mesure il faut considérer l'indemnité de cantine comme une compensation des frais supplémentaires occasionnés par l'exercice de la profession. Dans le cas du travailleur étranger, cette question ne doit pas être tranchée en comparant les frais encourus au domicile à l'étranger et ceux du lieu de travail en Suisse. Si le travailleur étranger n'a pas d'autre domicile en Suisse qu'à son lieu de travail, les frais de pension et de logement à la cantine et dans la baraque de l'employeur représentent un emploi normal du salaire. Cette règle vaut aussi, le cas échéant, pour le travailleur suisse qui a son domicile à son lieu de travail. Si, en revanche, le salarié est obligé par son activité professionnelle — par exemple parce qu'il travaille à la montagne — de manger ou de passer la nuit loin de son domicile en Suisse, l'indemnité qui lui est versée de ce chef est considérée comme un dédommagement pour frais encourus, en principe déductible, si et dans la mesure où le séjour à l'extérieur occasionne réellement des frais supplémentaires.

Le dossier ne permet pas de décider si et éventuellement dans quelle mesure les indemnités dont fait état la décision attaquée doivent être considérées comme des frais généraux déductibles. On ne peut pas, dans ces conditions, donner tort à l'autorité de première instance, lorsqu'elle a annulé la décision de la caisse de compensation et qu'elle a invité cette dernière à procéder à un nouvel examen du cas; ceci d'autant plus que l'article 10, 2<sup>e</sup> alinéa, de l'ordonnance d'exécution du 18 novembre 1961, réglant la procédure devant le Tribunal cantonal des assurances comme autorité de recours en matière d'AVS, statue ce qui suit:

« Le tribunal statue lui-même ou renvoie la cause en motivant ce renvoi et en donnant ses instructions en vue d'une nouvelle décision. »

Vu le grand nombre des salariés ici en cause, on peut se demander si les faits pourraient en l'espèce être complètement élucidés. Une estimation approximative des frais ici visés sera probablement inévitable (voir n° 95 de la circulaire sur le salaire déterminant).

3. L'objection de la caisse de compensation, selon laquelle le jugement cantonal conduirait à la prescription des cotisations de 1959, est sans portée, ne serait-ce que parce que la décision notifiée le 30 décembre 1964 a fixé en temps utile et une fois

pour toutes la créance de cotisations — du moins à l'égard de l'intimée —, si bien que les conséquences redoutées par la caisse ne peuvent pas se produire malgré l'annulation de la décision prononcée par le juge.

La première phrase de l'article 16, 1<sup>er</sup> alinéa, LAVS, introduite par la loi fédérale du 30 septembre 1953 modifiant celle sur l'AVS, a la teneur suivante (textes allemand et français):

« Werden Beiträge nicht innert 5 Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, für welches sie geschuldet sind, durch Verfügung geltend gemacht, so können sie nicht mehr eingefordert oder entrichtet werden. »

« Les cotisations dont le montant n'a pas été fixé par décision notifiée dans un délai de 5 ans à compter de la fin de l'année civile pour laquelle elles sont dues, ne peuvent plus être exigées ni payées. »

D'après cette règle, toutes les cotisations se prescrivent dans un délai de cinq ans. Les cotisations dont le montant n'est pas fixé « par décision » dans ce délai ne peuvent plus être exigées par la caisse de compensation, ni payées par celui qui les doit (voir à ce propos en particulier ATF 1963 p. 179 = RCC 1964, p. 27; RCC 1964, p. 78; Zweifel, *Zeitablauf als Unterganggrund öffentlichrechtlicher Ansprüche*, dans *Basler Studien zur Rechtswissenschaft*, fasc. 59, notamment p. 81). Si l'on partageait l'opinion de la caisse de compensation, une décision de caisse écarterait la péremption (prescription) aussi longtemps seulement qu'elle n'aurait pas été annulée. Il n'y a pas lieu de contester que, si l'on s'en tient strictement à la lettre de cette norme, l'article 16 LAVS peut aussi être interprété dans ce sens (voir p. ex. §§ 212 et 213 du Code civil allemand et la remarque 29 de von Tuhr/Siegmund, *Allgemeiner Teil des Obligationenrechts* (Droit des obligations, partie générale), p. 671). Cependant, le tribunal a qualifié cette façon de voir de « très formaliste » et a statué qu'une décision rectificative continue à interrompre la prescription, même si la décision rectificative n'a été notifiée qu'après l'expiration du délai de l'article 16, 1<sup>er</sup> alinéa, LAVS (ATFA 1958, p. 97 = RCC 1958, p. 350). Un nouvel examen du problème aboutit derechef au rejet de la thèse formaliste et, d'une manière générale, à l'idée que la notification d'une décision non entachée de nullité, et répondant aux exigences de l'article 16, 1<sup>er</sup> alinéa, LAVS, empêche une fois pour toutes la prescription du droit de fixer la créance. Peu importe à cet égard que cette décision passe en force ou qu'elle soit annulée ultérieurement par le juge ou par la caisse de compensation. Pour motiver ce point de vue, il faut rappeler qu'une décision remplit plusieurs fonctions. La décision sert en premier lieu à établir l'existence d'une créance. Elle est en outre la condition préalable du procès (art. 84 LAVS; ATF 1962, p. 80 = RCC 1962, p. 358). Elle peut enfin empêcher les conséquences de la prescription mentionnées à l'article 16, 1<sup>er</sup> alinéa, LAVS. Une seule et même décision suffit en général à remplir ces trois fonctions. Il peut cependant se produire le cas exceptionnel où une deuxième décision devient nécessaire pour permettre l'exercice de la créance de cotisations — puisque c'est du recouvrement de cette créance qu'il s'agit en fin de compte. Il en va ainsi, par exemple, de la « rectification » ici visée, dans la mesure où la décision initiale ne fixait pas exactement la créance de la caisse. Il en va également ainsi là où la première décision peut faire l'objet d'un recours, mais ne suffit pas à satisfaire aux exigences de l'article 16, 1<sup>er</sup> alinéa, LAVS, en ce qui concerne la détermination exacte des obligations du débiteur (voir à cet égard l'état de fait sur lequel il a été statué dans ATF 1963, p. 180 = RCC 1964, p. 27). Dans le premier cas, une décision rectificative doit suivre pour que l'acte initial réponde à la loi aussi en ce qui concerne le montant de la créance. Dans le second cas, une deuxième décision est nécessaire pour que la créance

elle-même ne soit pas périmée. Le cas présent fournit un troisième exemple: Le juge de première instance a renvoyé la cause à la caisse de compensation pour qu'elle l'examine mieux et se prononce à nouveau; il a annulé la décision attaquée afin qu'une nouvelle décision puisse être rendue. Cependant, le fait que la décision attaquée, par laquelle le montant des cotisations litigieuses a été réclamé en temps utile selon l'article 6, 1<sup>er</sup> alinéa, LAVS, a été cassée par le juge n'a pas — et c'est là l'élément déterminant — supprimé la notification de cette décision. Comme la créance a été exercée par une décision valable en soi, cette décision a, du fait de la validité de sa notification, définitivement pour effet que les cotisations par elle consignées ne peuvent plus, jusqu'à concurrence du montant auquel elles ont été fixées, se périmier selon l'article 16, 1<sup>er</sup> alinéa, LAVS, quel que soit le sort juridique ultérieur de la décision.

Le Tribunal fédéral est arrivé à une solution semblable quant au problème de savoir dans quelle mesure la réquisition de poursuite interrompt la prescription civile. D'après la jurisprudence de ce tribunal, les poursuites nulles, c'est-à-dire les réquisitions de poursuite que l'office des poursuites doit repousser parce qu'elles ne satisfont pas à certaines exigences légales importantes, n'ont pas pour effet d'interrompre le cours de la prescription au sens des articles 135 et 137, 1<sup>er</sup> alinéa, CO (voir ATF 69 II 175, 71 II 155, et la jurisprudence qui y est citée). En revanche, les réquisitions de poursuite rédigées dans les formes et déposées auprès de l'office compétent interrompent le cours de la prescription tout autant que les actions en justice intentées en bonne et due forme devant l'autorité compétente (ATF 85 II 509). Le Tribunal fédéral a statué en outre que l'effet interruptif de la prescription d'un commandement de payer qui peut être attaqué pour vice de forme (annulable et non radicalement nul) subsiste même si le commandement de payer est annulé après coup en raison de ce vice (ATF 74 II, p. 195, considérant 1; voir en outre le commentaire Oser/Schönenberger, N. 5 ad art. 135 CO, selon lequel le début de l'action (p. ex. une tentative de conciliation qui a échoué) suffit à interrompre la prescription). Bien que l'article 16, 1<sup>er</sup> alinéa, LAVS n'ait pas été conçu de façon analogue aux dispositions concernant la prescription civile, on ne voit pas pourquoi certains actes juridiques valables — sans égard au sort qui leur est réservé — interrompraient le cours de la prescription en matière de droit civil, tandis que, dans les limites de l'article 16, 1<sup>er</sup> alinéa, LAVS, l'annulation ultérieure d'une décision valable viendrait à faire resurgir la menace de la péremption. On ne saurait en tout pas justifier une telle interprétation en invoquant le but de l'article 16, 1<sup>er</sup> alinéa, LAVS. Celui-ci vise simplement à contraindre les caisses de compensation à rendre leurs décisions de cotisations dans un délai approprié (ATFA 1958, p. 97 = RCC 1958, p. 350). Pour des motifs de sécurité juridique et pour des considérations de technique administrative, un « point final » doit être mis, au terme d'une certaine durée, à un certain rapport d'obligation entre l'assurance et un débiteur de cotisations (Message du Conseil fédéral du 5 mai 1953, voir Feuille fédérale 1953 II, p. 113). En revanche, les caisses de compensation ne doivent pas être obligées, afin de sauvegarder leurs droits, de rendre plusieurs décisions afin de se prémunir contre une situation qui pourrait éventuellement se produire (voir ATFA 1958, p. 97 = RCC 1958, p. 350). Si l'on voulait faire dépendre l'effet interruptif (quant à la prescription) d'une décision du sort juridique ultérieur de celle-ci, il faudrait que les caisses rendent souvent des décisions purement éventuelles, par mesure de précaution, pour se garantir de la prescription. Pareille situation n'est évidemment pas souhaitable, ni n'est commandée par le respect des intérêts des assurés. En effet, ces intérêts sont suffisamment sauvegardés par la solution ici retenue, d'autant plus qu'à côté de la prescription du droit

de fixer les cotisations (art. 16, 1<sup>er</sup> al., LAVS), il existe encore la prescription du droit de recouvrer les cotisations (art. 16, 2<sup>e</sup> al.).

4. Il convient, par conséquent, de s'en tenir au jugement de première instance. La caisse de compensation devra ainsi procéder au complément d'enquête ordonné par le Tribunal cantonal et rendre ensuite une nouvelle décision.

5. Vu l'issue du procès, l'intimée n'a pas droit au remboursement de ses frais et dépens (art. 8, 2<sup>e</sup> al., de l'ordonnance concernant l'organisation et la procédure du TFA dans les causes relatives à l'AVS).

## Assurance-invalidité

### RÉADAPTATION

*Arrêt du TFA, du 1<sup>er</sup> décembre 1965, en la cause V. A.*

**Article 12 LAI.** Les troubles circulatoires consécutifs à une poliomyélite représentent, du point de vue juridique, un nouvel état pathologique labile et indépendant, dont le traitement par sympathectomie (résection d'une partie du système neuro-végétatif) ne constitue pas une mesure médicale de réadaptation.

*Articolo 12 LAI.* I disturbi circolatori derivanti da una poliomielite sono considerati, dal punto di vista giuridico, un nuovo stato patologico labile il cui trattamento mediante simpatectomia (resezione di una parte del sistema neuro-vegetativo) non costituisce provvedimento sanitario d'integrazione.

L'assurée, née en 1948, fut atteinte à l'âge de deux ans d'une poliomyélite qui provoqua notamment de graves paralysies à la jambe gauche. A la suite d'une demande de prestations déposée en avril 1960, l'AI lui accorda à plusieurs reprises des mesures médicales et lui remit des moyens auxiliaires. Dans un rapport daté du 26 avril 1963, le Dr X, médecin, signala pour la première fois de graves troubles circulatoires à la jambe gauche de l'assurée. Le 8 décembre 1964, il annonça à la commission AI que les troubles circulatoires étaient prédominants et qu'il procéderait d'abord à des anesthésies paravertébrales. Il ajouta un mois plus tard que ces anesthésies avaient provoqué une amélioration passagère suffisante pour justifier une sympathectomie, mesure dont la prise en charge incombait à l'AI en tant que mesure de réadaptation. Par décisions du 13 janvier et du 19 février 1965, la caisse de compensation notifia au père de l'assurée que la commission AI avait refusé de prendre en charge les mesures médicales en rapport avec les troubles circulatoires (anesthésies paravertébrales et sympathectomie), vu qu'il ne s'agissait pas de mesures de réadaptation au sens de l'AI.

Le père de l'assurée recourut contre les deux décisions. La commission cantonale de recours, se fondant sur un rapport du Dr X, conclut dans son jugement du 13 juillet 1965 que la sympathectomie et les anesthésies paravertébrales préalables représentaient une mesure médicale de réadaptation à la charge de l'AI. Le recours ayant été admis, le cas fut renvoyé à la commission AI pour qu'elle se prononce sur les prestations médicales à accorder.

L'OFAS a interjeté appel auprès du TFA en demandant l'annulation du jugement de première instance. Parmi les motifs invoqués, il faut relever notamment ceux-ci: Lorsque la poliomyélite se manifeste surtout pendant la première enfance, il se produit des troubles trophiques de la croissance qui n'affectent pas seulement les os, mais aussi tous les tissus tels que muscles, tissus adipeux, vaisseaux sanguins et peau. L'irrigation sanguine des parties atrophiées des extrémités étant moins bonne, des états pathologiques graves et même des nécroses tissulaires pourraient de nouveau se développer. Tandis que la paralysie est considérée comme un état permanent, les troubles circulatoires représentent une nouvelle affection qui est indépendante de l'autre. On ne saurait parler d'état stable ni avant, ni après l'opération. Il s'agit au contraire d'un état pathologique labile; c'est pourquoi les mesures médicales qui s'y rapportent font partie du traitement de l'affection comme telle et n'incombent pas à l'AI. Le Dr X demande au nom de l'assurée que l'appel soit rejeté. Il allègue en particulier que les troubles circulatoires dus à une poliomyélite représentent, à partir d'un certain moment, un état stabilisé caractérisé; ils n'évoluent en principe plus au cours des années. Mais, en règle générale, une sympathectomie peut avoir sur eux une influence bénéfique. Elle représente une mesure unique et limitée permettant de donner un nouveau cours à l'affection et d'améliorer de façon durable la circulation du sang dans la jambe paralysée.

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

1. (Considérants sur la portée de l'art. 12 LAI en ce qui concerne les mineurs; v. RCC 1965, p. 415, considérant 3.)

2. Les critères exposés ci-dessus sont valables dans le champ d'application propre à l'AI, c'est-à-dire dans les limites qui la séparent des autres assurances sociales. Il ressort du rapport de la commission d'experts pour l'introduction de l'AI (p. 57) et du message du Conseil fédéral (p. 41) que l'AI, notamment à l'article 12 de sa loi, présuppose l'existence de l'assurance-maladie et de l'assurance-accidents et qu'elle ne veut en principe pas limiter leur champ d'action. C'est pourquoi les mesures médicales qui, de prime abord, font partie des obligations de ces deux assurances ne peuvent pas, ne serait-ce que pour cette raison, incomber à l'AI. Peu importe donc en l'espèce que la protection de l'assurance-maladie et de l'assurance-accidents existe ou n'existe pas. Lorsqu'on fait une délimitation de principe entre l'AI et les autres assurances sociales — telle qu'elle est indiquée partiellement à l'article 44 LAI — il faut attribuer une importance particulière aux circonstances pathogéniques. (Il est vrai que, dans le champ d'application généralement attribué à l'art. 12 LAI, la cause de l'invalidité n'est en soi pas décisive.)

En vertu de la délimitation établie entre l'AI et l'assurance-maladie, celle-ci doit par exemple assumer le traitement des maladies infectieuses. Le TFA a statué à plusieurs reprises que les mesures médicales destinées à combattre des processus infectieux n'incombent pas à l'AI. D'ailleurs, vu la nature particulière de ces maladies, il n'est souvent pas possible de dire s'il subsistera vraisemblablement un état déficient pouvant entraîner une invalidité au cas où aucun traitement ne serait entrepris.

D'autre part, il résulte de la délimitation établie entre l'AI et l'assurance-accidents que le traitement de blessures dues à des accidents n'incombe pas à l'AI, du moins pas au premier stade, même lorsqu'il faut s'attendre à une guérison avec séquelles. Le traitement en question est au contraire à la charge de l'assurance-accidents. Le TFA a statué dans ce sens à plusieurs reprises déjà, en dernier lieu dans un arrêt publié dans ATFA 1965, p. 38 = RCC 1965, p. 413.

3. Le point litigieux en l'espèce est de savoir si les mesures médicales destinées à combattre des troubles circulatoires dans la jambe paralysée d'un assuré mineur, troubles consécutifs à une poliomyélite, représentent une mesure de réadaptation au sens de l'article 12 LAI. Point n'est besoin de se demander en l'espèce si le traitement d'une telle affection ressortit en principe à l'assurance-maladie et sort par conséquent du champ d'application de l'article 12 LAI. En effet, même si la réponse à cette question était négative, l'appel devrait être admis pour les raisons suivantes :

Selon les critères énumérés sous chiffre 1 du présent arrêt, les obligations de l'AI découlant de l'article 12 LAI présupposent notamment que les mesures médicales visent à modifier une séquelle stable ou — comme l'assurée est encore mineure — sont de nature à prévenir un état déficient pouvant survenir dans un proche avenir. Certes, il est exact — comme le déclare le D<sup>r</sup> X — que les troubles circulatoires de l'assurée seront stabilisés dans une large mesure à partir d'un certain moment. L'OFAS montre cependant à bon droit que d'autres états pathologiques se développent ou menacent de se développer à partir des troubles circulatoires qui représentent, juridiquement, une nouvelle affection indépendante de la paralysie. C'est pourquoi, même si les mesures médicales peuvent modifier un trouble local, elles ont pour objet direct et principal la suppression ou l'atténuation d'un phénomène pathologique labile plus étendu. Dans de telles circonstances, on ne peut pas admettre, si l'on se fonde sur les considérants de l'arrêt B. C. (ATFA 1965, p. 78 = RCC 1966, p. 38), que l'intervention devenue nécessaire (sympathectomie) vise essentiellement la suppression ou l'atténuation de séquelles; au contraire, c'est le traitement de l'état pathologique labile qui prédomine. Pour déterminer si une mesure appliquée à des séquelles incombe à l'AI, il faut considérer le but général de cette mesure et non pas seulement son caractère ou l'état de la partie du corps qu'elle touche directement. On peut renvoyer, à ce propos, à un autre arrêt (ATFA 1962, p. 308 = RCC 1963, p. 120), où il a déjà été statué que le traitement de troubles circulatoires dans une jambe paralysée, dus à une poliomyélite, n'est pas une mesure de réadaptation.

Il convient donc d'admettre l'appel et de rétablir les décisions de refus de la commission AI contre lesquelles l'assuré a recouru.

*Arrêt du TFA, du 13 décembre 1965, en la cause G. Z.*

**Article 12 LAI.** Une opération de la cataracte est de nature à sauver l'existence professionnelle d'un emballleur auxiliaire de 59 ans qui a déjà perdu un œil. Elle sert par conséquent avant tout à maintenir la capacité de gain au sens de l'article 12 LAI. (Considérant 3.)

*Articolo 12 LAI.* Un'operazione della cataratta è destinata a salvare l'esistenza professionale di un aiuto imballatore di 59 anni che ha già perso un occhio. Essa serve di conseguenza a mantenere in modo sostanziale la capacità al guadagno ai sensi dell'articolo 12 LAI. (Considerando 3.)

L'assuré, né le 16 septembre 1905, a appris le métier de maçon. Il s'est expatrié à l'âge de 23 ans et a adhéré à l'assurance facultative. Après avoir dû subir l'opération de la cataracte à l'œil droit en janvier 1962, il déposa une demande auprès de l'AI, en mars 1962, par l'entremise du consulat général de Suisse. Il rentra au pays en juin 1962 pour raisons de santé. Le D<sup>r</sup> X, ophtalmologiste, informa la commission AI le 2 février 1963 que la vision de l'œil droit était nulle depuis l'opération; quant

à l'œil gauche, il présentait une opacité du cristallin qui irait en s'aggravant. Quoique la vision de l'œil gauche ait fortement diminué, l'assuré travailla sur des chantiers jusqu'en mai 1963, tout d'abord comme manœuvre puis comme contremaître. A fin janvier 1964, un service social annonça à la commission AI que l'assuré avait été hospitalisé du 17 au 21 septembre 1963 en raison de son affection. L'assuré se verrait obligé de séjourner de nouveau à la clinique ophtalmologique pour que l'on procède à l'énucléation de l'œil droit et à l'opération de la cataracte à l'œil gauche. Il demandait à l'AI de prendre en charge les frais de l'hospitalisation et des examens de contrôle et de fournir un œil artificiel. Selon décision du 3 juin 1964, une rente entière simple d'invalidité fut accordée à l'assuré dès le 1<sup>er</sup> février 1964, sans compter les rentes complémentaires auxquelles la loi lui donnait droit. En revanche, la caisse de compensation informa l'assuré le 16 octobre 1964 que la commission AI avait refusé d'accorder des mesures médicales.

Le service social recourut au nom de l'assuré contre la décision du 16 octobre 1964 et demanda que l'opération de la cataracte soit prise en charge. L'autorité de première instance admit que l'assuré avait 59 ans en automne 1964, au moment de l'opération à l'œil gauche. Ainsi, selon la LAI, il avait devant lui une période d'activité de six ans environ. Etant donné la brièveté de cette période et la cécité de l'œil droit, l'opération n'avait pas le caractère d'une mesure de réadaptation au sens de l'article 12, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI. La décision était donc conforme à la loi.

Le service social a interjeté appel. Il déclare que l'assuré a travaillé comme emballer auxiliaire chez son ancien employeur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1965 — pratiquement sans absences — et qu'il touche un salaire mensuel de 800 francs. Ce succès doit être attribué uniquement à l'opération réussie, qui a visé avant tout la réadaptation professionnelle.

Tandis que la caisse de compensation ne se prononce pas, l'OFAS propose le rejet de l'appel.

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

1. (Considérons sur l'application de l'article 12 LAI aux assurés qui atteignent bientôt la fin de leur période d'activité; voir RCC 1964, p. 498).

2. Comme le TFA l'a exposé dans l'arrêt V. A. (RCC 1966, p. 247), ces critères sont valables dans le champ d'application propre à l'AI, c'est-à-dire dans les limites qui séparent l'AI des autres assurances sociales. Il ressort du rapport de la commission d'experts pour l'introduction de l'AI (p. 57) et du message du Conseil fédéral (p. 41) que l'AI, en particulier à l'article 12 de sa loi, présuppose l'existence de l'assurance-maladie et de l'assurance-accidents, et qu'elle ne veut en principe pas limiter leur champ d'action. C'est pourquoi les mesures médicales qui, de prime abord, font partie des obligations de ces deux assurances ne peuvent pas, ne serait-ce que pour cette raison, incomber à l'AI. Peu importe à cet égard que la protection de l'assurance-maladie et de l'assurance-accidents existe ou n'existe pas en l'espèce. Lorsqu'on fait une délimitation de principe entre l'AI et les autres assurances sociales — telle qu'elle est indiquée partiellement à l'article 44 LAI — il faut attribuer une importance particulière aux circonstances pathogéniques, contrairement à ce qui se passe dans le champ d'application de l'article 12 LAI.

En ce qui concerne la délimitation entre l'AI et l'assurance-maladie, on applique notamment le principe selon lequel les mesures médicales destinées à traiter des processus infectieux n'incombent pas à l'AI. D'ailleurs, vu la nature particulière de ces maladies, il n'est souvent pas possible de dire s'il subsistera vraisemblablement un état déficitaire pouvant entraîner une invalidité, au cas où aucun traitement ne serait entrepris.

Quant à la délimitation entre l'AI et l'assurance-accidents, il a été statué à plusieurs reprises que le traitement de blessures dues à des accidents n'incombe pas à l'AI, du moins pas au premier stade (ATFA 1965, p. 38 = RCC 1965, p. 413).

3. Il est constant que, selon la jurisprudence, le traitement opératoire de la cataracte ne fait pas partie du traitement de l'affection comme telle; en effet, l'intervention n'a pas pour but de guérir un état pathologique labile, mais vise uniquement à éliminer, par l'ablation du cristallin devenu opaque, donc inutile, une affection qui se serait, quoi qu'il en soit, stabilisée spontanément (ATFA 1962, p. 208, considérant 3 = RCC 1963, p. 117). Le TFA a accordé l'opération à un dentiste de 44 ans pour empêcher la ruine imminente d'une existence professionnelle « bien avant le terme où celle-ci prend fin normalement » (ATFA 1962, p. 205 = RCC 1963, p. 117). D'un autre côté, il a refusé d'accorder une intervention chirurgicale à un assuré âgé de 62 ans, car, estimait-il, la capacité de gain ne serait rétablie que partiellement et seulement pour une fraction relativement brève de la période d'activité. Le TFA a aussi refusé des prestations à une ménagère de 55 ans, alléguant en substance qu'elle pourrait encore effectuer de nombreux travaux de ménage même si elle renonçait à l'opération (voir en particulier RCC 1963, p. 73). Une cécité complète serait survenue dans le cas présent sans l'opération de la cataracte; en effet, l'assuré ne voyait plus de l'œil droit déjà depuis la première opération effectuée à l'étranger. Il est probable que cela aurait eu pour conséquence une incapacité de gain totale. Grâce à l'intervention à l'œil gauche qui a eu lieu en automne 1964, l'appelant a été en mesure de travailler comme emballeur auxiliaire dès le 1<sup>er</sup> janvier 1965, pratiquement sans absences. Au moment de l'opération, il avait encore devant lui environ six ans d'activité jusqu'à la naissance du droit à la rente AVS. Il n'y a pas lieu de se demander ici quel jugement devrait être rendu s'il s'agissait d'une opération de la coxarthrose au même âge. De toute façon, il faudrait, dans de telles circonstances, appliquer strictement la condition de la durée au sens de l'article 12, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, parce qu'on observe souvent une aggravation du mal après l'opération de la coxarthrose (ATFA 1963, p. 262, considérant 3 = RCC 1964, p. 156). En outre, l'opération de la cataracte présente en général moins de risques que celle de la coxarthrose; en effet, l'œil atteint de cataracte est perdu, dans un cas analogue au cas présent, si l'on n'intervient pas, si bien que, même si l'opération échoue, il en résulte un état qui se serait produit de toute façon. En revanche, l'opération de la coxarthrose présente un risque réel et considérable dont l'AI doit tenir compte. Enfin, la durée de la guérison et de l'adaptation à la situation nouvelle, comme nous le montre le cas litigieux, est en moyenne bien plus courte pour l'opération de la cataracte que pour celle de la coxarthrose. Etant donné ces différences importantes, il se justifie en principe de procéder à une opération de la cataracte à un âge où l'AI ne pourrait plus envisager la prise en charge d'une opération de la coxarthrose. Il existe cependant une exception, selon l'arrêt du TFA cité précédemment (RCC 1963, p. 73): c'est lorsque la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels (art. 5, 1<sup>er</sup> al., LAI) subsisterait dans une large mesure même sans intervention.

Compte tenu de ce qui précède et considérant que l'appelant était encore alerte malgré son affection; considérant, en outre, que rien, sur le plan médical, ne s'opposait à l'intervention — l'échec de la première opération entreprise à l'étranger importe peu, puisqu'on ne possède pas de détails à ce sujet et que les raisons de l'insuccès ne sont pas connues — on arrive à la conclusion que l'appel peut être admis, car il s'agit en l'espèce d'un cas-limite. L'assuré a donc droit à la prise en charge par l'AI des frais occasionnés par l'opération à l'œil gauche.

## RENTES ET INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

*Arrêt du TFA, du 20 octobre 1965, en la cause F. H.*

Article 24, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI en corrélation avec l'article 2, 2<sup>e</sup> alinéa, RAPG. Si un assuré rend vraisemblable qu'il aurait, durant la période de sa réadaptation, gagné sensiblement plus qu'avant, son indemnité journalière sera calculée d'après ce revenu supposé.

Article 6, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI. Un assuré ne loge pas et ne prend pas ses repas hors de chez lui au sens de cette disposition s'il vit chez ses grands-parents, auxquels il verse une modeste contribution à ses frais d'entretien.

*Articolo 24, capoverso 1, LAI, in correlazione con l'articolo 2, capoverso 2, OIPG. Se un assicurato rende verosimile che, durante il periodo d'integrazione, avrebbe guadagnato molto più di prima, la sua indennità giornaliera sarà calcolata secondo questo reddito supposto.*

*Articolo 6, capoverso 2, OAI. Un assicurato non ha vitto ed alloggio fuori di casa secondo questa disposizione, se vive con i nonni cui paga un modico contributo per spese di mantenimento.*

L'assuré, né en 1942, a appris le métier de coiffeur. Du milieu de mai au 21 juin 1963, il a travaillé dans un dépôt de la maison A. pour un salaire mensuel de 700 francs. Par suite d'un accident survenu le 24 juin 1963, jour où il aurait dû prendre un nouvel emploi comme coiffeur, il dut subir l'amputation de la phalange à trois doigts de la main droite. Des essais pratiques prouvèrent qu'il ne pourrait plus exercer le métier de coiffeur. La commission AI prit en charge les frais d'un cours d'un an et demi à l'école de secrétaires de X, dès le 20 avril 1964. Elle décida cependant de ne pas accorder à l'assuré les contributions prévues par l'article 6, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI pour le repas de midi, que l'assuré prenait à X; en effet, les frais de ce repas étaient couverts par l'indemnité journalière, et quant aux autres repas, l'assuré les prenait chez ses grands-parents domiciliés à G., où il avait également son logement. Par décision du 27 juin 1964, la caisse de compensation fixa l'indemnité journalière, sous forme d'indemnité pour personne seule, à 6 francs, plus un supplément de réadaptation de 30 pour cent, ce qui donnait un total de 7 fr. 80.

L'assuré recourut contre cette décision et demanda une contribution à ses frais de nourriture et logement hors de chez lui pour toute la durée de son reclassement. En cours de procédure, il fut signalé à la commission de recours que l'assuré s'était, entre-temps, fixé à X et y prenait ses repas. La commission rejeta le recours par jugement du 11 juin 1965, en alléguant notamment que l'assuré n'était pas obligé par son reclassement de prendre ses repas hors de chez lui, puisqu'il avait déjà dû, avant son accident, loger et prendre ses repas à son lieu de travail, soit également hors de chez lui. En outre, les frais du repas de midi étaient couverts par l'indemnité journalière.

Le TFA a admis partiellement l'appel pour les motifs suivants:

La question des prestations qui reviennent à l'appelant pour son entretien doit être tranchée en tenant compte des circonstances régnant au moment où la caisse a rendu la décision attaquée.

1. ...

2. En ce qui concerne les indemnités journalières revenant à un assuré qui subit un reclassement, il faut appliquer les mêmes règles que pour les prestations du régime des APG; dans l'AI, il y a lieu cependant de considérer que si l'assuré a exercé une activité lucrative, le revenu du travail acquis dans la dernière activité exercée en plein sera déterminant pour le calcul de l'indemnité (art. 24, 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> al., LAI). L'article 2, 2<sup>e</sup> alinéa, RAPG dispose: « Pour les militaires qui rendent vraisemblable que, durant la période du service militaire, ils auraient... gagné sensiblement plus qu'avant d'entrer au service, l'allocation sera calculée d'après le revenu qu'ils auraient pu obtenir. » Se fondant sur la pratique suivie en application de l'article 23, lettre b, RAVS, le tribunal considère comme « sensiblement plus » élevé, au sens de cette disposition du RAPG — applicable par analogie aux indemnités journalières de l'AI, comme l'OFAS l'a admis justement — un gain qui a augmenté d'au moins 25 pour cent.

Dans l'espèce, la caisse de compensation a calculé l'indemnité journalière sur la base du salaire mensuel de 700 francs que l'appelant a touché au service de la maison A. immédiatement avant de devenir invalide. Cependant, d'après une attestation du salon de coiffure de B., l'assuré avait, lors de son accident, déjà conclu un nouveau contrat de travail, aux termes duquel il aurait dû prendre un emploi de coiffeur le jour même de l'accident; le contrat prévoyait un salaire de 170 francs par semaine, à quoi il faut ajouter au moins 50 francs de pourboires que l'assuré aurait probablement encaissés chaque semaine. Ceci donne un revenu de 880 francs pour quatre semaines, soit un revenu mensuel d'environ 950 francs. Sans invalidité, l'appelant aurait ainsi pu obtenir un revenu du travail dépassant de plus de 25 pour cent le revenu précédent. C'est pourquoi, en vertu de l'article 2, 2<sup>e</sup> alinéa, RAPG, il faut calculer l'indemnité d'après ce revenu supérieur et non pas d'après le revenu touché au service de la maison A. Le revenu déterminant donne droit à une indemnité pour personne seule de 7 fr. 60, à quoi s'ajoute le supplément de réadaptation, non litigieux, de 30 pour cent. L'indemnité journalière totale est ainsi de 9 fr. 90.

3. L'appelant estime avoir droit non seulement aux indemnités journalières, mais aussi à des contributions selon l'article 6, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI. Selon cette disposition, lorsque l'assuré subit un reclassement et ne reçoit ni ses repas, ni son logement dans un établissement de formation professionnelle, l'AI lui verse des contributions à ses frais de nourriture et de logement hors de chez lui, nécessités par ce reclassement, dans la mesure où ceux-ci ne sont pas couverts par les indemnités journalières et le salaire de reclassement dont il dispose pour son propre entretien. L'AI doit donc accorder une contribution spéciale aux assurés qui, pendant leur reclassement, ne peuvent rentrer à la maison pour prendre leurs repas et dormir, et ont ainsi des dépenses plus élevées que d'autres assurés qui ont, eux, la possibilité de vivre à la maison. Ces derniers ont une situation bien plus avantageuse que les assurés obligés de fréquenter un centre de réadaptation externe et de prendre repas et logement chez des tiers, ou que les assurés qui habitent et travaillent dans la même localité, mais sont empêchés par leur infirmité de rentrer régulièrement à la maison, la distance étant trop grande. C'est pourquoi les contributions supplémentaires prévues à l'article 6, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI doivent dédommager ces derniers des frais plus élevés que nécessite le reclassement.

Le fait qu'un assuré célibataire paie à ses parents une pension mensuelle pour ses repas et sa chambre n'ouvre pas droit à une contribution spéciale au sens dudit article 6 RAI. Si l'assuré peut faire ménage commun avec ses parents pendant son

reclassement, c'est parce que cette solution est la plus avantageuse pour lui. Il paie régulièrement une modeste pension et bénéficie d'avantages plus grands que s'il vivait dans une pension tenue par un tiers. (Cf. ATFA 1962, p. 332 = RCC 1963, p. 216.)

a. Au moment déterminant, l'appelant logeait chez ses grands-parents à G. Il avait habité chez eux déjà auparavant par suite du divorce de ses parents, sauf une interruption de quelques mois pendant lesquels il avait fréquenté l'école professionnelle pour coiffeurs. Il était donc logé et nourri par ses grands-parents, auxquels il ne devait payer qu'une modeste contribution à ses frais d'entretien. On ne pouvait donc le considérer comme un assuré prenant ses repas et logeant « hors de chez lui » au sens de l'article 6, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI, et ayant à supporter des dépenses particulières de repas et de logement à cause de son reclassement. Seul, le repas de midi était pris hors de la maison. D'après les pièces du dossier, l'assuré devait y consacrer environ 4 fr. 30 (service compris), somme qui était donc largement couverte par son indemnité journalière de 9 fr. 90. Il n'y a donc pas lieu d'octroyer une contribution supplémentaire pour la période pendant laquelle l'assuré logeait à G.

b. Le 10 janvier 1965, l'appelant a pris une chambre à X. Depuis lors, il prend tous ses repas dans un restaurant de son nouveau lieu de domicile. Ses dépenses de repas et logement ont donc passablement augmenté; c'est un nouvel état de fait. Etant donné qu'en procédure d'appel, les prétentions de l'assuré ne doivent être jugées que sur la base des circonstances existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, la prétention à l'octroi d'une contribution selon l'article 6, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI pour la période postérieure au 9 janvier 1965 représente une nouvelle demande, que l'administration doit examiner tout d'abord. Le dossier doit donc être remis à celle-ci. Eventuellement, l'administration examinera également, en se fondant sur les articles 24, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI et 21, 1<sup>er</sup> alinéa, RAI, en corrélation avec l'article 2, 2<sup>e</sup> alinéa, RAPG, s'il ne faudrait pas recalculer l'indemnité journalière sur la base du salaire de coiffeur que l'appelant, compte tenu d'une éventuelle hausse de salaire survenue depuis le début de son reclassement, toucherait probablement aujourd'hui en n'étant pas invalide.

*Arrêt du TFA, du 30 novembre 1965, en la cause R. T.*

Article 29, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI. En cas de modification du degré d'invalidité d'un bénéficiaire de rente, les règles fixant l'ouverture du droit à la rente sont en principe applicables par analogie pour déterminer la date dès laquelle la modification déterminante ouvre droit à une nouvelle rente ou provoque l'extinction de la rente en cours.

*Articolo 29, capoverso 1, LAI. Se muta il grado d'invalidità di un beneficiario di rendita, le norme relative alla nascita del relativo diritto sono, per principio, applicabili analogicamente per stabilire la data da cui il cambiamento determinante fa sorgere un diritto ad una nuova rendita, oppure estingue quello per il quale la rendita è attualmente concessa.*

L'assurée, née en 1919, mariée et mère de cinq enfants mineurs, a présenté en mars 1964 une demande de prestations de l'AI. Elle fit valoir qu'elle souffrait depuis quelques années de sténose mitrale et d'insuffisance cardiaque, dont l'aggravation l'em-

pêchait, dès le début de 1963, d'accomplir certains travaux ménagers et de collaborer à l'exploitation agricole de son mari.

La commission AI admit que l'assurée était frappée d'une invalidité permanente depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1963 et avait droit à une demi-rente simple d'invalidité, de même qu'à des rentes complémentaires pour enfants, depuis le mois de mars 1964, la demande étant tardive.

L'assurée recourut contre la décision conforme de la caisse, disant qu'elle était incapable de travailler depuis le mois de mars 1964, devant même parfois garder le lit; qu'elle avait été hospitalisée durant la première quinzaine de juillet, puis à nouveau dès le 18 septembre 1964; qu'elle avait subi le 28 septembre une opération du cœur et devait se ménager durant six mois au moins après cette intervention. Elle concluait à l'octroi d'une rente entière au moins depuis mars 1964 jusqu'à fin février 1965. L'autorité de première instance admit partiellement le recours, reconnaissant à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 1964 au 30 juin 1965, sous réserve de révision à cette dernière date.

Le TFA a admis l'appel interjeté par l'OFAS pour les motifs suivants:

1. ...

2. Le droit à une rente d'invalidité ayant pris naissance, le degré d'invalidité peut par la suite se modifier de manière à influencer ce droit. Ainsi, l'invalidité peut s'aggraver, entraînant le passage de la demi-rente à la rente entière; ou au contraire s'atténuer, entraînant le passage de la rente entière à la demi-rente ou encore l'extinction de tout droit à la rente. La question est alors de savoir depuis quelle date une telle modification du degré d'invalidité ouvre droit à la nouvelle rente ou provoque l'extinction de la rente antérieure.

La solution est évidente lorsque la situation modifiée présente un caractère suffisamment stable (cette exigence de stabilité étant attachée à l'état de santé, non aux conditions économiques, voir p. ex. ATFA 1964, p. 173 = RCC 1964, p. 508) pour qu'elle puisse être présumée permanente: l'ouverture du droit à la nouvelle rente ou l'extinction de la rente antérieure sont immédiates. Toutefois, il ne saurait en aller de même lorsque la présomption de permanence n'est pas donnée, sous peine d'aboutir à des inégalités flagrantes et à des résultats incohérents. Il suffit, pour l'illustrer, de prendre le cas de deux assurés atteints depuis peu d'invalidité partielle permanente et qui viennent à être frappés d'une nouvelle atteinte entraînant une invalidité non permanente de plus des deux tiers: le premier, dont l'invalidité était inférieure à la moitié et qui ne touchait pas de rente, devra attendre l'écoulement du délai mis à l'ouverture du droit à la rente selon l'article 29, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI; le second, dont l'invalidité était de la moitié et qui touchait une demi-rente, acquerrait immédiatement le droit à une rente entière, malgré l'identité des situations et alors même que les conditions d'ouverture d'un tel droit selon l'article 29, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI ne seraient pas encore remplies. Il en ressort que l'égalité de traitement et la logique du système légal exigent une coordination entre les conditions d'ouverture du droit à la rente selon l'article 29, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI et les conditions de modification ultérieure de ce droit. Il apparaît ainsi qu'il faut poser pour principe que les règles fixant l'ouverture du droit à la rente doivent être déclarées applicables par analogie pour déterminer la date dès laquelle une modification du degré d'invalidité ouvre droit à une nouvelle rente ou provoque l'extinction de la rente antérieure.

En d'autres termes, le droit à la nouvelle rente prendrait naissance en principe dès l'instant où les conditions d'ouverture d'un tel droit selon l'article 29, 1<sup>er</sup> alinéa,

LAI seraient réalisées, abstraction étant faite du cours de la rente précédente. Il sied de préciser que la modification n'aura pas nécessairement lieu selon la même variante: à une rente pour invalidité présumée permanente peut fort bien succéder une rente pour invalidité de longue durée, ou vice versa. Le bénéficiaire d'une demi-rente, dont le degré d'invalidité vient à augmenter, verra donc s'ouvrir pour lui un droit à la rente entière dès l'instant où

- a. il présente une incapacité de gain présumée permanente des deux tiers au moins (variante I); ou bien
- b. il a été totalement incapable de travailler durant 360 jours consécutifs et subit encore à l'échéance de ce délai une incapacité de gain des deux tiers au moins (variante II); ou bien
- c. il a subi une incapacité moyenne de gain des deux tiers au moins durant 450 jours, sans interruption notable, et subit encore une telle incapacité (variante III a), sous réserve de rétablissement imminent d'une capacité de gain excluant l'octroi de la rente entière.

A l'inverse, en cas de diminution du degré d'invalidité, le bénéficiaire d'une rente entière verra son droit réduit à une demi-rente et le bénéficiaire d'une demi-rente verra son droit s'éteindre dès l'instant où l'incapacité de gain tombe à moins des deux tiers ou à moins de la moitié de façon présumée permanente (variante I); ou dès l'instant où l'incapacité moyenne de gain n'a plus atteint les deux tiers ou la moitié au cours d'une période de 450 ou 540 jours (variante III a ou III b), sous réserve d'aggravation imminente. — La variante II, qui ne peut guère jouer de rôle pratique lors du passage de la demi-rente à la rente entière déjà, absorbée qu'elle sera en fait la plupart du temps par la variante III, semble ne pas entrer du tout en ligne de compte dans ces cas inverses.

3. Il n'est pas nécessaire ici d'examiner plus avant les aménagements qui devront être apportés au principe ci-dessus, ni de préciser en particulier les notions d'interruption notable et de modification imminente de l'incapacité de gain. Mais il sied de relever dès l'abord que l'application en comporte certaines limites et réserves:

a. En matière de révision de rente, l'article 41, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI dispose que la rente est augmentée, réduite ou supprimée « pour l'avenir » (voir p. ex. ATFA 1964, p. 183 = RCC 1965, p. 45). Il en résulte qu'entre l'ouverture du droit à la nouvelle rente et le point de départ de la rente révisée se produira fréquemment un décalage, en vertu de cette règle légale.

Un tel décalage sera en revanche totalement exclu dans les cas exceptionnels où, la première décision de rente intervenant tardivement et avec effet rétroactif, il se serait produit durant cette période de rétroactivité une modification du degré d'invalidité ouvrant droit à une nouvelle rente ou provoquant l'extinction de la rente selon le principe ci-dessus.

b. Si la rente peut être révisée en tout temps durant les trois années qui suivent la première décision de rente (voir p. ex. RCC 1966, p. 53 et 151), l'article 41, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI prescrit qu'elle ne peut plus l'être par la suite qu'à l'expiration de chaque période de trois ans, sauf aggravation de l'état de santé de l'ayant droit ou exécution de mesures de réadaptation (voir p. ex. RCC 1966, p. 157). Or le principe ci-dessus, parfaitement applicable durant la première période triennale où la révision peut avoir lieu en tout temps, exige à tout le moins diverses adaptations pour les périodes ultérieures.

4. Dans l'espèce, les organes de l'assurance ont estimé que l'intéressée était frappée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1963 d'une invalidité permanente de 50 pour cent et lui ont octroyé une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> mars 1964, mois du dépôt de la demande (art. 48, 2<sup>e</sup> al., LAI). ... La Cour de céans n'a pas de motif impératif de reprendre l'examen d'un point que nul ne conteste. La seule question litigieuse dans la présente procédure sera donc celle de savoir si et dès quel moment la demi-rente accordée devrait être remplacée par une rente entière d'invalidité.

Selon le principe posé sous le considérant 2 ci-dessus, l'intimée ne peut acquérir un droit à la rente entière que dès l'instant où elle présenterait une incapacité de gain (soit une impossibilité d'accomplir ses travaux habituels, qui lui est assimilée) présumée permanente des deux tiers au moins, ou que dès l'échéance d'un délai de 360 jours d'incapacité totale de travail, ou encore que dès l'échéance d'un délai de 450 jours d'incapacité moyenne de gain des deux tiers au moins. — Il faut relever en outre que le juge, chargé de vérifier la conformité de la décision administrative litigieuse avec la loi, doit examiner la situation qui existait à la date de cette décision (voir p. ex. RCC 1966, p. 151), soit dans l'espèce le 20 novembre 1964.

Or, les avis médicaux et le fait même de l'opération pratiquée révèlent clairement que, ni à cette date ni à un moment antérieur, ne pouvait être émis un pronostic d'invalidité permanente — avec l'exigence de stabilité et d'irréversibilité qu'il implique — de deux tiers ou plus. L'intimée elle-même ne l'a d'ailleurs jamais prétendu, affirmant seulement qu'elle devrait se ménager durant encore six mois au moins après l'intervention subie en septembre 1964. Il est évident, d'autre part, qu'un délai de 360 jours d'incapacité totale de travail était loin d'être échu. Quant à la dernière éventualité, soit l'échéance d'un délai de 450 jours d'incapacité moyenne de gain des deux tiers, elle n'était pas davantage réalisée à la date de la décision litigieuse, si l'on retient les taux figurant au dossier: Au cours des 450 jours précédant cette date, on trouve en effet une incapacité de 50 pour cent du 27 août 1963 au 30 juin 1964 (307 jours), de 100 pour cent durant la première quinzaine de juillet puis dès le 18 septembre 1964 (77 jours), située entre 66 % pour cent et 100 pour cent de mi-juillet à mi-septembre 1964 (66 jours), soit une moyenne inférieure à deux tiers.

Le jugement cantonal doit dès lors être annulé et la décision du 20 novembre 1964 rétablie. Ce rétablissement de la décision administrative exige cependant une réserve: l'assurée a déclaré qu'elle avait subi durant les mois de mars à juin 1964 une incapacité largement supérieure à 50 pour cent; si ce dire était avéré, il ne serait pas absolument exclu que le délai de 450 jours d'incapacité moyenne des deux tiers fût arrivé à échéance quelque peu avant le 20 novembre 1964 déjà, et la décision devrait être adaptée en conséquence. — La Cour de céans tient pour opportun de ne pas procéder elle-même à ces vérifications, ni d'en charger l'autorité judiciaire de première instance (ainsi que le prévoit l'article 7, 2<sup>e</sup> alinéa, de l'ordonnance concernant l'organisation et la procédure du TFA), mais d'en laisser le soin aux organes de l'assurance. En effet, vu l'aggravation de l'état de santé dès l'été 1964, le dossier de la cause doit être renvoyé de toute façon à la commission AI, qui devra déterminer si l'intéressée aurait ultérieurement acquis le droit à une rente entière en vertu de l'article 41, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI. Or, pour ce faire, la commission devra nécessairement procéder, entre autres recherches, aux vérifications en question.

Article 29, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI. Chez les assurés âgés, également, l'atteinte à la santé doit être en bonne partie stabilisée et irréversible jusqu'à la fin de la période d'activité déterminante en matière d'AI (soit jusqu'à l'âge ouvrant droit à une rente de vieillesse), pour que l'existence d'une incapacité permanente de gain puisse être admise.

*Articolo 29, capoverso 1, LAI. Anche per gli assicurati di età avanzata, lo stato morboso dev'esser in gran parte stabilizzato e irreversibile sino alla fine del periodo d'attività determinante secondo l'AI (cioè fino all'età pensionabile), perchè si possa ammettere un'incapacità di guadagno.*

L'assuré, né le 24 janvier 1900, souffre de coxarthrose du côté gauche. Il a dû cesser de travailler le 12 mars 1964 à cause de cette affection. Son employeur certifia que l'assuré touchait, en dernier lieu, un salaire horaire de 4 fr. 70; la perte de salaire due à son infirmité était d'au moins un franc l'heure. Le 16 juillet 1964, l'assuré subit une opération (ostéotomie de varisation). Il resta inapte au travail jusqu'au moment où il atteignit l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, soit jusqu'au 1<sup>er</sup> février 1965. En mars 1964, il avait demandé des prestations à l'AI. La caisse de compensation lui ayant notifié, par décision du 8 septembre 1964, que l'AI ne prenait pas en charge les frais de l'opération, vu qu'il ne s'agissait pas de mesures de réadaptation, l'assuré recourut et demanda que l'AI lui accorde une rente, éventuellement prene en charge ladite opération. Après suspension du recours par l'autorité compétente, la caisse rendit une nouvelle décision, le 13 février 1965, qui rejetait cette demande de rente, l'assuré n'ayant pas été entièrement incapable de travailler pendant 360 jours sans interruption. L'assuré recourut de nouveau contre cette décision et renouvela les demandes déjà formulées. Par jugement du 15 juin 1965, l'autorité de première instance refusa l'octroi de mesures médicales, mais accorda à l'assuré, à partir du 1<sup>er</sup> mars 1964, une rente entière d'invalidité. Voici ses considérants:

Puisque l'AI considère une coxarthrose avancée comme une atteinte à la santé en bonne partie stabilisée, un droit à la rente fondé sur une invalidité permanente est né à ce moment-là. Même si l'assuré peut travailler de nouveau après avoir atteint l'âge AVS le 1<sup>er</sup> février 1965, il suffit que l'atteinte à la santé soit irréversible jusqu'à cette date.

L'OFAS a porté ce jugement devant le TFA, en proposant d'annuler le jugement concernant la rente et de rétablir la décision du 13 février. Cet appel a été admis par le TFA, dont voici les considérants:

1. ...

2. Aux termes de l'article 29, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, le droit à la rente naît dès que l'assuré présente une incapacité permanente de gain de la moitié au moins (dans les cas pénibles, de deux cinquièmes au moins) (variante I) ou dès qu'il a été totalement incapable de travailler pendant 360 jours consécutifs et subit encore une incapacité de gain de la moitié au moins (ou de deux cinquièmes) (variante II). Comme le TFA l'a exposé dans deux arrêts (RCC 1966, p. 109 et 113), un droit à la rente peut naître, en outre:

a. lorsque l'assuré a subi une incapacité de gain moyenne, pratiquement ininterrompue, de deux tiers au moins pendant 450 jours, et qu'il présente encore une incapacité de gain de la moitié (éventuellement deux cinquièmes) au moins (variante III a); ou bien:

b. lorsque l'assuré a subi pendant 540 jours une incapacité de gain moyenne, pratiquement ininterrompue, de la moitié (voire deux cinquièmes) au moins, mais inférieure à deux tiers, et qu'il présente encore une incapacité de gain de la moitié (éventuellement deux cinquièmes) au moins (variante III b).

En ce qui concerne les variantes III a et b, le tribunal s'est abstenu de se prononcer sur la question de savoir si, après expiration du délai, la rente doit être accordée même si la récupération d'une capacité de gain excluant la rente est imminente.

3. Par décision du 13 février 1965, l'assuré, qui avait atteint le 1<sup>er</sup> février l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, s'est vu refuser une rente AI pour la période précédente. L'administration estimait en effet que l'assuré n'avait pas présenté une incapacité de gain permanente (variante I) et qu'il ne présentait pas non plus une incapacité de gain après 360 jours consécutifs d'incapacité de gain totale (variante II). L'autorité de première instance, elle, arriva à la conclusion que l'assuré avait droit, dès le 1<sup>er</sup> mars 1964, à une rente en raison d'une incapacité permanente de gain.

Il est certain que l'assuré, jusqu'au moment où il a atteint l'âge AVS, n'a pas été totalement incapable de travailler pendant 360 jours consécutifs et que, par conséquent, un droit à la rente ne pouvait naître en vertu de la deuxième variante. De même, et contrairement à l'avis de l'autorité de première instance, il n'y avait pas, en l'espèce, une incapacité permanente de gain au sens de la première variante. Un droit à la rente en raison d'une incapacité permanente de gain ne prend pas naissance tant qu'on n'a pas pu constater avec une vraisemblance prédominante que l'atteinte à la santé est en bonne partie stabilisée, qu'elle a acquis un caractère essentiellement irréversible et qu'elle engendrera une incapacité de gain durable, suffisante pour donner droit à une rente (ATFA 1964, p. 174 = RCC 1964, p. 508). Certes, une coxarthrose avancée peut, le cas échéant, représenter une atteinte à la santé en bonne partie stabilisée et causer par là une incapacité permanente de gain. Toutefois, dans l'espèce, le médecin a conclu, d'après un examen effectué le 6 mars 1964, qu'une opération était nécessaire, et celle-ci eut lieu en juillet de la même année. Dans ces conditions, l'assuré, qui avait dû cesser de travailler le 12 mars 1964, ne souffrait pas d'une atteinte stable et irréversible à sa santé jusqu'au moment où il parvint à l'âge AVS, le 1<sup>er</sup> février 1965. Cette question ne peut être jugée que d'après les faits existants et les circonstances prévisibles; il est donc sans importance, à cet égard, que l'opération n'ait pas été prise en charge par l'AI. L'âge avancé de l'assuré n'autorise pas d'autre conclusion. Chez les assurés âgés, eux aussi, il faut que l'atteinte à la santé soit en bonne partie stabilisée et irréversible jusqu'à la fin de la période d'activité déterminante selon la LAI (début de l'âge AVS), pour que l'on puisse admettre une incapacité permanente de gain (ATFA 1965, p. 135 = RCC 1965, p. 527, considérant 2 c). Ceci n'est pas le cas lorsqu'une opération médicalement indiquée est effectuée, grâce à laquelle l'atteinte à la santé pourra vraisemblablement être guérie. Le refus d'une rente ne constitue pas un abus de droit lorsqu'il n'y a, effectivement, pas d'atteinte stable et irréversible à la santé.

En outre, le dossier ne permet pas de conclure qu'un droit à la rente soit né en vertu des variantes III a et b. Certes, l'assuré ne touchait plus son salaire entier au moment où il cessa de travailler, soit le 12 mars 1964, ce qui permet d'admettre qu'il présentait déjà avant cette date un certain degré d'incapacité de gain. Cependant, ce degré ne peut pas être évalué avec sûreté sur la base de l'attestation de l'employeur. Dans tous les cas, il paraît exclu que l'assuré ait présenté avant le 1<sup>er</sup> février 1965 (date à laquelle il parvint à l'âge AVS), pendant 450 jours, une incapacité de gain des deux tiers au moins en moyenne, au sens de la variante III a. S'il estime, toute-

fois, avoir présenté avant cette date, pendant 540 jours, une incapacité de gain moyenne de la moitié au moins, selon la variante III b, il lui reste la faculté de demander, sur ce point, un nouvel examen de son droit à la rente par la commission AI. En effet, l'administration n'a jugé ce droit que d'après les variantes I et II. A ce propos, il est signalé à l'assuré que l'administration doit disposer, pour l'évaluation de l'incapacité moyenne de gain, d'une marge d'appréciation relativement large.

*Arrêt du TFA, du 2 décembre 1965, en la cause L. L.*

**Article 41, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI.** La revision de la rente au cours de la seconde période triennale — et d'une des suivantes — est admissible en cas d'aggravation importante et durable des circonstances économiques, indépendamment de toute aggravation de l'état de santé de l'intéressé.

*Articolo 41, capoverso 2, LAI.* La revisione della rendita nel corso del secondo triennio — e d'uno dei seguenti — è ammissibile in caso di peggioramento notevole e duraturo delle condizioni economiche, prescindendo da qualsiasi aggravamento dello stato di salute dell'assicurato.

L'assuré, né en 1914, présente des séquelles d'une hémiplégié droite dont il a été atteint en 1935. Il exerce de façon indépendante la profession de cordonnier. L'autorité fiscale cantonale fixe le revenu qu'il avait retiré annuellement de cette activité à 4750 francs en 1959/1960 et à 5000 francs en 1961/1962.

L'assuré fut mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1960 par décision du 28 décembre de la caisse de compensation fondée sur un prononcé de la commission AI du 28 octobre 1960. La caisse ayant mis fin, par décision du 7 décembre 1962, au service de cette rente dès le 31 octobre 1962, l'intéressé recourut au Tribunal cantonal des assurances, qui maintint l'octroi de la rente par jugement du 13 avril 1964.

L'assuré présenta une demande de revision en octobre 1964. La commission AI estima que le taux d'invalidité ne s'était pas modifié et rejeta la requête. L'autorité de recours écarta le recours interjeté par l'assuré contre la décision conforme de la caisse du 4 décembre 1964.

Pour les motifs suivants, le TFA rejeta l'appel de l'assuré:

1. Selon l'article 28, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, l'assuré a droit à une rente lorsqu'il est invalide pour la moitié au moins; dans les cas pénibles, une rente peut être allouée déjà lorsque l'assuré est invalide pour les deux cinquièmes au moins. Lorsque celui-ci est invalide pour moins des deux tiers, le montant de la rente est réduit de moitié. Aux termes de l'article 28, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI, le degré de l'invalidité est évalué par comparaison entre le revenu du travail que l'assuré « 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 », et le revenu « qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide ». Il s'agit donc, en principe, de comparer deux revenus hypothétiques.

L'article 41 LAI dispose d'autre part que « 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 » (1<sup>er</sup> al.). « L'évaluation de l'invalidité peut être revue en tout temps durant les trois années qui suivent la première fixation de la rente et, par la suite, à l'expiration de chaque période de trois ans. Toutefois, si l'ayant droit

prouve que son état de santé s'est aggravé, ou s'il est soumis après coup à des mesures de réadaptation, le nouvel examen aura lieu au cours des périodes de trois ans » (2<sup>e</sup> al.). Le tribunal de céans a déjà déclaré dans l'arrêt R. S. (RCC 1966, p. 53) que le point de départ de la première période de revision coïncide avec le jour de la notification de la première décision de rente. Il a expressément précisé dans l'arrêt A. J. (RCC 1966, p. 151) que ce jour détermine également les périodes de revision ultérieures.

2. La demi-rente ayant été accordée à l'assuré pour la première fois le 28 décembre 1960, la demande de revision est intervenue en l'occurrence au cours de la seconde période triennale prévue à l'article 41, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI. Comme l'appelant n'a pas été soumis à des mesures de réadaptation, et que son état de santé ne s'est pas notablement aggravé depuis le jour de la fixation de la rente (selon les certificats médicaux figurant au dossier), la première question à examiner est celle de savoir si la seule modification de circonstances économiques suffit pour justifier une revision au cours des périodes suivant celle durant laquelle la rente peut être revue en tout temps. S'écartant dans l'espèce de la lettre de l'article 41, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI, l'autorité cantonale a considéré implicitement comme recevable une demande fondée sur un tel motif. L'OFAS est d'autre part entré en matière sans autre formalité sur l'argumentation de l'appelant et semble donc admettre, lui aussi, la revision d'une rente AI pour des motifs économiques, au cours de la seconde période de revision et des périodes ultérieures.

Interprétant extensivement l'article 26, 1<sup>er</sup> alinéa, LAM, selon lequel une nouvelle rente est allouée « si l'infirmité physique ou psychique (der körperliche oder psychische Nachteil) de l'assuré devient plus tard notablement supérieure ou inférieure à celle qui avait été admise lors de la fixation de la pension », le TFA a admis que la modification notable de l'incapacité de gain permet de reviser la rente servie par l'assurance militaire, que cette modification soit due à des faits médicaux ou à des faits économiques (ATFA 1964, p. 136). Quant à l'article 80, 1<sup>er</sup> alinéa, LAMA, il est conçu en des termes plus larges que les articles 41, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI et 26, 1<sup>er</sup> alinéa, LAM: il parle de « modification importante » de « l'incapacité de travail » (avec plus de précision encore, dans le texte allemand, d'« Erwerbsunfähigkeit »), et la jurisprudence semble s'acheminer vers une solution analogue à celle consacrée en matière d'assurance militaire (cf. Maurer, *Recht und Praxis*, 2<sup>e</sup> éd., p. 243 ss).

3. Selon un principe d'interprétation généralement admis, il n'y a lieu de s'écarter du texte clair d'une disposition légale que si des motifs concluants permettent de penser que la manière dont la disposition a été rédigée ne lui donne pas son véritable sens (cf. p. ex. ATF 88 I, p. 112, et la jurisprudence citée). L'article 1<sup>er</sup>, 1<sup>er</sup> alinéa, CCS précise du reste que « la loi régit toutes les matières auxquelles se rapportent la lettre ou l'esprit de l'une de ses dispositions », règle dont la doctrine a déduit que le juge doit découvrir le sens latent de la loi, en allant au besoin au-delà de son texte littéral ou, au contraire, en restant en deçà de celui-ci (cf. p. ex. Tuor, *le Code civil suisse*, trad. Deschenaux, 1950, p. 30 ss; Meier-Hayoz, dans la *Fiche juridique suisse* n° 1094; Germann, *Probleme und Methoden der Rechtsfindung*, 1965, p. 47 ss, 377 ss).

Il existe en l'occurrence des motifs suffisants pour s'écarter de la lettre de l'article 41, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI. En effet, dans son message du 24 octobre 1958 (p. 70, lettre F, chiffre V), le Conseil fédéral expliquait, à propos des termes fixes de revision de 6 ans, 9 ans, 12 ans, etc. après la fixation de la rente, que cette restriction était conçue en faveur de l'assuré, sans préciser cependant pourquoi le texte légal ne prévoit d'exception à la restriction — toujours en faveur de l'invalidé — que lorsque son « état de santé » a sensiblement empiré. Or, si l'invalidé ne pouvait se prévaloir que de l'aggravation de son état de santé au cours de la seconde période triennale et des suivantes,

l'institution de termes fixes de revision se retournerait contre lui. La rédaction de la norme ne respecte donc pas la *ratio legis*. Le rapport de la commission d'experts, du 30 novembre 1956 (p. 139 ss), n'est pas plus explicite sur cette contradiction. Lors des délibérations du Parlement, on a seulement insisté sur l'opportunité d'unifier, dans la mesure du possible, les règles de la revision dans les trois institutions sociales qui assurent contre l'invalidité (Bull. stén. 1959, Conseil national, p. 134; Conseil des Etats, p. 143). On ne peut dès lors se défendre du sentiment que les rédacteurs de la LAI ont perdu de vue, lorsqu'ils ont composé l'article 41, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI, que la loi est fondée sur une notion de l'invalidité dont l'élément de base, défini à l'article 4 LAI, « incapacité de gain » (Erwerbsunfähigkeit), est essentiellement d'ordre économique. L'article 41, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI formule du reste sans équivoque le principe fondamental en matière de revision: l'augmentation, la réduction ou la suppression de la rente sont subordonnées à la modification, apte à influencer le droit à la rente, de l'invalidité du bénéficiaire. Le second cas de revision avant l'échéance des termes fixes de 6 ans, 9 ans, 12 ans, etc., prévus à l'article 41, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI, est d'autre part celui où l'assuré est soumis à des mesures de réadaptation, qui sont précisément censées modifier sa capacité de gain. Il y a donc lieu de s'écarter de la lettre de la loi au profit de la *ratio legis*, et d'admettre que la revision de la rente au cours de la seconde période triennale — et des suivantes — est admissible en cas de modification de circonstances économiques, indépendamment de toute aggravation de l'état de santé de l'intéressé.

On pourrait sans doute penser que les termes « état de santé » à l'article 41, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI ont été intentionnellement utilisés pour limiter les cas de revision. Mais s'il en avait été ainsi, les travaux préparatoires auraient probablement fait allusion à cette intention. Aussi, tout bien considéré, une pratique uniforme en matière d'assurance militaire, d'assurance-accidents obligatoire et d'AI — pratique à laquelle les matériaux législatifs font du reste allusion, ainsi qu'il l'a été dit plus haut — doit-elle être préférée. Cela ne signifie toutefois pas que n'importe quelle modification de la capacité de gain d'un bénéficiaire de rente — indépendamment de toute évolution de son état de santé — puisse justifier une revision au cours des périodes suivant la période initiale durant laquelle la rente peut être modifiée en tout temps. Si l'on veut sauvegarder une certaine sécurité juridique, seule une aggravation importante et durable de l'invalidité peut entraîner une revision: il faut en effet éviter que l'assuré ne puisse spéculer sur de faibles divergences d'appréciation, toujours possibles, ou sur une modification temporaire de sa capacité de gain, pour obtenir une rente plus élevée.

4. S'il était établi que le revenu effectif de l'appelant n'a jamais dépassé 5000 francs par année depuis 1959, le taux de l'invalidité présentée aujourd'hui atteindrait 71,99 pour cent. Comparé à celui de 60 pour cent retenu par les premiers juges en 1964, ce taux justifierait sans doute une revision de la rente selon les principes exposés ci-dessus. L'évaluation du revenu actuel de l'intéressé, qui exerce une profession indépendante et ne tient pas de comptabilité, repose toutefois de manière prépondérante sur une appréciation, à laquelle les autorités cantonales de recours étaient mieux à même de procéder que le juge d'appel. Selon la pratique du tribunal de céans, du reste, il n'y a pas lieu de réformer un jugement cantonal pour une simple question d'appréciation, à condition cependant que les premiers juges n'aient pas dépassé certaines limites admissibles. Or, nonobstant la taxation fiscale quelque peu inférieure, il est admissible d'évaluer à 6000 francs le revenu réel de l'assuré, évaluation qui laisse apparaître un taux d'invalidité légèrement inférieur à deux tiers.

*Arrêt du TFA, du 15 décembre 1965, en la cause A. B.*

Articles 41 LAI et 87, 4<sup>e</sup> alinéa, RAI. Si, après un premier refus de la rente, l'assuré présente une nouvelle demande et qu'il apparaît, au vu des expériences faites durant une période importante, que les possibilités de réadaptation se présentent sous un jour nouveau, bien que l'état de santé de l'intéressé ne se soit pas modifié, la commission AI est tenue d'examiner la nouvelle demande.

*Articoli 41 LAI e 87, capoverso 4, OAI. La commissione AI deve esaminare una nuova domanda se, dopo un primo rifiuto di concedere una rendita, l'assicurato ne ha fatto un'altra, e risulti, per esperienze fatte durante un periodo di tempo considerevole, che le possibilità d'integrazione si presentano sotto un nuovo aspetto, anche se il suo stato di salute non si sia modificato.*

L'assurée, née en 1912, a eu diverses maladies depuis 1925 et a dû subir plusieurs opérations. Le 18 février 1960, elle a demandé pour la première fois des prestations AI. N'ayant pas appris de métier, elle travaillait alors comme mannequin et colporteuse. Dans son rapport du 12 juillet 1960, le médecin désigna son état comme stationnaire. Depuis 1950, l'assurée avait besoin de soins médicaux permanents; par moments, son incapacité de gain est totale, après quoi la patiente est de nouveau entièrement apte au travail. Le rapport conclut en déclarant que l'assurée a besoin de mesures psychothérapeutiques de réadaptation. Dans son rapport du 18 octobre 1960, l'office régional AI, de son côté, estime que l'assurée est réadaptée et qu'elle peut exercer une activité lucrative de plus de 50 pour cent.

Par décision du 4 janvier 1961, le prononcé de la commission AI fut notifié à l'assurée. Celle-ci ayant un degré d'invalidité trop bas, aucune rente AI ne pouvait lui être accordée. Cette décision ne fut pas attaquée et passa en force.

Toutefois, en juin 1961, l'assurée présenta une demande de reconsidération, que l'administration refusa d'examiner (décision du 5 septembre 1961). Le recours formé contre celle-ci fut rejeté par jugement du 16 avril 1963, parce que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas modifié, depuis la première décision, dans une mesure susceptible de fonder un droit à la rente. Ce jugement de recours ne fut pas attaqué.

L'assurée a présenté une nouvelle demande le 15 juillet 1963. Deux médecins, Y et Z, signalèrent à la commission AI, en décembre 1963 et en 1964, que l'état de santé était stationnaire et qu'il se justifiait d'admettre une invalidité de 50 pour cent. L'office régional AI déclara, les 29 juin et 16 septembre 1964, que l'assurée avait abandonné en mars 1963 son activité intermittente et avait pris un emploi stable, en novembre, dans un grand magasin où elle travaille 20 à 24 heures par semaine (durée normale de travail: 48 heures). Il ne sera plus guère possible, ajoute-t-il, de décider la patiente, physiquement affaiblie et d'humeur très instable, à prendre un travail régulier à plein temps. Malgré l'intervention pressante de l'assistance publique, la patiente, qui est assistée depuis 1960, semble incapable d'un tel travail pour une période prolongée. Le mieux est de la laisser travailler régulièrement à la demi-journée.

La commission AI a traité la demande du 15 juillet 1963 comme une demande de reconsidération et a constaté que l'assurée n'avait fait valoir ni un fait nouveau, ni une aggravation de son état depuis la première décision; elle ne pouvait dès lors examiner la demande.

L'assurée recourut contre la décision de caisse, rendue le 8 février 1965, et demanda une rente AI au plus tard depuis le 15 juillet 1963, éventuellement dès le 1<sup>er</sup> janvier 1960 ou dès sa première demande. La commission de recours rejeta ce recours par jugement du 5 août 1965, en déclarant qu'il n'était pas possible de réexaminer la décision du 4 janvier 1961 et le jugement de recours du 16 avril 1963, faute de motif de révision; une rente accordée à partir du 15 juillet 1963 supposerait une modification importante des circonstances depuis la demande précédente, modification qui en fait ne s'était pas produite. D'ailleurs, l'assurée ne pouvait pas, au moyen d'une demande de reconsidération, récupérer des droits qu'elle avait laissés échapper en n'observant pas le délai légal.

L'assurée a porté ce jugement devant le TFA, qui a admis l'appel partiellement. Voici ses considérants:

Du mémoire de recours, il appert que la demande du 15 juillet 1963 vise l'octroi d'une rente dès janvier/février 1960, mais au plus tard à partir du moment où fut présentée cette seconde demande. Ainsi, d'une part, l'assurée demande de nouveau le versement d'une rente pendant une période pour laquelle une telle rente a déjà été refusée par des décisions passées en force (décision du 4 janvier 1961; décision de refus d'entrer en matière, du 5 septembre 1961, confirmée par jugement de recours du 16 avril 1963). D'autre part, il est prétendu qu'un droit à la rente est né en tout cas à une date ultérieure. La demande du 15 juillet 1963 ne peut donc être traitée seulement comme une demande de reconsidération; elle n'est une demande de reconsidération que dans la mesure où elle concerne la période écoulée jusqu'à la décision de non-entrée en matière rendue le 5 septembre 1961. Pour la période suivante, elle représente une nouvelle demande au sens de l'article 87, 4<sup>e</sup> alinéa, RAI.

a. Il faut examiner d'abord si l'administration peut être tenue, après coup, de modifier la décision du 4 janvier 1961 et la décision de non-entrée en matière du 5 septembre 1961, toutes deux passées en force.

Comme il a été exposé dans l'arrêt M. R. (ATFA 1963, p. 85-86 = RCC 1963, p. 273), l'administration est tenue, à la demande de l'assuré, de reconsidérer sa décision passée en force si des faits ou des moyens de preuve nouveaux apparaissent après coup; elle doit alors rendre une nouvelle décision susceptible de recours. La commission de recours a constaté, à bon droit, que dans l'espèce, aucun fait nouveau n'a été invoqué, qui n'aurait pu être allégué déjà lors des examens précédents de ce cas. De même, il ne peut être question de la découverte de nouveaux moyens de preuve. Par conséquent, l'administration était habilitée à rejeter, par un refus d'entrer en matière, la demande de prestations du 15 juillet 1963, dans la mesure où celle-ci visait l'annulation des décisions du 4 janvier et du 5 septembre 1961 et l'octroi d'une rente dès janvier ou février 1960. Le recours formé contre cette décision de refus devait être rejeté. L'appel se révèle ainsi, sur ce point-là, non fondé.

b. Dans la mesure où la demande du 15 juillet 1963 représente une nouvelle demande, il faut appliquer l'article 87, 4<sup>e</sup> alinéa, RAI (en corrélation avec le 3<sup>e</sup> alinéa de cet article). Selon ces dispositions, lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si elle établit de manière plausible que l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. La caisse de compensation est alors tenue de rendre une nouvelle décision sujette à recours (ATFA 1963, p. 213 = RCC 1964, p. 123). D'après le système adopté par la loi, l'article 87 RAI est une prescription d'exécution de l'article 41 LAI, qui ne concerne, lui, que la révision de rentes en cours. Comme le TFA l'a reconnu dans un autre arrêt, la nouvelle demande présentée après refus d'une

rente, selon l'article 87, 4<sup>e</sup> alinéa, RAI, n'appartient pas au même schéma juridique que la revision proprement dite. Ladite disposition signifie seulement qu'une nouvelle demande, qui suit à un intervalle assez bref un refus précédent, ne suffit pas, à moins d'être dûment motivée, à *obliger* la commission AI à examiner d'office si et dans quelle mesure les conditions peuvent éventuellement avoir changé depuis ce refus. Il faut, bien plutôt, que l'assuré puisse alléguer des faits ayant suffisamment de poids pour fonder une telle obligation.

Dans l'espèce, les médecins Y et Z se sont mis d'accord pour fixer l'invalidité de l'assurée, en décembre 1963 et en 1964, à 50 pour cent, et ont désigné son état de santé comme stationnaire; en outre, l'office régional AI a fait une déclaration dans le même sens en juin 1964 et a proposé l'octroi d'une demi-rente. Dans ces conditions, la commission AI est certainement tenue d'examiner d'office les circonstances du cas. Certes, l'état de santé de l'assurée ne s'est guère modifié de manière sensible depuis le refus de rente. Cependant, cela ne signifie pas que la question d'une modification du degré d'invalidité soit tranchée, car ce n'est pas l'atteinte à la santé comme telle, mais ses effets sur la capacité de gain que l'assurance couvre. A ce propos, il convient de signaler que les avis exprimés sur le cas présent ont changé. En effet, on avait admis d'abord que l'assurée pourrait, raisonnablement, exercer une activité lucrative de plus de 50 pour cent; à présent, les médecins et l'office régional semblent avoir renoncé à cette opinion. Pour juger du droit à la rente, il est déterminant de savoir si l'avis exprimé en dernier lieu par les experts est fondé ou non. L'expérience faite avec la capacité de réadaptation de l'assurée après le refus de la rente, pendant une période assez longue, peut certainement donner un nouvel état de fait, bien que l'atteinte à la santé soit restée la même. Il incombera à la commission AI d'examiner le droit à la rente en se plaçant à ce point de vue qui n'a guère été considéré jusqu'à présent. Ce faisant, la commission devra noter, principalement, que les certificats médicaux de décembre 1963 et de 1964, contrairement au rapport médical de 1960, ne tiennent apparemment pas compte de l'influence d'éléments psychiques sur la capacité de gain. Au cas où une activité plus intense pourrait être exigée de l'assurée en considérant seulement sa santé physique, il faudrait examiner, en particulier, si le facteur psychique peut être pris en considération pour l'évaluation de l'invalidité d'après la pratique actuellement appliquée (cf. art. 4 LAI).

## CHRONIQUE MENSUELLE

Par arrêté du 17 mai 1966, le Conseil fédéral a augmenté les *subsidés pour la formation scolaire spéciale* prévus par l'article 10, 1<sup>er</sup> alinéa, RAI. Des détails à ce sujet sont donnés ci-dessous, à la page 268.

\*

Le Conseil fédéral a approuvé, le 24 mai, le *rapport annuel 1964* de l'Office fédéral des assurances sociales sur l'AVS, l'AI et le régime des APG.

\*

L'*Association des caisses de compensation professionnelles* a tenu son assemblée générale à Stans le 26/27 mai. Les participants ont entendu, à cette occasion, une conférence du professeur Billeter, de l'Université de Fribourg, sur « Les limites, les possibilités et les progrès du calcul électronique des données ». M. F. Rütli, Berne, présidait cette séance, à laquelle assistaient aussi des représentants de l'Office fédéral.

\*

Les instruments de ratification de la *convention sur l'AVS/AI conclue avec la Principauté du Liechtenstein* le 3 septembre 1965 ont été échangés à Berne le 27 mai. Ainsi, la convention *entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 1966*, conformément à son article 21; en même temps, l'ancienne convention, conclue en 1954, est abrogée. Comme d'habitude, les caisses de compensation recevront de plus amples précisions sur les modalités d'exécution.

\*

Les *caisses cantonales de compensation* ont tenu les 2 et 3 juin, à Glaris, leur conférence annuelle sous la présidence de M. Weiss, Bâle, et en présence de représentants de l'Office fédéral des assurances sociales. A cette occasion, M. E. Schlageter, fonctionnaire supérieur au Ministère du travail de Baden-Wurtemberg, parla des principes et des divers genres de prestations de l'assurance-rentes allemande. M. Kaiser, conseiller mathématique des assurances sociales, exposa en termes généraux le problème de la rente indexée et de la rente dynamique.

\*

Le Conseil fédéral a décidé, le 10 juin, de soumettre à l'Assemblée fédérale un *message et un projet de loi concernant l'augmentation des rentes de l'AVS et de l'AI* (voir p. 268).

## **La compensation du renchérissement dans l'AVS prend forme**

Le Conseil fédéral a présenté à l'Assemblée fédérale, le 10 juin 1966, un message et un projet de loi concernant l'augmentation des rentes AVS et AI. Il y propose d'augmenter ces prestations, ainsi que les allocations pour impotents, de 10 pour cent à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1967. Cette hausse concerne aussi bien les prestations en cours que les prestations futures. Les cotisations des assurés et des employeurs, ainsi que les contributions de la Confédération et des cantons à l'AVS, restent les mêmes.

Pour les prestations complémentaires à l'AVS/AI, cette hausse de 10 pour cent ne doit pas être comptée comme revenu. Ces prestations pourront donc être versées sans restriction, sans que la Confédération et les cantons aient à modifier leurs lois dans ce domaine.

L'adaptation automatique des rentes AVS et AI à l'évolution des salaires et des prix, proposée de divers côtés, pose des problèmes d'une grande portée qui ne peuvent être traités dans le message en question. Toutefois, l'étude de ces problèmes, qui prendra beaucoup de temps, a été entreprise.

## **L'augmentation des subsides pour la formation scolaire spéciale des enfants invalides**

Tandis que l'AI a adapté périodiquement au renchérissement ses contributions aux frais d'autres mesures de réadaptation, d'après les conventions tarifaires conclues avec les hôpitaux, des centres de réadaptation, des associations professionnelles, etc., les subsides pour la formation scolaire spéciale prévus à l'article 10 RAI étaient restés, jusqu'à présent, inchangés. Lors des travaux préparatoires pour la révision de la LAI et du RAI, l'examen des dépenses des écoles spéciales a révélé que ces subsides (contributions aux frais d'école et de pension) ne suffisaient pas à alléger la charge financière que doivent assumer ces institutions. C'est pourquoi le Conseil fédéral a décidé, par arrêté du 17 mai 1966, de modifier l'article 10, 1<sup>er</sup> alinéa, RAI, ce qui entraîne les augmentations suivantes:

La contribution aux frais d'école spéciale est augmentée de 2 à 6 francs par jour d'école ou de séjour. La contribution aux frais de pension (nourriture et logement que le mineur doit prendre hors de sa famille pour suivre la formation scolaire spéciale) est augmentée de 3 à 4 francs par jour de séjour. Si le mineur ne doit prendre que ses repas hors de sa famille, l'AI lui accorde une contribution de 2 francs par repas principal (jusqu'à présent: 1 franc).

Compte tenu de nécessités touchant l'organisation scolaire, cette hausse des contributions est entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> avril 1966, si bien que les jours d'école et de séjour postérieurs au 31 mars 1966 donnent droit aux subsides augmentés.

Cette amélioration des prestations signifie, pour l'AI, une dépense supplémentaire d'environ dix millions de francs. Elle signifie aussi que l'on a anticipé sur un point très important, avant la fin des travaux préparatoires de la revision AI. L'adaptation des contributions aux frais d'école et de pension a été jugée si urgente que l'on aurait pas pu la remettre à plus tard. Cette manière de faire a donc été approuvée par la commission d'experts unanime, ainsi que par la commission fédérale de l'AVS/AI. Quant aux contributions permettant la fréquentation de l'école publique (art. 10, 2<sup>e</sup> al., RAI) et aux contributions en faveur des mineurs inaptes à recevoir une instruction (art. 13 RAI), elles restent, pour le moment, inchangées; elles seront examinées avec les autres points de la revision.

## **Planification et coordination de la réadaptation professionnelle dans l'assurance-invalidité**

L'AI cherche, avant tout, à réadapter l'invalidé à la vie professionnelle. Les mesures d'ordre professionnel ont donc une importance particulière. Si la commission d'experts instituée pour l'introduction de l'AI a attaché, naguère, plus d'importance au reclassement de personnes actives devenues invalides qu'à la formation professionnelle initiale, les expériences faites depuis lors ont montré que la situation s'est renversée au profit de la formation initiale. Ainsi, en 1964, on a compté dans l'AI 2500 cas de formation professionnelle initiale, et seulement 600 de reclassement et de rééducation. N'oublions pas que derrière chacun de ces cas, il y a une destinée humaine. C'est pourquoi il est d'autant plus important que les moyens disponibles pour déterminer l'aptitude à la réadaptation, pour exécuter et surveiller les mesures ordonnées, soient mis en œuvre d'une manière aussi rationnelle que possible.

La septième conférence annuelle des commissions AI, qui s'est réunie le 21 avril 1966 (RCC 1966, p. 213), a donc été consacrée à la planification et à la coordination de la réadaptation professionnelle. Les problèmes liés à ce thème ont été exposés par des personnes compétentes, qui ont traité le sujet en se plaçant aux divers points de vue d'une commission AI, d'un office régional et d'un centre de réadaptation, et en énonçant des considérations générales. Ces exposés sont reproduits ci-dessous après avoir été quelque peu abrégés. Les orateurs ont donné leur opinion personnelle; l'Office fédéral des assurances sociales y ajoutera ses commentaires, si le besoin s'en fait sentir.

## I. CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA PLANIFICATION ET LA COORDINATION

par W. Schweingruber,  
*ancien chef du centre de réadaptation « Milchsuppe » à Bâle*

Le plan de réadaptation a une grande importance lorsqu'il s'agit de réintégrer les invalides de notre pays dans la vie économique. Nous nous en rendons compte lorsque nous examinons les méthodes de réadaptation qui sont utilisées couramment à l'étranger; c'est pourquoi nous passerons tout d'abord en revue les plus importantes d'entre elles et nous montrerons ce qui les caractérise.

### Attribution de certaines professions à certains genres d'invalidité

Partout où un genre d'invalidité semblait présenter une certaine uniformité, on a songé à proposer une méthode de réadaptation également uniforme. Cela s'est produit en particulier pour les *aveugles* et les *manchots*. En effet, il a existé de tout temps des « professions classiques pour aveugles » — fabrication de brosses, vannerie et cannage de chaises — qui convenaient en quelque sorte à tous les aveugles. On y a ajouté plus tard les professions de masseur et de téléphoniste. Ces professions ont été réservées aux aveugles dans certains pays lorsqu'on s'est aperçu qu'elles pouvaient leur procurer un gain normal. L'État se chargeait de la formation nécessaire. Tel a été le cas surtout après la Deuxième Guerre mondiale, cette catastrophe ayant nécessité partout des efforts intenses dans le domaine de la réadaptation.

Des manchots ont été placés dans des usines d'armements afin d'y travailler sur des appareils et des machines-outils semi-automatiques. Une main tient la pièce à usiner, tandis que l'outil accomplit sa besogne grâce à une pédale actionnée par l'invalidé. Cette méthode a fait ses preuves et a par conséquent souvent incité l'État à réserver des emplois semblables aux invalides.

### La réadaptation par l'intermédiaire des offices du travail

Ce qui caractérise cette méthode, c'est l'obligation d'accepter les mesures de réadaptation, aussi bien pour l'employeur que pour le salarié. Le premier est en général tenu par la loi d'occuper une certaine proportion d'invalides sur

l'ensemble de son personnel. Quant au second, il doit exercer une activité qui ne correspond peut-être pas toujours à ses goûts personnels. Les deux partenaires sont passibles d'une pénalité s'ils ne se conforment pas aux ordres reçus, sous forme d'amende pour l'employeur et de suppression de l'aide pour le salarié.

Sur quoi met-on l'accent en l'occurrence? En premier lieu sur la *législation*. L'obligation d'accepter les mesures de réadaptation découle d'une loi fondamentale. Cependant, l'on constate une certaine tendance à éluder cette obligation, et la pratique offre bien des moyens d'y parvenir. Il faut, par conséquent, créer constamment des dispositions nouvelles qui empêchent tout recours à de telles échappatoires. Je pense notamment à la protection contre le licenciement, à l'interdiction de verser un salaire si l'invalidé n'a pas d'occupation, à l'obligation de réserver des emplois appropriés aux invalides et au renforcement des dispositions pénales.

Le deuxième point important est l'*entraînement au travail* ou *reclassement*, qui devrait libérer l'employeur du souci de la mise au courant. Si les ateliers de formation professionnelle sont déjà nécessaires pour les non-invalides, ils le sont à plus forte raison pour les handicapés. C'est pourquoi les ateliers d'entraînement au travail sont courants dans certains pays.

Le troisième point important est constitué par le *registre des professions*. Quelles sont les professions qui conviennent le mieux à certaines formes d'invalidité? Normalement, le préposé de l'office du travail n'est pas spécialisé dans le domaine de la connaissance des professions; il sert d'intermédiaire administratif et ne saurait être considéré comme un orienteur professionnel. Or, un registre des professions peut l'aider à éviter de graves erreurs; c'est pourquoi, dans certains pays, ce registre fait l'objet de publications officielles qui ont une grande valeur sur le plan professionnel.

### La réadaptation par l'intermédiaire des médecins

Le médecin distingue à l'heure actuelle quatre phases dans le traitement d'un malade, à savoir:

— *Le sauvetage*, c'est-à-dire l'intervention destinée à éliminer ce qui constitue une menace pour la vie (par exemple l'hémostase et la réduction des fractures en cas de lésions corporelles, le traitement médicamenteux ou l'opération en cas de maladie interne);

— *La guérison*, soit la fermeture des plaies, la suppression du processus pathologique et la formation de nouveaux tissus osseux;

— *La convalescence*, c'est-à-dire la récupération de nouvelles forces, permettant au patient d'accomplir ses tâches quotidiennes;

— *La réadaptation*, soit le retour à l'activité lucrative qui doit de nouveau assurer un gagne-pain au malade guéri.

Les médecins ne peuvent pas avoir une vue d'ensemble de la vie économique, si variée et si complexe à l'heure actuelle, et savoir toujours quelle est la profession qui convient le mieux. C'est pourquoi beaucoup d'entre eux

cherchent à ramener le patient à son ancienne profession et à le réintégrer dans son ancien milieu. Les tâches essentielles sont alors les suivantes:

*L'orthopédie.* Il faut avant tout que les membres fonctionnent de nouveau de façon normale. Cela est absolument indispensable si le patient doit se déplacer en utilisant les moyens de transport publics. Voilà pourquoi le test de circulation joue un rôle décisif dans certains pays. En outre, la mobilité de tous les membres est également importante pour le travail proprement dit, en particulier dans les métiers où la division du travail n'est encore guère courante (mines, agriculture, exploitation forestière, pêche, etc.).

L'orthopédie a donc énormément progressé dans certains pays; elle a développé de nouvelles méthodes de traitement et d'entraînement qui se sont révélées efficaces, et elle a favorisé la fabrication de membres artificiels et d'appareils. Quelques-uns de ceux-ci sont même équipés de moteurs.

*L'adaptation.* L'utilisation de moyens auxiliaires spéciaux et la transformation de la place de travail peuvent souvent faciliter le retour à l'ancienne profession. C'est le cas surtout dans l'industrie automobile, parce que l'invalidé peut y utiliser des machines et que l'aménagement d'installations spéciales ne présente guère de difficultés dans cette branche. L'adaptation nécessite une collaboration étroite entre le médecin et l'ingénieur-mécanicien. Elle a obtenu jusqu'ici des résultats souvent encourageants.

On remarque chez les médecins — plus que dans d'autres professions — une *tendance à la spécialisation*. Il en va de même en matière de réadaptation professionnelle; dans certains pays, les médecins se spécialisent souvent dans des groupes de professions déterminés. Cependant, si la réadaptation échoue au sein de l'un de ces groupes, ils ne savent plus que conseiller et proposent alors tout bonnement une mise à la retraite au lieu d'une réadaptation.

Le mot « réhabilitation » (reclassement, réadaptation) a été mis à la mode par ces pays. Il signifiait à l'origine: « retour à l'ancienne profession ». A l'heure actuelle, nous lui donnons le sens de « réadaptation à la vie économique » en général.

### La réadaptation par l'intermédiaire des orienteurs professionnels

La solution adoptée par l'AI suisse tient compte des avantages que présentent les méthodes précitées, mais rejette l'obligation d'accepter les mesures de réadaptation. L'invalidé a en quelque sorte droit à la réadaptation; le placement doit donc représenter pour lui une solution évidente, il ne doit pas lui être imposé.

En vertu de ce principe, chaque cas doit être traité individuellement et les aptitudes doivent correspondre dans la mesure du possible aux exigences de la profession visée. Bien entendu, toutes les questions qui se posent dans les autres systèmes de réadaptation demeurent valables, à savoir:

- Peut-on réserver certaines professions particulières aux invalides?
- Peut-on légalement faire prévaloir la condition de la réadaptation?

- Peut-on faciliter la réadaptation grâce à des mesures spéciales de caractère médical et éducatif?
- Quels sont les avantages d'une aide technique?

Aucun de ces aspects ne saurait être négligé. C'est pourquoi, dans la solution adoptée par l'AI fédérale, c'est l'orientation professionnelle et non le recrutement qui est au premier plan. L'orientation représente avant tout une mesure d'aide sociale. Elle est conditionnée par les exigences, les besoins et les possibilités de chaque individu. En revanche, le recrutement a surtout un caractère économique; la question qu'il pose est la suivante: Comment peut-on affecter une main-d'œuvre suffisamment nombreuse et adéquate aux divers groupes de professions?

Sur quoi insiste-t-on dans cette solution suisse du problème? Sur la planification. Chaque cas est traité individuellement. Toute proposition contient un certain nombre d'étapes particulières à chaque individu. Plusieurs organes sont mis à contribution dans chaque cas; tous doivent travailler selon un programme d'ensemble et se soumettre en quelque sorte à un commandement suprême. S'ils ne le font pas, des conflits personnels surgissent, il se produit des pertes de nature économique, et l'AI s'en trouve discréditée.

\*

Qui est qualifié pour élaborer le plan de réadaptation? Ce doit être une personne qui ait une vue d'ensemble aussi complète que possible des conditions personnelles et de leurs possibilités d'amélioration, d'une part, et des possibilités professionnelles, d'autre part. A l'heure actuelle, c'est l'orienteur professionnel de l'office régional AI qui est compétent pour ces questions-là. Nous savons cependant qu'il n'a pas pu recevoir une formation spéciale et adéquate pour cette fonction, car elle n'existait pas auparavant. L'orienteur professionnel a certes acquis une certaine connaissance des professions et a appris à effectuer des tests. Quant au médecin, il a appris à évaluer la capacité de rendement et ses possibilités d'accroissement. Ces deux domaines devraient être réunis pour qu'un plan de réadaptation puisse être mis au point; ils ne l'ont cependant jamais été jusqu'ici en une seule et même personne. Il s'agit donc, pour l'orienteur, d'aborder sa tâche aussi consciencieusement que possible. Celui-ci n'est heureusement pas seul; il peut compter sur l'appui de la commission AI, qui comprend des spécialistes de diverses questions et est en mesure de donner d'utiles conseils.

Comment le plan de réadaptation prend-il forme? Le plan est élaboré, évidemment, d'après la capacité de rendement personnelle de l'invalidé et les possibilités d'occupation dans l'économie. Son auteur devrait connaître à fond ces deux facteurs; malheureusement, il n'a jamais assez de temps pour satisfaire à cette exigence. C'est pourquoi il doit se contenter d'une enquête restreinte sur ces deux points, tout en se posant les trois questions fondamentales suivantes:

- Que voulons-nous examiner?

— Que pouvons-nous examiner?

— Que devons-nous examiner?

Nous ne pouvons en effet pas, à l'heure actuelle, faire toutes les recherches nécessaires (même si nous avons un temps illimité à disposition). C'est pourquoi il faut se demander avant tout: Que devons-nous absolument connaître pour établir un plan de réadaptation? Souvenons-nous toujours que le bonheur d'une ou de plusieurs vies dépend de la réponse à cette question.

Nous cherchons d'abord le *but de la réadaptation*. La partie la plus importante du plan est cependant *la voie qui conduit à ce but*. Quelles en sont les étapes? Quels sont les organes compétents? Quels frais faut-il envisager et qui les paiera?

*Qui applique le plan de réadaptation?* Le fait que divers organes sont mis à contribution pour l'application du plan peut être un grand avantage de la solution suisse, mais parfois aussi un gros inconvénient. En effet, les cas que doivent traiter les offices régionaux AI sont toujours si compliqués qu'il est impossible de leur trouver une solution de facilité. Les cas simples sont résolus par les particuliers eux-mêmes ou par l'assistance privée. Là où plusieurs organes doivent collaborer, il faut une *discipline*, et celle-ci n'est pas toujours acceptée spontanément, loin de là. Tout doit être subordonné à un plan d'ensemble, sinon à quoi servirait le plan? Toutefois, on ne doit pas exiger une obéissance passive; le plan ne garde toute sa valeur que s'il est appliqué volontairement par tous les intéressés. Les divers organes doivent donc former une équipe qui ne travaille pas seulement en vertu d'un règlement, mais avec enthousiasme. Quelle tâche magnifique à remplir pour l'Office fédéral des assurances sociales! Que d'exigences auxquelles l'auteur du plan de réadaptation doit se plier!

*Qui contrôle l'application du plan de réadaptation?* L'organe qui élabore le plan doit aussi le contrôler, c'est un principe qui va de soi dans toutes les organisations. Il s'agit en l'occurrence de l'office régional AI. Cependant, son travail ne consiste pas à demander constamment des rapports et à en constituer des dossiers qui s'empilent dans un bureau. S'il en était ainsi, tous ceux qui sont sur la brèche, dans les centres de réadaptation, les hôpitaux, les écoles spéciales et les homes, n'auraient pas de temps à consacrer directement aux invalides et seraient ravalés au rang de simples gratte-papiers. Le fonctionnaire de l'office régional AI doit au contraire payer de sa personne et recueillir lui-même verbalement les indications nécessaires à son rapport.

\*

Je voudrais, pour conclure, mentionner encore quelques *difficultés qui se produisent dans l'application du plan de réadaptation* et qui échappent quelque peu à notre contrôle. Je pense à la situation qui peut se modifier lorsque la réadaptation s'étend sur plusieurs années. Nous vivons au siècle de la vitesse et tout évolue en général trop rapidement. Une possibilité de gain assurée aujourd'hui n'existera peut-être plus dans deux ans. Cela peut inciter aussi bien

l'invalidé que le spécialiste de la réadaptation à saisir l'occasion aux cheveux avec trop de précipitation. Il en résulte souvent des solutions précaires.

Cependant les aptitudes de l'invalidé peuvent aussi changer. En étudiant les aptitudes en général, on a sans aucun doute négligé jusqu'ici un aspect important de la question, celui de la constance de ces aptitudes. Nous ne savons pas avec certitude quels sont les facteurs qui augmentent et ceux qui diminuent au cours des années. Mais nous n'ignorons pas, en revanche, que l'intérêt pour telle activité, et peut-être même des penchants profonds, peuvent varier; par conséquent, un plan de réadaptation qui était parfaitement clair à l'origine ne l'est plus autant au bout de quelques années, bien qu'il conserve son importance.

\*

### Conclusion

1. Le plan de réadaptation a une importance capitale pour les conditions de vie en Suisse.
2. L'organe qui établit le plan doit travailler consciencieusement afin d'avoir suffisamment d'autorité.
3. Les organes qui appliquent le plan doivent observer une stricte discipline, même si des difficultés se présentent, car, à l'heure actuelle, ces difficultés sont aplanies en grande partie par l'AI.

## II. PROBLÈMES DE PLANIFICATION ET DE COORDINATION VUS PAR UNE COMMISSION AI

*par K. Detmers, président de la commission AI du canton de Vaud*

### Le rôle de l'office régional AI

Un principe qui ne découle pas directement de la loi, mais de son esprit, et qui a constamment été rappelé par les tribunaux est qu'avant l'octroi de toute rente, une commission AI doit examiner les possibilités éventuelles de réadaptation. C'est donc une question que la commission doit se poser d'office et, si une réadaptation professionnelle entre en ligne de compte, la commission doit requérir l'avis de l'office régional afin que, au moment de fixer le droit à la rente, il soit certain que les possibilités de réadaptation ont été épuisées. Il n'est donc pas exagéré de dire que l'instruction d'un dossier posant un problème de réadaptation professionnelle implique dès le début le concours de l'office régional. C'est ici le lieu de souligner que l'office régional étant un organe de l'assurance, celui-ci peut et doit être renseigné entièrement sur le compte de l'assuré, en particulier du point de vue médical, alors que la communication de certaines pièces du dossier, en original ou en photocopie, au centre qui applique la réadaptation professionnelle ne peut avoir lieu sans restriction.

Il arrive qu'un service social agisse au nom et pour le compte de l'invalidé et demande pour celui-ci des mesures de réadaptation professionnelle. Il importe

alors absolument de renseigner en détail le service social qui a provoqué le dépôt de la demande; en outre, il est le plus souvent indiqué d'associer ce service à la réadaptation professionnelle pour tout ce qui touche des questions familiales, matérielles et d'une manière générale, sociales.

Bien souvent, une histoire sociale ou anamnèse, un rapport sur les écoles suivies, des renseignements des médecins, des éducateurs et de toutes les personnes qui ont côtoyé le jeune invalide sont extrêmement précieux au moment où il s'agira d'établir un plan de réadaptation.

Or, il est arrivé et il arrive malheureusement encore que par suite d'une inadéquance ou de manque de coordination, une liaison fasse défaut entre la commission, en l'espèce son secrétariat, l'office régional et le service social mandaté. Les conséquences qui en résultent peuvent être extrêmement fâcheuses non seulement sur le plan interne et administratif, en raison des frais et des pertes de temps qu'elles occasionnent, mais encore et surtout à l'égard de l'invalide qui est parfois sollicité d'une manière contradictoire d'un côté ou de l'autre. Une étroite collaboration entre l'office régional et le service social mandaté est souvent le seul moyen d'obtenir une réadaptation complète et de faire admettre à l'invalide un certain nombre de modifications dans son genre de vie, voire dans ses habitudes de travail. Faute d'une telle collaboration, on risque de prendre des mesures allant en sens contraire et par là de provoquer un échec de la réadaptation.

*Les organes de l'assurance ont donc une obligation impérative de se renseigner mutuellement et de renseigner les organes qui collaborent à la réadaptation.* La notification de doubles des décisions prises aux services sociaux, voire aux médecins, peut prévenir souvent bien des mécomptes.

### **Le prononcé de la commission AI**

Un dossier entraînant l'application de mesures de réadaptation professionnelle doit faire l'objet d'une étude à tête reposée par les membres de la commission ou en tout cas par les spécialistes des questions de réadaptation. On évitera donc, en principe, de statuer sur de tels dossiers revenant de l'office régional sans une étude préalable à domicile, cas d'urgence absolue réservés.

Lors des délibérations en séance, malgré le genre des problèmes posés, il nous paraît que la discussion doit toujours avoir lieu dans l'ordre prévu par la loi pour le choix des spécialistes, à savoir: le médecin, le spécialiste de la réadaptation, celui de la formation professionnelle, l'assistant social et le juriste. Chez nous, le préavis écrit étant toujours requis de la part de chacun des membres avant la discussion, il n'est souvent pas nécessaire de procéder à un tour délibératif et pratiquement jamais nécessaire de voter. La discussion n'a lieu, en fait, que si des avis non concordants sont exprimés. L'avantage que nous voyons à cette solution est que chacun est lié par sa proposition: en cas d'échec, de recours au tribunal, de reprise du dossier, les responsabilités de chacun ressortent clairement et des conclusions peuvent être tirées pour le futur. En revanche, vis-à-vis de l'extérieur, les avis individuels ne sont jamais exprimés, en particulier pas devant l'autorité de recours.

Si le cas offre des difficultés particulières, il peut être utile de convoquer en séance un représentant de l'office régional pour débattre avec lui les points litigieux et éliminer, si possible, les divergences.

Il n'est pas rare que notre commission ait modifié sa première appréciation après avoir entendu l'avis verbal de l'office régional, et l'inverse se produit également. Nous demeurons, en revanche, convaincus qu'il n'est pas dans l'intérêt de la réadaptation de procéder à une confrontation, en séance, de l'office régional et de l'invalidé même lorsque ces deux parties font valoir des griefs réciproques.

Si la commission estime nécessaire d'entendre à la fois l'office régional et l'invalidé, elle doit procéder à des auditions séparées, l'expérience prouvant que la plupart des invalides sont déjà fortement impressionnés lorsqu'ils doivent comparaître devant une commission de cinq membres flanquée de son secrétaire.

### **La décision sur la réadaptation**

Cette décision doit intervenir aussi rapidement que possible, car le plus souvent l'invalidé attend. Toutefois, la précipitation n'est pas de mise. Mieux vaut prendre des précautions supplémentaires que d'engager des dépenses à tort ou de compromettre la confiance mise par l'invalidé dans l'assurance-invalidité. Dans les cas urgents, cependant, rien n'empêche que la réadaptation commence dès que la commission s'est prononcée, l'office régional étant renseigné par téléphone et autorisé à aller de l'avant. La confirmation écrite, sous forme de décision, rédigée par le secrétariat et notifiée par la caisse ultérieurement suivra dès que possible. L'expérience prouve toutefois qu'en vue d'assurer une bonne exécution des décisions, tout ordre téléphonique doit être confirmé par écrit, ne serait-ce que pour ménager les preuves en cas de recours.

### **L'exécution des mesures de réadaptation**

Dans ce domaine, nous pensons que des progrès peuvent encore être réalisés. Trop souvent, la commission prend connaissance de résultats positifs ou négatifs de la réadaptation professionnelle alors que celle-ci a été interrompue ou modifiée depuis plusieurs semaines, voire quelques mois. Ces retards sont fâcheux et provoquent parfois un surcroît de frais.

*Pour commencer par la commission, nous pensons que celle-ci, par conséquent son secrétariat, doit veiller à faire passer en priorité tout les rapports concernant des cas de réadaptation professionnelle en cours. Ceux-ci devraient être examinés par la commission dans les 10 jours au maximum dès leur arrivée. De même, l'office régional devrait se renseigner et renseigner la commission au fur et à mesure de l'évolution de la réadaptation et exiger que les centres appliquant les mesures adressent des rapports brefs, mais réguliers, sur l'évolution du cas. Peut-être obtiendrait-on plus de rapidité en prévoyant que le centre renseigne directement la commission compétente, en même temps qu'il renseigne l'office régional, quitte pour celui-ci à faire un rapport ultérieur si le besoin s'en fait sentir?*

Si l'évolution de la réadaptation nécessite des décisions complémentaires de la commission, on peut sérieusement se demander si l'ensemble des membres de celle-ci doit se prononcer ou seulement l'un ou l'autre. Dans certains cas, le secrétariat devrait pouvoir agir de lui-même, surtout lorsque la décision de base ne nécessite pas de modification.

### **Du refus de toute prestation (art. 10 et 31 LAI)**

Ces cas, où l'Office fédéral exerce directement un contrôle, sont relativement peu nombreux et posent parfois des problèmes difficiles ou douloureux. Je pense personnellement que c'est avec une grande circonspection que l'on doit utiliser l'arme du refus de toute prestation quand un invalide décline les offres de réadaptation professionnelle.

Avant d'appliquer des sanctions, il faut faire un examen de conscience et déterminer, avec l'aide du service appelé à collaborer à la réadaptation, les raisons pour lesquelles l'invalide refuse de s'y soumettre.

### **Les problèmes sociaux et familiaux dans la réadaptation**

Ces problèmes doivent être résolus, le plus souvent, par des services sociaux connaissant l'invalide de longue date. Nous songeons, en particulier, à la recherche d'un logement, aux mesures préliminaires en vue d'un déménagement, à l'obtention d'un bail, à l'accompagnement de l'invalide pour suivre un traitement médical ambulatoire, etc. On devrait arriver à délimiter d'une façon relativement claire les sphères réciproques d'activité et à éviter à l'avenir des doubles emplois ou des lacunes.

Les mêmes problèmes se rencontrent au moment du placement de l'invalide et de la surveillance de son activité depuis la prise d'un emploi. Nous pensons que la grosse surcharge des offices régionaux ne pourra être diminuée que moyennant l'appel de plus en plus fréquent à des services sociaux bien entraînés à une telle tâche et connaissant à fond les problèmes de l'AI. De plus, on devrait pouvoir réduire les frais et les pertes de temps en faisant des répartitions géographiques du travail.

### **Les retards et les échecs dans la réadaptation**

Les causes principales de ces retards et échecs sont les insuffisances dans l'état physique et psychique de l'invalide et dans la préparation psychologique de l'invalide et de sa famille, les tiraillements entre différents services s'occupant de l'invalide, les lenteurs de la procédure administrative et judiciaire. Ils peuvent provenir aussi d'un manque de coordination entre le côté professionnel. Le remède doit donc consister à améliorer l'information médicale de l'office régional, soit directement en recourant au praticien, soit par l'intermédiaire de la commission AI. De tels contacts manquent souvent aussi entre l'office régional et le service social qui a suivi le cas antérieurement, si bien que l'office ignore un certain nombre de défauts ou d'insuffisances chez l'invalide. Donc, en améliorant l'information de l'office régional, du point de vue social, on préviendra certains échecs.

On a critiqué souvent la manière dont divers services se sont occupés de la réadaptation. Pour y remédier, il ne suffit pas d'améliorer les rapports, il faut souvent renoncer à des satisfactions d'amour-propre. En outre, une coordination administrative améliorerait le traitement de certains cas. Nous songeons, en particulier, à la simplification des transmissions entre l'office régional et le secrétariat, ce qui est déjà réalisé dans une large mesure.

Enfin, les organes de l'AI doivent veiller à éviter le plus possible des décisions critiquables, et s'il y a recours, tout mettre en œuvre pour que le justiciable ne développe pas une psychose d'assurance. Des rapports étroits entretenus avec l'autorité de recours semblent propres à diminuer, d'une manière non négligeable, les risques d'échecs d'une réadaptation professionnelle en raison d'un recours pendant.

### III. L'INSTRUCTION, L'APPLICATION ET LA COORDINATION DES MESURES.

#### LE POINT DE VUE D'UN OFFICE RÉGIONAL AI

*par A. Stalder, gérant de l'office régional de Lausanne*

#### Au niveau de l'instruction du cas

Le technicien de la réadaptation professionnelle a la mission passionnante de trouver pour chaque assuré, dont l'état de santé le permet, la solution destinée à lui donner ou redonner, à maintenir ou améliorer sa capacité de gain.

La solution à dégager est fonction:

- d'une part, des aptitudes résiduelles du sujet;
- d'autre part, du diagnostic et du pronostic établis par le médecin traitant et par la commission AI. Ces deux derniers éléments ressortent avec plus ou moins de précision d'un document de base qui se trouve être le « questionnaire à remplir par le médecin ». Les investigations élémentaires devraient être faites systématiquement, à savoir:
  - une étude correcte et documentée des antécédents personnels et familiaux;
  - un examen biométrique;
  - un examen des organes sensoriels (vue et audition au minimum);
  - un examen corporel.

Seule la connaissance de ces renseignements permettrait de concevoir une réadaptation professionnelle. Cette nécessité d'avoir à disposition des informations médicales objectives et relativement étendues découle:

- d'une part, des *impératifs mêmes* de la réadaptation professionnelle voulue par le législateur;
- d'autre part, *d'un état de fait* qu'il convient de résumer en quelques points essentiels:

1. Le médecin, qui rédige le certificat médical, connaît mal ou très imparfaitement le monde industriel et les conditions de travail dans les différents métiers. Il est donc compréhensible que l'appréciation « leitmotiv » du médecin demeure: « Travail léger ».

2. Il n'y a pratiquement pas de médecin du travail en Suisse. Par conséquent, le médecin qui rédige un certificat médical ne s'exprime pas en termes de médecine du travail, mais dans le langage d'un thérapeute. Cela veut dire que le certificat médical n'est presque jamais rédigé en termes de limitations fonctionnelles et de contre-indications médicales dans une perspective de la réadaptation professionnelle.

3. Le médecin de la commission AI se trouve être, lui aussi, presque toujours, un thérapeute et non un médecin du travail. J'imagine quant à moi qu'il se trouve dans une position très délicate, étant donné qu'il n'a pas l'occasion de voir l'assuré, du moins dans la très grande majorité des cas.

4. Le technicien de la réadaptation professionnelle n'est pas médecin; c'est à lui néanmoins qu'est dévolue la tâche difficile d'exploiter le certificat médical. Que faire pour remédier à la défectuosité du système? Dans la pratique, l'office régional s'efforce d'agir sur deux plans:

— d'abord en mettant à la portée de son personnel technique des informations médicales adéquates;

— ensuite, en demandant aux commissions AI les éléments d'information médicale complémentaire qu'il juge nécessaires à la poursuite de ses tâches spécifiques.

\*

Une fiche médico-sociale serait particulièrement précieuse pour les enfants qui ont passé tout ou partie de leur vie dans une institution. Par là, j'entends un document dans lequel seraient notés tous les renseignements importants relatifs à la situation familiale de ces enfants, aux conditions qui ont motivé leur placement en institution, à leur état de santé, aux différents examens et contrôles médicaux qu'ils ont subis, à leur évolution sur les plans scolaire et affectif, etc.

Qu'on me permette de redire ici que la réadaptation professionnelle et sociale est un tout, qui ne saurait être divisé en secteurs cloisonnés. Or, le système en vigueur établit ce regrettable cloisonnement.

A mon sens, l'office régional devrait être obligatoirement consulté à l'échelon précédant le sien quand il s'agit de l'enseignement et des programmes scolaires, de même que de l'octroi des moyens auxiliaires au stade des mesures médicales de réadaptation.

#### **Au niveau de l'exécution des mesures de réadaptation professionnelle**

Ici, j'estime devoir mettre l'accent sur deux ordres de difficultés: la *sauvegarde du secret professionnel* et médical, d'une part, et l'absence quasi générale de *programmes de réadaptation professionnelle* adaptés, d'autre part.

Dès qu'un plan de réadaptation a été accepté par la commission AI compétente, il incombe à l'office régional d'en assurer l'exécution dans la pratique. Si les organes de l'AI doivent rendre leurs décisions dans les meilleures conditions, il est indispensable de leur fournir des renseignements sur la personnalité de l'assuré, ses aptitudes, sa capacité d'adaptation à des situations données, ses réactions éventuelles, les contre-indications médicales, les limitations fonctionnelles, etc. Ainsi donc, le voile du secret professionnel et médical est plus ou moins levé, si l'on veut que la réadaptation se déroule de la façon la plus conforme aux intérêts de l'assuré. La difficulté se présente lorsqu'on se demande à qui il faut communiquer ces informations confidentielles et lorsqu'on sait aussi que la très grande majorité des centres de réadaptation et des entreprises ne dispose pas d'un service médical. Il ne reste pratiquement plus qu'une seule possibilité: informer le directeur du centre de réadaptation ou le chef du personnel, s'il s'agit d'une entreprise. En ce qui concerne notre office régional, nous avons résolu ce problème en demandant à l'assuré une autorisation écrite grâce à laquelle nous pouvons communiquer les renseignements que nous jugeons indispensables en vue d'une bonne exécution des mesures de réadaptation.

\*

Malheureusement, de nombreuses institutions qui appliquent des mesures de réadaptation professionnelle n'ont guère modifié leur structure, leur conception et leurs méthodes dans le domaine de l'enseignement professionnel en six ans d'assurance-invalidité; souvent, on constate une absence flagrante de programmes de formation professionnelle comportant des progressions d'exercices gradués, adaptés aux invalides et comportant des phases bien marquées. Cette lacune est particulièrement sensible dans les institutions qui accueillent des débilés. Dans la plupart de ces institutions, ce sont encore les commandes que l'on sollicite auprès des entreprises privées qui font office de programme; or, les commandes devraient être recherchées en fonction du programme, comme c'est la règle dans les écoles professionnelles et dans un tout petit nombre de centres. Soulignons au passage qu'il existe encore l'une ou l'autre de ces institutions qui rétribue ou récompense ses moniteurs en fonction du chiffre d'affaires; ce sont là des conceptions périmées.

Constater l'absence de programmes de formation professionnelle, bien adaptés et ayant une bonne structure, c'est aussi mettre en évidence l'absence de méthodes pédagogiques et éducatives spécifiques.

### **Au niveau de la coordination des mesures de réadaptation professionnelle**

L'article 63 LAI prévoit, parmi les attributions de l'office régional, la coordination des mesures de réadaptation d'ordre professionnel. Je me bornerai à mettre l'accent sur trois ordres de faits:

*Premièrement*, j'estime qu'il entre dans les attributions de l'office régional d'étudier, sur mandat de la commission AI compétente, et bien évidemment en tenant compte des dispositions légales et réglementaires, toutes les mesures propres à assurer la réadaptation professionnelle de l'invalidé.

*Deuxièmement*, une bonne coordination des mesures de réadaptation est souvent rendue difficile par l'attitude sceptique, voire négative, de quelques services sociaux de l'aide publique ou privée aux invalides. Elaborer des projets d'avenir avec un invalidé ou les parents de celui-ci, avant que l'office régional ait pu procéder à un examen complet de ses possibilités réelles et potentielles, risque non seulement de créer des difficultés supplémentaires à un organe de l'AI fédérale, mais encore de troubler l'invalidé et sa famille.

*Troisièmement*, la coordination des mesures de réadaptation professionnelle est grevée d'une très lourde hypothèque, à savoir l'absence d'un contrôle médical adéquat, à l'échelon de la presque totalité des centres de réadaptation professionnelle et des employeurs qui forment et embauchent à leur service des assurés.

### Conclusions

Si l'on veut perfectionner le système de l'AI fédérale, afin d'améliorer les prestations aux assurés, il me paraît nécessaire de porter un effort tout particulier sur les éléments suivants:

1. Le certificat médical devrait être revu, de manière que l'on obtienne au moins la garantie qu'un examen médical sérieux et minutieux a été pratiqué.

2. Il faudrait exiger des institutions qui appliquent des mesures scolaires spéciales qu'elles constituent, pour chaque assuré, un dossier médico-social pouvant être consulté par l'office régional au moment de l'examen d'orientation professionnelle. Il faudrait aussi que ces mêmes institutions soient amenées à engager le dialogue et à maintenir une collaboration étroite et constante avec l'office régional.

3. L'OFAS devrait donner aux centres de réadaptation professionnelle des directives complètes et précises pour qu'ils soient dans l'obligation d'élaborer des programmes de formation professionnelle. Il leur serait alors possible de faire appel à du personnel qualifié.

4. Il faudrait aussi, dans l'intérêt des assurés et de l'AI, que le dialogue s'établisse ou se rétablisse au plan des commissions AI et des offices régionaux et qu'il se perfectionne là où il existe déjà. Ce dialogue permettrait d'aborder les problèmes que j'ai soulevés et d'autres encore sous leurs différents aspects, de dégager les bases d'une action concertée et efficace pour un perfectionnement des moyens servant à la réadaptation des invalides.

#### IV. EXPÉRIENCES D'UN CENTRE DE RÉADAPTATION EN MATIÈRE DE COLLABORATION AVEC L'AI

*par Rudolf Haller, directeur du Centre de travail pour handicapés,  
à Strengelbach AG*

Le centre de travail de Strengelbach a été ouvert en août 1962; c'est une fondation privée qui donne six cours de formation professionnelle pour handicapés physiques et mentaux et exploite un atelier d'occupation permanente. Il est organisé pour le travail industriel et collabore étroitement avec l'industrie. A l'heure actuelle, on y trouve 64 handicapés répartis dans les différents cours et 38 à l'atelier d'occupation permanente; 60 handicapés sont internes. Une maison d'habitation pour les grands invalides est en construction. Seuls peuvent être admis des invalides qui n'ont pas besoin de soins médicaux intensifs, car il n'y a pas de médecin permanent. Le centre de travail attache une importance particulière à la formation et au travail professionnels; il forme des mécaniciens et des aide-mécaniciens, des dessinateurs et des aide-dessinateurs, des manoeuvres pour l'industrie et des ouvrières pour le travail en série qui ne requiert pas de connaissances spéciales. Presque tous les handicapés sont des cas de l'AI. De tous ces invalides, qui viennent de presque tous les cantons, un quart environ sont normalement doués; les autres ne sont que faiblement doués et leur quotient d'intelligence peut descendre jusqu'à 25. On a pu jusqu'ici réadapter 138 invalides.

*Points de contact avec les organes de l'AI:* Pour tout ce qui touche aux subventions pour la construction, aux subventions pour les frais d'exploitation et aux conventions tarifaires, le centre est en rapport avec l'Office fédéral des assurances sociales; il a de rares contacts avec les secrétariats des commissions AI et les caisses de compensation et, en revanche, des relations fréquentes et suivies avec les offices régionaux AI.

*L'admission aux cours:* En règle générale, la première demande d'un assuré est transmise au centre par l'office régional AI compétent; la méthode la plus simple consiste, pour cet office, à lui remettre une copie de son rapport à la commission AI. Ainsi, il n'y a pas de temps perdu: le centre peut se prononcer sur une éventuelle admission pendant que la commission s'occupe du cas. Les rapports des offices régionaux AI sont en général complets et contiennent les indications dont le centre a besoin. Il y a lieu à l'occasion de réclamer des certificats médicaux ou des renseignements complémentaires à l'intention du médecin responsable de l'établissement, qui examine toutes les demandes. Ce qui ne ressort pas clairement des rapports et qui est certainement plus difficile à déterminer, ce sont les traits du caractère en général, et les aptitudes au travail en particulier.

Souvent, les handicapés ou leurs parents désirent une visite préalable; le centre, lui, propose fréquemment une journée d'essai en vue d'un premier examen. En outre, le centre organise une semaine d'essai pour la plupart des candidats au moins deux mois avant leur entrée définitive à l'établissement, si

celle-ci est jugée possible. Cette semaine d'essai doit permettre de juger si la formation professionnelle prévue est vraiment la bonne; avant tout, elle fournit des renseignements sur la conduite de l'invalidé au travail et au sein de la communauté. Elle se révèle trop courte dans de rares cas seulement. De toute façon, elle donne à l'invalidé l'occasion de voir par lui-même quelle est la formation professionnelle qu'on lui réserve et quel est le genre de vie au centre de réadaptation, bien avant qu'il y soit placé pour une période d'une certaine durée. Une fois la semaine d'essai terminée, le centre décide finalement lui-même s'il convient d'admettre l'invalidé, et choisit le genre de formation le plus approprié; il remet son rapport à l'office régional AI en présentant une proposition.

Les organes de l'AI ont heureusement toujours accepté sans difficulté le principe de la semaine d'essai. Dans des cas isolés, les parents ont confié au centre leurs enfants pour une semaine d'essai, à leurs frais, parce que l'AI avait refusé d'accorder une formation professionnelle.

*La formation professionnelle:* Le résultat de la semaine d'essai détermine l'affectation des handicapés à l'un des six cours prévus. Les trois cours les plus complets, destinés aux dessinateurs, mécaniciens et aide-mécaniciens, commencent au printemps et en automne; dans les trois autres cours, les nouveaux arrivants sont accueillis dès qu'il y a des places libres. La durée de la formation professionnelle varie entre quelques mois et deux ans; elle est en général d'une année. Le centre n'utilise pas toujours complètement le temps de stage accordé par la commission AI s'il est possible et justifié de réadapter l'invalidé plus tôt. En revanche, il propose une prolongation du stage lorsqu'il estime qu'elle est nécessaire et qu'elle a des chances de permettre une meilleure réadaptation. Comme le même tarif s'applique à tous les cours, il est possible de procéder à des transferts, sans conséquences administratives, pendant toute la durée de la formation professionnelle. Cette méthode s'est révélée efficace à plusieurs reprises déjà, surtout dans les cas-limite difficiles. De toute façon, la variété des cours et la facilité avec laquelle le centre s'adapte aux circonstances individuelles permettent d'arriver à une solution satisfaisante, même dans les cas les plus compliqués.

La surveillance de la formation professionnelle incombe aux offices régionaux AI. Cependant, les collaborateurs de ces offices ont rarement le temps de visiter de façon régulière des établissements comme celui de Strengelbach; ils ne se rendent sur place le plus souvent que si des faits particuliers se produisent.

Des difficultés de coordination ne surgissent que lorsque les parents ou les tuteurs ne sont pas d'accord avec le centre sur un point quelconque, lorsque les invalides ne veulent pas se conformer au règlement de l'établissement et font ensuite intervenir leurs proches ou les autorités, ou lorsqu'ils essaient de se soustraire aux efforts que nécessite la formation professionnelle. Le centre cherche à avoir le plus de contacts possible avec les parents, les tuteurs, les services sociaux, les entrepreneurs, etc., et envoie à cet effet de nombreuses invitations.

Le centre attache beaucoup d'importance, pendant toute la durée de la formation professionnelle, à l'éducation qui consiste à habituer les handicapés à vivre en communauté et à travailler de façon indépendante. Il héberge des invalides physiques et mentaux des deux sexes et de tous les âges à partir de seize ans; cela pose naturellement des problèmes, mais il s'agit en quelque sorte de les habituer aux difficultés que la réadaptation leur réservera tôt ou tard. Dans l'ensemble, on a enregistré plus de succès que d'échecs.

La plupart des invalides retournent chez eux en fin de semaine. Le rythme de cinq jours de travail alternant avec deux jours à la maison semble tout à fait approprié, car il contribue à créer une bonne atmosphère et, en outre, permet de réduire le personnel.

*La réadaptation:* Il faut, dès le début, songer au but principal vers lequel tendent tous les efforts, à savoir la réadaptation, non seulement du point de vue professionnel, mais aussi sur le plan social. Il s'agit donc d'établir un plan de réadaptation, de prévoir l'évolution de la situation et de coordonner les efforts, surtout chez les handicapés d'un certain âge qui sont reclassés dans une nouvelle profession, mais qui ont un domicile fixe et sont ainsi obligés de rester dans une région déterminée. Le centre a, dès le début, choisi soigneusement les emplois conjointement avec les offices régionaux AI, et l'expérience lui a appris à ne pas ménager sa peine afin de parvenir à un choix aussi judicieux que possible. La procédure suivante a été adoptée: l'office régional AI cherche, sur la base du rapport du centre, verbal ou écrit, des employeurs qualifiés qui soient prêts à examiner l'invalidé. Ensuite, le chef de cours compétent du centre fait visite à ces employeurs, souvent en compagnie d'un collaborateur de l'office régional AI, présente le candidat et se fait une idée du travail prévu, ainsi que de l'entourage, des conditions de travail et d'autres circonstances. Il donne aussi des renseignements complets sur l'invalidé à ses futurs supérieurs; si possible, il fait un essai sur-le-champ ou emporte du travail afin que l'invalidé puisse s'y exercer au centre. Cette méthode a donné de bons résultats dans la majorité des cas. Des enquêtes ultérieures régulières et, éventuellement, des visites peuvent aplanir les difficultés qui surgissent souvent à propos d'un emploi. Dans les cas où la réadaptation a échoué, on constate presque toujours que ce n'est pas la capacité de travail de l'invalidé qui est en cause, mais bien plutôt son comportement ou son caractère, parfois aussi l'entourage qui ne s'est pas montré assez compréhensif. C'est pourquoi il faut attacher encore plus d'importance à la formation du caractère en général et notamment à l'attitude au travail. En outre, le centre saisit toutes les occasions de renseigner les contremaîtres, les ouvriers et même le grand public sur son travail et de gagner chacun à la cause de la réadaptation des invalides, surtout de celle des débilés mentaux. On rencontre heureusement partout des gens qui font preuve d'une grande compréhension et sont bien disposés à l'égard des invalides; il en est d'autres, hélas! à qui on ne peut faire entendre raison, parce qu'ils semblent craindre une contagion de la débilité mentale.

*Expériences générales:* Si l'invalidé a une intelligence normale et montre suffisamment de bonne volonté, le reclassement est possible au bout d'un an

et demi à deux ans, une fois passé l'examen de fin d'apprentissage. Des handicapés moins doués, qui ne seraient pas capables de faire un apprentissage ordinaire, peuvent recevoir une bonne formation d'aide-mécanicien et être placés facilement, à condition que leur caractère soit supportable. Les débiles mentaux et même les mongoloïdes sont, à certaines conditions, aptes à être formés et réadaptés en vue de l'exécution de travaux en série faciles. Il faut relever à cet égard que ce sont les travaux industriels qui conviennent le mieux en l'occurrence.

Septante-cinq débiles mentaux ont été réadaptés depuis l'ouverture du centre. En revanche, dix handicapés sont encore à l'atelier d'occupation permanente, et la formation professionnelle de huit autres a dû être abandonnée. Tous n'ont pas eu auparavant une formation scolaire spéciale adéquate, tant s'en faut.

Les demandes qui affluent montrent que les établissements de formation professionnelle sont à même d'accueillir les invalides normalement doués, alors qu'au contraire la place manque pour les débiles mentaux. Si les organes de l'AI exploitaient toutes les possibilités en faveur de ces débiles, ce manque de place n'en serait que plus marqué. Il faut espérer que des centres de formation seront créés à leur intention dans d'autres régions du pays.

La combinaison d'un centre de formation professionnelle et d'un atelier d'occupation permanente s'est révélée très bonne. Il est facile d'accepter des commandes importantes, de les répartir dans les différents groupes et de donner aussi du travail à domicile. Les invalides que l'on n'a pas réussi à former pour l'instant peuvent faire un essai des différents travaux qui leur sont proposés. D'autres, dont la formation professionnelle est achevée, mais qui ne trouvent pas d'emploi, peuvent travailler temporairement dans l'atelier d'occupation permanente et, ainsi, n'en sont pas réduits à attendre qu'on les engage. Les handicapés qui fréquentent l'atelier ne sont pas ceux que l'on s'attendait à y voir; un quart d'entre eux seulement ont suivi les cours et près de la moitié viennent des environs immédiats du centre. Ce sont des personnes qui n'ont pas pu trouver du travail dans l'industrie à cause de leur invalidité et qui sont entrées souvent prématurément dans un home pour vieillards; elles gagnent maintenant 1 fr. 80 à l'heure en moyenne.

L'AI, avec les moyens dont elle dispose, représente une aide inappréciable pour beaucoup d'invalides. Un travail de formation professionnelle tel que celui du centre serait à peine imaginable sans l'AI. Cependant, l'expérience prouve que les prestations en argent, à elles seules, ne suffisent que rarement. Il faut, pour atteindre le but proposé, s'intéresser à son travail et se dévouer sans réserve, mais il est aussi nécessaire d'avoir des connaissances techniques approfondies et une certaine expérience des problèmes qui se posent dans l'industrie. Le contact direct avec les handicapés embellit le travail et le rend intéressant, mais souvent aussi pénible. La détresse des invalides doit être partagée; elle est particulièrement douloureuse pour ceux qui sont obligés d'attendre longtemps l'octroi de mesures de formation professionnelle ou d'indemnités journalières, simplement parce que leur dossier traîne quelque part. Il s'agit là d'exceptions,

fort heureusement, et l'on peut espérer que des cas semblables seront de plus en plus rares.

Le centre de Strengelbach s'efforce toujours de placer les intérêts humains au-dessus des considérations administratives; il ne se laisse rebuter ni par les efforts, ni par les changements que l'on exige de lui à tout instant. Il y voit au contraire une sorte de stimulant, car les tâches toujours nouvelles qui se présentent maintiennent sa vitalité en le protégeant de l'engourdissement, et ses collaborateurs les assument avec joie.

## **Les rapports entre l'assurance-invalidité et l'assurance-maladie**

On s'est demandé à plusieurs reprises déjà si le délai fixé à l'article 78, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI n'est réputé observé que lorsque la demande est déposée auprès d'un organe de l'AI, ou si la demande déposée par erreur auprès d'une caisse-maladie est juridiquement valable. L'Office fédéral des assurances sociales a adopté la règle suivante dans sa circulaire concernant le remboursement des frais des mesures de réadaptation dans l'AI, du 28 mai 1962: le délai est réputé observé lorsque l'assuré, faisant preuve d'une ignorance excusable, au lieu de déposer sa demande auprès d'un organe de l'AI, la dépose dans les trois mois (ancien règlement) après le début de l'application des mesures auprès de la CNA, de l'assurance militaire, d'une caisse-maladie ou d'une assurance privée. L'Office fédéral voulait ainsi remédier aux difficultés qui surgissent en cas de paiement après coup, en donnant une interprétation extensive à l'article 78, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI. Cependant, la jurisprudence a suivi d'autres voies. Le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a déjà statué que le délai de trois mois au sens de l'article 78, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI n'est observé que si la demande est déposée auprès d'un organe de l'AI (RCC 1962, p. 442). Les instructions de l'Office fédéral ont par conséquent été déclarées contraires à la loi et ont dû être remplacées par une règle conforme à la jurisprudence. L'article 78, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI, dans sa nouvelle teneur qui date du 10 juin 1963, a porté le délai de trois à six mois, ce qui représente un assouplissement de la loi. L'ordonnance III du 15 janvier 1965 sur l'assurance-maladie concernant les prestations des caisses-maladie et fédérations de réassurance a également contribué à préciser les rapports entre l'AI et l'assurance-maladie. Une solution complète du problème n'a cependant pas pu être trouvée parce que, pour y parvenir, il faudrait modifier la LAI.

Voilà pourquoi, dans certains cas, l'assurance-maladie se considère comme déliée de l'obligation de payer les soins médico-pharmaceutiques, alors que l'assuré ne peut plus faire valoir son droit aux prestations de l'AI, le délai étant expiré. C'est ce qui a incité l'Office fédéral à soumettre un nouveau cas au

TFA afin qu'il se prononce à son sujet. Le Tribunal a déclaré que — lorsqu'il est question de mesures médicales — l'assurance-maladie et l'AI visent au fond le même but social, à savoir épargner à l'assuré les frais occasionnés par le traitement d'une affection. On s'est alors demandé s'il ne serait pas indiqué, lorsque l'assuré dépose par erreur sa demande auprès d'une caisse-maladie, que l'AI prenne à sa charge les frais des mesures médicales déjà exécutées, sans même tenir compte des conditions fixées à l'article 78, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI.

Le TFA a rejeté cette idée (v. RCC 1966, p. 320). Aucune exception à l'article 78, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI n'est par conséquent admise, même dans les cas où l'assuré s'adresse en premier lieu à sa caisse-maladie. Le TFA estime en effet que c'est dans l'assurance-maladie (ordonnance III) qu'il faut chercher les dispositions protégeant l'assuré contre le refus des deux corps des assurances sociales. Selon l'interprétation donnée par le TFA, les caisses-maladie ne devraient refuser leurs prestations statutaires que lorsque l'assuré n'a pas donné suite à l'invitation à déposer sa demande auprès de l'AI. Si la caisse-maladie n'avise pas en temps utile l'assuré qu'il doit s'annoncer auprès de l'AI et si les prestations sont refusées par celle-ci parce que la demande a été déposée trop tard, c'est la caisse-maladie qui est tenue à prestations. En outre, les caisses-maladie sont provisoirement tenues à prestations et doivent s'exécuter, lorsque l'assuré donne suite à l'invitation qui lui est adressée, aussi longtemps que l'obligation pour l'AI de verser des prestations n'a pas été clairement établie.

La jurisprudence a donc montré la ligne de conduite qu'il faut suivre. Remarquons toutefois à ce propos que l'obligation de la caisse-maladie n'était nullement en cause en l'espèce, mais que le TFA a été incité à donner des éclaircissements sur ce point. La voie indiquée par le tribunal protège les droits des assurés; d'autre part, les caisses-maladie doivent obtenir des assurés qu'ils déposent leur demande, conforme aux prescriptions, en temps utile auprès de l'AI. Lors de la prochaine révision, il y aura lieu de se demander dans quelle mesure il convient d'améliorer et de compléter les prescriptions de l'AI et de l'assurance-maladie.

## **Les directives sur la perception des cotisations**

Les instructions administratives sur le droit matériel dans le domaine des cotisations sont réunies depuis longtemps dans deux brochures, à savoir la circulaire sur le salaire déterminant et les directives sur les cotisations des travailleurs indépendants et des non-actifs.

Les autres règles à suivre dans ce domaine étaient jusqu'ici dispersées dans un grand nombre de circulaires. Ces circulaires souvent très anciennes — celle qui porte le N<sup>o</sup> 10 date par exemple de 1948 — ne correspondent aujourd'

d'hui que dans une mesure limitée à la situation juridique créée par la pratique administrative et par la jurisprudence des tribunaux.

Dès le 1<sup>er</sup> juillet 1966, les directives sur la perception des cotisations remplaceront ces instructions éparses. Elles contiennent en principe toutes les instructions qui ne figurent pas déjà dans les deux recueils existants. Les règles qui y sont énoncées sont classées systématiquement et adaptées à l'état actuel du droit. Il en résulte que le lecteur y trouvera non seulement des instructions sur la perception des cotisations au sens étroit de ce terme, mais encore des règles en rapport seulement indirect avec cette perception. Il en va par exemple ainsi du chapitre sur les débiteurs de cotisations et sur la prescription. Il en découle également que les nouvelles directives ne présentent pas la même cohésion que les deux autres recueils sur les cotisations. Ces directives englobent en effet autant des règles du droit privé ou du droit des poursuites que des dispositions matérielles, formelles ou techniques de l'AVS. Elles se subdivisent en des chapitres qui touchent les débiteurs des cotisations, la procédure de perception, la réclamation des cotisations arriérées, la remise de cette réclamation, la restitution des cotisations indues, la prescription des créances de cotisations et du droit d'en réclamer restitution, enfin l'exécution forcée et la responsabilité de l'employeur.

Le premier chapitre, intitulé « *les débiteurs de cotisations* », traite avant tout de l'employeur. L'employeur (notion précisée jusqu'ici dans la circulaire sur le salaire déterminant) est, selon la jurisprudence, défini comme étant celui qui, dans le rapport de services, apparaît comme le partenaire envers lequel le salarié est subordonné, alors que la définition légale (art. 12, 1<sup>er</sup> al., LAVS) — savoir celui qui verse le salaire — vise uniquement le cas le plus fréquent (N<sup>os</sup> 1 et 2). Cette définition permet d'établir qui est réellement l'employeur dans les cas où c'est un tiers qui verse au salarié des prestations que ce tiers considère comme des salaires (N<sup>os</sup> 3 et 4). La détermination de l'employeur est également rendue plus aisée par l'énoncé de quelques états de fait que l'on rencontre assez souvent dans la pratique (N<sup>os</sup> 7 et suivants). Viennent ensuite les instructions sur la manière de déterminer l'employeur dans les rapports de services à plusieurs échelons; cet objet n'était traité que fort sommairement dans la circulaire sur le salaire déterminant.

La convention de Vienne sur les relations diplomatiques, conclue le 18 avril 1961, et les modifications apportées à l'usage établi par le droit des gens tel qu'il est admis par la Suisse, ont pour effet d'obliger dans certains cas les missions diplomatiques et le personnel diplomatique à verser des cotisations d'employeur. Ladite obligation leur incombe pour certaines catégories de salariés qui, en vertu de cette nouvelle réglementation du droit des gens, sont désormais considérées comme soumises à l'assurance obligatoire. De nouvelles instructions dans ce domaine sont devenues nécessaires; elles ne figurent pas dans les directives, mais feront l'objet d'une circulaire spéciale.

Les sections suivantes de ce chapitre résument les instructions concernant le salarié (N<sup>os</sup> 37 et suivants), en particulier son obligation de payer les cotisations et le statut du salarié dont l'employeur n'est pas soumis à cotisations. Elles abordent aussi un domaine qui n'a pas encore fait jusqu'ici l'objet d'une

réglementation, à savoir celui du transfert contractuel ou successoral de la dette de cotisations (N<sup>os</sup> 54 et suivants).

Le deuxième chapitre règle la *procédure en matière de perception des cotisations*, en mettant l'accent sur les cotisations paritaires. Il est question tout d'abord de la perception de la cotisation du salarié par l'employeur (N<sup>os</sup> 67 et suivants), y compris la convention de salaire net et l'obligation de verser des cotisations aux caisses de compensation (N<sup>os</sup> 77 et suivants). Les directives s'en tiennent à cet égard à l'opinion exprimée par le TFA en jurisprudence constante, selon laquelle le salarié est certes débiteur de sa part, mais n'est en général pas tenu de verser lui-même celle-ci à la caisse de compensation (N<sup>o</sup> 68). L'employeur est en principe débiteur à l'égard de la caisse non seulement de sa propre cotisation, mais aussi de celle du salarié (N<sup>o</sup> 78).

Les dispositions réglementaires sur le décompte des cotisations apparaissaient dépassées par l'évolution survenue depuis le moment où elles furent édictées. C'est la raison pour laquelle, lors de la dernière révision, les articles 34 et 35 RAVS ont été remaniés et les articles 8 bis, 3<sup>e</sup> alinéa, et 143 RAVS modifiés en conséquence; l'article 137 RAVS a pu être abrogé. Les nouvelles prescriptions précisent les diverses notions qui ont cours en la matière et consacrent juridiquement les systèmes de décompte utilisés à l'heure actuelle et qui ont fait leurs preuves dans la pratique. Les directives exposent en détail cette réglementation dans un chapitre relatif à la procédure ordinaire en matière de règlement des paiements et des comptes (N<sup>os</sup> 83 et suivants). Elles précisent ce qu'il faut entendre par paiement des cotisations, décompte des cotisations, périodes de paiement et du relevé de compte, genres et formes de décompte. Il y a lieu de relever que ces instructions donnent pour la première fois une explication claire et complète de l'expression « décompte des cotisations ». Le décompte comprend deux éléments: d'une part les indications concernant les paiements, c'est-à-dire les indications dont la caisse de compensation a besoin pour comptabiliser un paiement de façon correcte (N<sup>o</sup> 93); d'autre part, les indications qui sont nécessaires à l'inscription des cotisations au CIC des divers salariés (N<sup>o</sup> 94). En outre, les particularités de la procédure en matière de règlement des paiements et des comptes dans les rapports de services à plusieurs échelons sont exposées (N<sup>os</sup> 110 et suivants), notamment lorsqu'il s'agit des cas mentionnés à l'article 36 RAVS, où il n'incombe pas à l'employeur, mais à un intermédiaire, de verser les cotisations d'employeur. De plus, les états de fait auxquels cette procédure spéciale est applicable sont clairement définis.

Il convient de signaler une nouveauté dans le chapitre consacré à la renonciation au prélèvement des cotisations sur les gains minimes et occasionnels provenant d'une activité accessoire (N<sup>os</sup> 139 et suivants). Jusqu'à présent, les gains minimes ne pouvaient pas, lorsqu'ils constituaient l'unique revenu d'une ménagère, être exceptés du prélèvement des cotisations. Les nouvelles instructions autorisent maintenant cette renonciation dans ce cas particulier, comme l'article 8, 2<sup>e</sup> alinéa, LAVS l'admet pour le revenu de la ménagère provenant d'une activité indépendante exercée à titre accessoire, si ce revenu est inférieur à 600 francs par an.

Le troisième chapitre commente la *réclamation des cotisations arriérées, la remise des cotisations arriérées et la restitution des cotisations.*

Les cotisations dues mais non versées doivent être réclamées par la caisse de compensation. Pour les cotisations paritaires, la dette de cotisations n'existe que si les prestations à soumettre font partie du salaire déterminant. La situation n'est pas aussi simple lorsqu'il est question de cotisations perçues sur le revenu d'une activité indépendante. En effet, celles-ci sont fixées sur la base de la taxation fiscale, et la communication fiscale a force obligatoire pour les caisses de compensation. Si la caisse établit que les cotisations dues sont supérieures au montant indiqué dans la communication fiscale, elle ne peut réclamer les cotisations arriérées qu'à des conditions clairement déterminées. La révision des articles 22 à 26 RAVS a accru l'importance de la réclamation des cotisations arriérées. En effet, selon le nouvel article 25, 3<sup>e</sup> alinéa, les caisses de compensation sont en principe tenues d'adapter ultérieurement leurs propres estimations à la taxation fiscale et de réclamer les cotisations qui auraient dû être perçues. Les conditions à remplir pour pouvoir réclamer les cotisations arriérées sont énumérées dans les directives — révisées — sur les cotisations des travailleurs indépendants et des non-actifs, directives qui entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 1966.

La réclamation des cotisations arriérées provenant du revenu d'une activité indépendante ne se heurte pas seulement à des obstacles de droit matériel; elle peut aussi être contrecarrée par l'existence d'une décision passée en force. Dans ce cas, la réclamation n'est possible que si les conditions requises pour que la caisse puisse revenir sur une décision passée en force sont remplies. Les directives renvoient à cet égard à la circulaire sur le contentieux, valable dès le 1<sup>er</sup> octobre 1964 (N<sup>o</sup> 164).

Les directives traitent, selon les règles générales applicables à la réclamation des cotisations arriérées, divers cas spéciaux où le statut de l'assuré change (N<sup>os</sup> 179 et suivants), c'est-à-dire le cas où il apparaît ultérieurement qu'un revenu n'a pas été correctement qualifié, ou encore le cas de l'assuré considéré à tort comme non-actif, ou enfin celui, inverse, du non-actif tenu à tort pour un assuré actif. Cette réglementation se fonde sur la jurisprudence. La réclamation est abandonnée lorsque les cotisations en jeu sont minimales (N<sup>o</sup> 187). Ce faisant, l'autorité s'accommode du fait que l'assuré — en tant que travailleur indépendant — a payé la cotisation totale alors qu'il aurait dû, en toute justice, verser seulement la cotisation du salarié (N<sup>o</sup> 188). Il est vrai, cependant, que l'assuré pouvait sauvegarder ses intérêts en formant recours contre la décision de cotisations personnelles.

Il est question ensuite de la remise des cotisations arriérées (N<sup>os</sup> 196 et suivants). Celle-ci ne vaut que pour les cotisations paritaires, car les autres cotisations peuvent être uniquement réduites et non pas remises. Ces règles sont à vrai dire sans grande importance pratique; en effet, très rares sont les cas où l'employeur peut déclarer en toute bonne foi qu'il ne doit pas les cotisations — une des conditions de la remise — lorsqu'on songe aux sévères exigences auxquelles le tribunal soumet cette condition.

Revelons à propos du chapitre consacré à la restitution des cotisations (N<sup>os</sup> 129 et suivants) que les cotisations perçues en trop doivent être restituées non seulement sur demande, mais aussi d'office. Cependant, cela ne doit se produire que lorsque la caisse de compensation peut établir avec certitude et sans aucune hésitation que les cotisations versées n'étaient pas dues (N<sup>os</sup> 220, 229).

Le quatrième chapitre a pour objet la *prescription de la dette de cotisations et du droit de demander la restitution des cotisations indues*. Elle s'ouvre sur une description de la nature juridique de la prescription et fait ressortir les conséquences de cette dernière (N<sup>o</sup> 233). Les divers genres de prescription sont ensuite passés en revue. A cet égard, il faut tout d'abord distinguer entre la prescription de la dette de cotisations (N<sup>o</sup> 239) et celle du droit à la restitution des cotisations indues (N<sup>os</sup> 287 et suivants); il convient de distinguer enfin la prescription du droit de fixer les cotisations et celle du droit de recouvrer les cotisations. Font l'objet d'une étude approfondie le cours du délai de prescription et, en particulier, les états de fait où la loi s'écarte de la règle, c'est-à-dire ceux où le délai quinquennal de prescription commence à courir plus tard (N<sup>o</sup> 243) ou peut dépasser cinq ans (N<sup>os</sup> 244 et suivants), ainsi que ceux où le délai cesse de courir (N<sup>os</sup> 270 et suivants) ou va au-delà de son cours normal (N<sup>os</sup> 277 et suivants). Mentionnons en outre la possibilité admise par la jurisprudence de rectifier une décision, après le délai de cinq ans, si cela n'entraîne qu'une diminution du montant des cotisations (N<sup>os</sup> 257 et suivants).

Le cinquième chapitre, qui concerne *l'exécution forcée de la dette de cotisations*, commente les dispositions du droit AVS, du droit pénal et du droit de poursuite qui sont déterminantes en matières de recouvrement des cotisations. Le chapitre aborde en premier lieu les institutions proprement dites de l'AVS — sommation, taxation d'office, sursis au paiement, amendes disciplinaires (N<sup>os</sup> 296 et suivants), puis énumère les pénalités (N<sup>os</sup> 373 et suivants). Ce même chapitre considère ensuite le problème de l'exécution forcée des créances des caisses visant au paiement d'une somme d'argent (N<sup>os</sup> 393 et suivants). Il aborde enfin les conséquences juridiques de la poursuite infructueuse et l'amortissement des créances irrécouvrables (N<sup>os</sup> 462 et suivants).

La procédure prévue à l'article 38 RAVS ne s'applique pas seulement à l'employeur qui ne paie pas les cotisations; elle s'applique aussi à celui qui les paie mais qui — malgré une sommation — ne fournit pas les décomptes AVS (N<sup>os</sup> 342 et suivants). La caisse de compensation est alors tenue de recueillir sur place les indications qui sont nécessaires au décompte des cotisations (N<sup>os</sup> 93 et suivants). Lorsque les cotisations sont payées, il n'y a pas lieu de rendre une décision de taxation (N<sup>o</sup> 323); il suffit de communiquer le résultat de l'examen à l'employeur. L'incertitude qui régnait jusqu'ici dans la pratique administrative quant à la manière de procéder lorsque le décompte faisait défaut est ainsi supprimée: en ce cas, la sommation est envoyée conformément à l'article 37, 2<sup>e</sup> alinéa, RAVS — et non selon l'article 205 RAVS.

Les instructions nouvelles précisent également comment il y a lieu de déterminer les cotisations à taxer d'office (N<sup>os</sup> 326 et suivants). Il faut en principe

réclamer les cotisations qui correspondent aux salaires effectivement versés. L'employeur qui a négligé de verser des cotisations ne doit pas être condamné à payer un montant trop élevé; d'autre part, le salarié ne doit être crédité que des cotisations qui correspondent réellement à son salaire. Dans les cas où les cotisations ne peuvent pas être calculées de façon exacte, les caisses de compensation sont tenues de procéder aux recherches nécessaires afin d'arriver à une estimation qui se rapproche le plus possible du montant des cotisations effectivement dues. C'est pourquoi le N° 339 précise que les caisses de compensation doivent revoir les taxations d'office, même passées en force, si celles-ci se révèlent inexactes.

On s'est demandé, lors de l'élaboration du chapitre sur l'exécution forcée, dans quelle mesure il fallait tenir compte du droit de la poursuite pour dettes et la faillite. Une limitation s'imposait. Les directives dégagent brièvement les grandes lignes des deux procédures et insistent sur les points qui sont importants pour l'exécution forcée des cotisations AVS/AI/APG. Les commentaires sur l'exécution forcée se divisent en cinq sous-titres: généralités, la poursuite pour dettes, la faillite, le concordat et l'acte de défaut de biens.

Le sixième chapitre, enfin, a trait à la *responsabilité de l'employeur*. Il s'agit là d'un domaine qui n'a guère d'importance dans la pratique administrative et pour lequel il n'existe qu'une jurisprudence de principe, limitée à deux arrêts du TFA. Il faut souligner la nouvelle disposition de l'article 138, 2<sup>e</sup> alinéa, RAVS, d'après laquelle les cotisations qui correspondent aux dédommagements versés par l'employeur doivent être inscrites au CIC du salarié (N° 487). Ainsi, des cotisations prescrites peuvent être portées au crédit de l'assuré.

Il ressort du septième et dernier chapitre, qui se rapporte à l'*entrée en vigueur des présentes directives*, que celles-ci ont abrogé douze circulaires.

## **La notion du domicile déterminante pour les prestations complémentaires à l'AVS/AI<sup>1</sup>**

### **Le domicile de droit civil**

1. Le domicile a une fonction double dans la législation sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI: il est d'une part une condition du droit aux prestations, et d'autre part un critère pour délimiter entre les cantons l'obligation

<sup>1</sup> Extrait du Bulletin des PC n° 1. D'autres communications paraissent sous la rubrique « Problèmes d'application ».

de verser des prestations. C'est pourquoi tous les cantons statuent dans leurs dispositions légales qu'une prestation complémentaire ne peut être accordée que si l'intéressé est « domicilié » dans le canton. Il importe que tous les cantons interprètent de la même façon la notion de domicile, autant du moins que la question du domicile se pose entre deux ou plusieurs cantons.

2. Il faut se fonder en principe sur la notion de domicile au sens du code civil (art. 23-26 CCS). Ce domicile se trouve au lieu où la personne réside avec l'intention de s'y établir et comprend donc deux éléments constitutifs essentiels: la volonté de s'établir en un lieu donné et l'exécution de cette volonté. Comme indices — mais seulement en tant que tels — révélant la constitution d'un domicile volontaire ou indépendant peuvent par exemple être considérés: l'octroi d'un permis d'établissement, l'acceptation sans réserve de la souveraineté fiscale, l'enregistrement au contrôle des habitants, l'abandon effectif du logement détenu à l'ancien domicile, la conclusion d'un bail, le fait de s'annoncer à la police, le dépôt des papiers, l'attribution d'un numéro de téléphone.

3. Est important le fait que chacun ne peut avoir qu'un *seul* domicile. La création d'un nouveau domicile supprime l'ancien; ce dernier subsiste jusqu'à ce que le nouveau domicile soit créé.

4. Pour les personnes qui ont un domicile légal ou dépendant (les femmes mariées, les enfants sous puissance paternelle et les interdits), il faut tenir compte de ce qui suit:

— Pour les *femmes mariées*, v. chapitre ci-après « Epoux vivant séparés ».

— *L'enfant sous puissance paternelle* a son domicile légal au domicile de ses père et mère (art. 25, 1<sup>er</sup> al., CCS); si ses parents sont divorcés ou séparés de corps, l'enfant mineur a son domicile légal au domicile de celui des parents à qui la puissance paternelle a été confiée par le juge. Même lors du retrait du droit de garde (mais non dans le cas où la déchéance de la puissance paternelle a été prononcée) l'enfant continue à être domicilié chez le détenteur de la puissance paternelle. L'enfant mineur ne peut en outre avoir un domicile distinct de celui de ses parents que dans la mesure où, par son travail hors de sa famille ou par la profession ou l'industrie qu'il exerce, il se crée une existence économique propre.

— *L'interdit*, majeur ou mineur, pourvu d'un tuteur, a son domicile légal au siège de l'autorité tutélaire (art. 25, 1<sup>er</sup> al., CCS). Toutefois, cette règle ne s'applique pas aux personnes qui sont simplement sous curatelle ou pourvues d'un conseil légal.

### **Réglementations cantonales dérogant à la notion de droit civil**

Plusieurs lois cantonales contiennent, par exemple pour les personnes hospitalisées ou pour des conjoints et membres de famille vivant séparés, leurs propres prescriptions concernant la compétence des communes pour contribuer

au financement des prestations complémentaires, prescriptions qui dérogent à la notion de domicile du droit civil. C'est ainsi que le canton peut statuer que lorsqu'une personne ayant droit à des prestations complémentaires séjourne dans un établissement du canton et avait déjà son domicile dans ce canton avant son entrée à l'établissement, la commune dans laquelle elle était domiciliée jusqu'alors continue à être sa commune de domicile.

De telles dispositions dérogeant à la notion de domicile du droit civil ne sont cependant plus applicables dès que la question du domicile se pose entre deux ou plusieurs cantons.

### **Procédure dans des cas de doute**

Dans la plupart des cas, le domicile peut être déterminé sans difficulté. Dans des cas douteux, en particulier lorsque l'organe d'exécution refuse le droit à la prestation en faisant valoir que le domicile fait défaut dans le canton, ce seront les autorités judiciaires qui devront, en définitive, trancher la question du domicile.

Si le domicile d'un ayant droit est douteux entre deux ou plusieurs cantons, il appartient en premier lieu aux administrations cantonales intéressées d'essayer d'arriver à un arrangement. Si cela n'est pas possible, l'un des organes d'exécution intéressés ou l'ayant droit peut faire appel à l'Office fédéral des assurances sociales pour que celui-ci, conformément à l'article 24, 1<sup>er</sup> alinéa, OPC, invite le canton de domicile présumé à fixer et à verser, selon sa législation, la prestation complémentaire revenant au requérant.

### **Epoux vivant séparés**

1. La question du domicile d'époux vivant séparés dans des cantons différents n'a d'importance que si les *deux* époux ont droit à une rente. Il en va ainsi en règle générale dans les cas où c'est une rente pour couple qui est versée ou lorsque les deux conjoints ont droit à une rente simple de vieillesse ou d'invalidité (l'une ordinaire, l'autre extraordinaire). Si un seul des conjoints reçoit une rente de l'AVS ou de l'AI (avec ou sans rente complémentaire pour l'autre conjoint), ou une allocation pour impotent, le canton du domicile du conjoint qui a droit à la rente est seul compétent pour le calcul et le versement de la prestation complémentaire, même si le calcul s'effectue en fonction des limites de revenu pour couples et du revenu déterminant des deux époux.

Il est clair cependant que le calcul commun de la prestation complémentaire n'en exclut nullement le versement séparé. Avec raison, la plupart des cantons s'en tiennent, à ce sujet, aux règles de l'AVS concernant le versement des rentes.

2. En ce qui concerne les *couples*, il faut partir du principe que, de par la loi (art. 25, 1<sup>er</sup> al., CCS), *est considéré comme domicile de la femme mariée*

*celui du mari*, même lorsque la femme n'y vit pas effectivement. Toutefois, ce principe souffre certaines exceptions (art. 25, 2<sup>e</sup> al., CCS):

— Si le *domicile du mari* est inconnu, la femme mariée est autorisée à créer un propre domicile. Etant donné que, dans un tel cas, la situation économique de l'autre conjoint est bien entendu également inconnue, le calcul de la prestation complémentaire s'effectue en fonction de la limite de revenu prévue pour une personne seule.

— De plus, a le droit d'avoir un *domicile personnel* l'épouse qui, par jugement, par des mesures provisoires que le juge a ordonnées dans une procédure en instance de divorce ou de séparation de corps (art. 145 CCS), ou à titre de mesure protectrice de l'union conjugale (art. 169 CCS), est autorisée par le juge à vivre séparée.

Chacun des époux a le droit, après l'introduction d'une demande en divorce ou en séparation de corps, de cesser la vie commune pendant la durée du procès et de créer, sans l'autorisation du juge, un propre domicile (art. 170, 2<sup>e</sup> al., CCS).

Dans tous ces cas, on peut admettre — toujours sous réserve de la jurisprudence — que les époux ont chacun un domicile personnel, lorsque celui-ci est invoqué par les époux.

— Enfin, le conjoint est autorisé à vivre séparé de corps et à créer son propre domicile si sa santé, sa réputation, ou la prospérité de ses affaires sont gravement menacées par la vie en commun (art. 170, 1<sup>er</sup> al., CCS). Si la séparation de fait a duré au minimum une année sans interruption et persistera vraisemblablement et si le conjoint a fait valoir un ou plusieurs motifs qualifiés pour la séparation de corps et pour la création d'un propre domicile, on peut conclure — sous réserve de la jurisprudence — à un domicile séparé des époux.

### **Domicile pour les personnes séjournant dans des établissements**

Le fait d'être placé dans un établissement (établissement d'éducation, hospice, hôpital, etc.) ne constitue pas le domicile (art. 26 CCS). Par placement, on entend que le lieu du séjour est déterminé par un tiers et non par la volonté de celui qui effectue le séjour. La personne placée conserve donc son ancien domicile. Tel est aussi le cas lorsqu'elle est d'accord avec le placement et qu'elle déclare son intention de demeurer dans l'établissement. Cependant, la création d'un propre domicile à l'endroit de l'établissement n'est pas absolument exclue, mais elle exige des preuves strictes: dissolution des liens avec le précédent lieu de domicile, création d'un nouveau centre d'activité et de relations personnelles au lieu du siège de l'établissement.

Les personnes qui, de leur propre volonté, se rendent dans un établissement créent à cet endroit un nouveau domicile, lorsqu'elles y séjournent avec l'intention d'y demeurer.

La création du domicile dans le sens du droit civil au lieu où se trouve l'établissement peut avoir des conséquences financières non négligeables pour les communes, dans lesquelles des établissements ont leur siège, si elles doivent participer au financement des prestations complémentaires versées aux pensionnaires. Il appartient au canton de régler la participation financière des communes aux dépenses, de telle sorte qu'il n'en résulte aucune charge excessive pour les communes ayant des établissements sur leur territoire.

### **Les bénéficiaires de rentes qui séjournent successivement dans des endroits différents**

Il s'agit là le plus souvent de veufs ou de veuves qui passent alternativement quelque temps chez un fils ou chez une fille, pour aller ensuite séjournier chez un autre enfant. Ces personnes disposent en général — la plupart du temps, à l'endroit où elles ont vécu en dernier lieu avec leur conjoint — d'un petit appartement ou d'une chambre où se trouvent leurs meubles et leurs effets personnels et où elles reviennent toujours (« pied-à-terre »). A cet endroit se trouve aussi généralement le centre principal de leur activité et de leurs relations personnelles, de sorte que c'est là aussi que se situe leur domicile de droit civil.

Si de telles personnes ne disposent plus d'un appartement ou d'une chambre parce qu'elles ont distribué, vendu ou mis en dépôt leur mobilier et qu'elles ne possèdent donc plus de pied-à-terre, elles continuent — de par la loi (art. 24, 1<sup>er</sup> al., CCS) — à être domiciliées à leur dernier domicile jusqu'à ce qu'elles en aient créé un nouveau. Si toutefois l'existence d'un domicile antérieur ne peut être établie ou lorsque le domicile antérieur se trouvait à l'étranger, c'est le lieu de résidence qui est considéré comme domicile (art. 24, 2<sup>e</sup> al., CCS).

## **Problèmes d'application de l'AVS**

### **Indemnités personnelles versées aux joueurs de football**

Un certain nombre de clubs de football des ligues supérieures versent, en plus de l'indemnité de transfert qui échoit au club cédant, des indemnités personnelles aux joueurs qui viennent d'un autre club. Les prestations peuvent être uniques ou, comme cela se voit de plus en plus fréquemment, revêtir la forme d'une indemnité mensuelle fixe. Le club cessionnaire peut en outre être amené

à verser lesdites prestations non seulement aux nouveaux joueurs, mais aussi à ceux qui furent toujours les siens. Dans les deux cas, les indemnités personnelles font partie du salaire déterminant, de même que les primes. Les clubs de football sont tenus d'acquitter les cotisations paritaires et de régler les comptes pour ces primes avec la caisse de compensation compétente.

## INFORMATIONS

### Interventions parlementaires traitées

Question écrite  
Heil, du 10 mars 1966

Le Conseil fédéral a donné la réponse suivante à la question Heil (cf. RCC 1966, p. 238) en date du 31 mai 1966:

« Selon les dispositions en vigueur, l'AI ne peut allouer des subventions supérieures au tiers des frais pris en considération pour la construction et l'agrandissement de centres de réadaptation, d'établissements, d'ateliers d'occupation permanente pour invalides et de homes pour invalides, que s'il existe un intérêt majeur à la réalisation du projet. Conformément à ces dispositions et pour rattraper un retard certain, des subventions supérieures au tiers ont été accordées surtout pour la construction de homes destinés à des mineurs aptes à recevoir une formation pratique ou handicapés physiquement. Il en fut de même pour les centres de réadaptation offrant des possibilités nouvelles de réadaptation à un grand nombre d'invalides, grâce à des méthodes de formation et de traitement inédites et prometteuses.

Une enquête effectuée à fin 1965 permet de constater que, depuis l'introduction de l'AI, les possibilités d'application de mesures de réadaptation se sont nettement améliorées sur le plan suisse. Il subsiste toutefois un certain besoin de rattrapage sur le plan local ou régional. Sur la base des travaux préparatoires — qui seront terminés prochainement — de la commission fédérale d'experts pour la révision de l'AI, le Conseil fédéral examinera si les lacunes encore existantes peuvent être comblées par un assouplissement des critères actuellement en vigueur pour l'octroi de subventions à la construction supérieures au tiers des frais considérés. »

- Prestations complémentaires dans le canton d'Unterwald-le-Haut** Par 3823 oui contre 388 non, le souverain du canton d'Unterwald-le-Haut a, les 14 et 15 mai 1966, accepté la loi cantonale sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI. Cette loi, qui ne contient que les prescriptions les plus importantes, entrera en vigueur avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 1966, après avoir été approuvée par le Conseil fédéral. Le règlement d'exécution relatif à cette loi, promulgué le 24 mars 1966 par le « Kantonsrat », fixe les limites de revenu aux montants maximums de la loi fédérale. De plus, le montant global déductible du revenu provenant de l'exercice d'une activité lucrative, ainsi que du montant annuel des rentes et pensions, y est porté aux maximums de 480 et 800 francs. Enfin, une déduction pour frais de loyer est admise conformément à l'article 4, lettre c, de la loi fédérale.
- Allocations familiales dans le canton de Neuchâtel** Par arrêté du 6 mai 1966, le Conseil d'Etat a relevé de 30 à 35 francs, par mois et par enfant, le taux minimum de l'allocation pour enfant. Cette modification prendra effet le 1<sup>er</sup> juillet 1966.
- Allocations familiales aux travailleurs agricoles et aux petits paysans** Le recueil des dispositions, des barèmes et du commentaire concernant les allocations familiales aux travailleurs agricoles et aux petits paysans vient d'être réédité. Il est en vente au prix de 2 fr. 60 à la Centrale fédérale des imprimés et du matériel, 3003 Berne.
- Répertoire d'adresses AVS/AI/APG** Page 8, caisse 21, Tessin  
Page 24, commission AI du Tessin  
Page 25, Office régional AI de Bellinzone  
Nouvelle adresse: 6501 Bellinzone, Viale Officina 6  
Nouveau numéro de téléphone: (092) 5 66 33.
- Errata RCC mai** Aux pages 227 à 231, ajouter les sous-titres suivants:  
p. 227, après le 2<sup>e</sup> alinéa: *Vue d'ensemble. Tableau 1;*  
p. 230, haut de la page: *Rentes AVS. Tableau 2;*  
p. 230, après le 4<sup>e</sup> alinéa: *Rentes AI. Tableau 3;*  
p. 231, entre les deux alinéas: *Moyenne des rentes versées, par bénéficiaire. Tableau 4.*