



OFFICE FÉDÉRAL DES ASSURANCES SOCIALES

RCC

Revue à l'intention des caisses de compensation de l'AVS
et de leurs agences (communales),
des commissions AI et des offices régionaux AI,
ainsi que des autres agents d'exécution de l'assurance-vieillesse
et survivants,
de l'assurance-invalidité,
des allocations aux militaires pour perte de gain,
des allocations familiales et de l'aide à la vieillesse,
aux survivants et aux invalides

ANNÉE 1964

Abréviations

ACF	Arrêté du Conseil fédéral
AI	Assurance-invalidité
AIN	Arrêté fédéral concernant la perception d'un impôt pour la défense nationale
AM	Assurance militaire
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
CPS	Code pénal suisse
DO	Decreto federale concernente l'organizzazione e la procedura del TFA
FF	Feuille fédérale
IDN	Impôt pour la défense nationale
INSAI	Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni
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
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
OR	Ordonnance sur le remboursement aux étrangers et aux apatrides des cotisations versées à l'AVS
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 officiel des lois et ordonnances
RS	Recueil systématique des lois et ordonnances
TFA	Tribunal fédéral des assurances



No 1 Janvier 1964

**AVS
AI
APG**

**Assurance-vieillesse
et survivants**

Assurance-invalidité

**Allocations aux militaires
pour perte de gain**

RCC

Revue à l'intention
des caisses de compensation de l'AVS et de leurs
agences (communales),
des commissions AI et des offices régionaux AI,
ainsi que des autres agents d'exécution
de l'assurance-vieillesse et survivants,
de l'assurance-invalidité, des allocations aux militaires
pour perte de gain, des allocations familiales et
de l'aide à la vieillesse, aux survivants et aux invalides

SOMMAIRE

Chronique mensuelle	1
A propos de la sixième révision de l'AVS	2
Les débats parlementaires concernant la sixième révision de l'AVS	4
Les subventions d'exploitation aux ateliers d'occupation permanente	10
Les nouvelles dispositions cantonales sur le contentieux dans l'AVS et les domaines apparentés	12
Liste des textes législatifs, des conventions internationales et des instructions de l'OFAS en matière d'AVS, d'AI et d'APG	14
Petites informations	25
Jurisprudence : Assurance-vieillesse et survivants	27
Assurance-invalidité	34
Allocations aux militaires	44
Allocations familiales	45

Rédaction: Office fédéral des assurances sociales, Subdivision AVS/AI/APG, Berne 3.

Expédition: Centrale fédérale des imprimés et du matériel, Berne 3.

Abonnement: 15 francs par an; le numéro 1 fr. 50; le numéro double 2 fr. 50. Paraît chaque mois.

Tirage: 1050

Dernier délai de rédaction du présent numéro: 7 janvier 1964.

La reproduction est autorisée lorsque la source est indiquée.

CHRONIQUE MENSUELLE

Le 18 décembre 1963, un arrangement administratif concernant les modalités d'application de la *convention en matière de sécurité sociale entre la Suisse et l'Italie*, du 14 décembre 1962, a été signé à Berne par M. C. Motta, sous-directeur de l'Office fédéral des assurances sociales, et par M. G. Caporaso, inspecteur général au Ministère italien du travail et de la prévoyance sociale. L'arrangement entrera en vigueur lorsque l'échange des instruments de ratification pour la convention aura eu lieu et en même temps que celle-ci.



Les chambres fédérales ont approuvé, dans leur vote final du 19 décembre 1963, le projet de loi sur la *sixième révision de l'AVS*. Le projet a obtenu 170 voix au Conseil national et 42 au Conseil des Etats; il n'y a pas eu d'opposition. Pour plus de détails, voir l'article publié à ce sujet dans le présent numéro. Le délai référendaire expirera le 18 mars 1964. Sous réserve d'un référendum éventuel, les modifications suivantes sont prévues :

Les rentes de l'AVS et de l'AI seront, en règle générale, augmentées d'un tiers. Cependant, cette augmentation ne pourra être effectuée que lorsque le délai référendaire aura expiré sans avoir été utilisé; elle sera alors rétroactive au 1^{er} janvier 1964. C'est pourquoi *les anciennes rentes seront encore versées dans les mois de janvier à mars 1964*. Les rentes augmentées seront servies pour la première fois en avril 1964. La différence entre l'ancienne et la nouvelle rente pour les mois de janvier, février et mars sera versée après coup dans le deuxième trimestre de 1964.

La sixième révision de l'AVS a pour effet, en outre, d'abaisser de 63 à 62 ans la limite d'âge à partir de laquelle les femmes ont droit à la rente de vieillesse et cessent de payer des cotisations. De nouveaux droits aux prestations sont introduits en faveur des épouses âgées de 45 à 60 ans et des enfants de bénéficiaires de rentes de vieillesse, des orphelins de 20 à 25 ans qui font un apprentissage ou des études, ainsi qu'en faveur des jeunes gens de 20 à 25 ans qui font un apprentissage ou des études et qui sont fils ou filles de bénéficiaires de rentes de vieillesse ou d'invalidité. Ces nouveaux droits, eux aussi, ne pourront, à cause du délai référendaire, entrer en vigueur avec effet rétroactif qu'en avril 1964. Les caisses de compensation informeront les intéressés à ce sujet en temps utile.

Les caisses de compensation de l'AVS s'efforceront, comme toujours, de mettre les quelque 800 000 rentiers de l'AVS et de l'AI, le plus tôt possible, au bénéfice des prestations augmentées. Etant donné le gros travail que cela implique, elles sauront gré aux bénéficiaires de renoncer à les interroger par lettre ou par téléphone au sujet de la sixième révision et de ne pas présenter de demandes prématurées.



L'assemblée fédérale a approuvé, le 19 décembre, la loi sur la *deuxième révision du régime des APG*. La loi modifiée a été acceptée en vote final par le Conseil national avec 161 voix, par le Conseil des Etats avec 42 voix; Il n'y a pas eu d'opposition. Le Conseil fédéral prévoit de mettre la loi en vigueur avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 1964 si le délai référendaire expire sans avoir été utilisé.



Invités par l'Office fédéral des assurances sociales, des représentants des caisses de compensation cantonales et professionnelles, ainsi que de la Direction générale des PTT et de la Centrale de compensation, ont siégé le 19 décembre sous la présidence de M. Granacher. Ils ont discuté des mesures à prendre pour *informer l'opinion publique sur la sixième révision de l'AVS*. Il a été prévu de mettre en œuvre tous les moyens disponibles pour assurer cette information, soit la presse, la radio et la télévision.

A propos de la sixième révision de l'AVS

Voilà qui est fait. Dans leur session de décembre, les Chambres fédérales ont traité d'une manière expéditive le projet de sixième révision de l'AVS, présenté le 16 septembre 1963 par le Conseil fédéral, et l'ont approuvé. Les lecteurs de la RCC trouveront à la page 4 de ce numéro un résumé des débats parlementaires.



Les Chambres ont été unanimes à décider qu'à l'expiration du délai référendaire, les améliorations apportées à l'AVS seraient mises en vigueur avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 1964. Ce faisant, elles ont dû considérer trois facteurs. Premièrement, le délai référendaire doit à tout prix être observé; aussi doit-on renoncer à l'idée de servir la rente deux fois déjà en janvier ou en février 1964. Secondement, un délai de trois mois pour calculer les nouvelles rentes de quelque 800 000 bénéficiaires (AVS et AI) est excessivement court, surtout si l'on tient compte des nombreuses mutations (environ 100 000 pour le premier tri-

mestre de 1964). Troisièmement, le calcul des différences de rente pour les mois de janvier à mars représentera un gros travail pour les caisses de compensation. Il est vrai que l'ordinateur électronique de la Centrale de compensation, qui a fait ses preuves pour la première fois lors de la cinquième révision, permettra de les décharger. Néanmoins, il faudra encore de nombreux travaux de détail pour que la sixième révision puisse être mise à exécution dans les quelques semaines restantes.



L'OFAS, comptant sur un résultat positif des travaux parlementaires, a pris à temps les mesures administratives nécessitées par la révision, grâce à la collaboration intelligente de la Centrale et des caisses de compensation. La commission des rentes élargie a étudié, dans ses séances du 10 octobre et du 22 novembre, le problème de l'exécution pratique. Le 5 décembre, les caisses de compensation ont été informées des travaux qui les attendaient. Fort des expériences pas toujours heureuses qui avaient été faites lors de la cinquième révision, l'Office a dû veiller spécialement à ce que les bénéficiaires de l'AVS ne puissent se faire des illusions sur leurs nouvelles rentes, ce qui entraînerait nécessairement des déceptions et de pénibles contestations. Chaque rentier doit savoir qu'il recevra, de janvier à mars 1964, l'ancienne rente, puis dès le mois d'avril la rente augmentée, et plus tard seulement le versement de la différence. L'Office espère avoir mis les choses au point par une information générale de l'opinion publique et par un communiqué personnel à chaque bénéficiaire. A cet effet, il a élaboré, d'entente avec la Conférence des caisses cantonales de compensation et avec l'Association des caisses de compensation professionnelles, un plan prévoyant une série de mesures adéquates.



Au moment où paraissent ces lignes, la sixième révision de l'AVS bat son plein. L'OFAS prépare les retouches qui devront être faites au règlement d'exécution sur la base de la loi révisée. La Centrale de compensation a commencé à recalculer les anciennes rentes. Les caisses de compensation reçoivent une circulaire concernant l'augmentation des rentes en cours et le calcul des nouvelles rentes, la procédure, une nouvelle feuille de calcul et les nouvelles tables de rentes. Les mesures à prendre seront discutées plus en détail dans des séances des caisses de compensation. Le barème dégressif des cotisations d'indépendants, qui a été élargi et devra être fixé dans le nouveau RAVS, a déjà été élaboré à titre provisoire; les caisses de compensation en possèdent un exemplaire.



L'administration de l'AVS et de l'PAI a déjà prouvé à maintes reprises que malgré toutes ses difficultés — travaux toujours plus considérables, pénurie de personnel — elle est capable de mener à bonne fin, en peu de temps et d'une manière consciencieuse, une importante révision de la loi. Sa tâche est une

tâche sociale, qui ne consiste pas seulement dans la perception de cotisations, mais qui signifie surtout: servir les personnes âgées, les veuves, les orphelins, les invalides. Certes la sixième révision représente un surcroît de travail pour les organes de l'AVS et de l'AI; ils s'en acquitteront dans la routine administrative, mais en songeant aussi aux bienfaits qu'elle apporte. La reconnaissance de tous ceux qui profiteront de la révision leur est assurée.

Les débats parlementaires concernant la sixième révision de l'AVS

Si l'on considère l'importance du projet de loi que le Conseil fédéral a présenté aux Chambres le 16 septembre 1963¹, on admettra que sa discussion parlementaire au cours de la première session de la nouvelle législature a abouti rapidement à un résultat positif. Cela prouve que cette nouvelle révision de la LAVS avait été préparée avec soin. Lors des délibérations, plusieurs orateurs ont d'ailleurs félicité le chef du département compétent, l'administration et la commission chargée des travaux préliminaires, et les ont remerciés de leur coopération. Les caisses de compensation, elles aussi, ont eu leur part bien méritée de ces témoignages de gratitude pour l'activité qu'elles ont déployée jusqu'ici, mais aussi pour les tâches considérables que leur apportera l'exécution de la révision actuelle.



La priorité de la discussion revenait cette fois au *Conseil national*, qui nomma une commission de 29 membres chargée d'étudier le projet. La commission siégea les 6 et 7 novembre 1963 sous la présidence de M. Bratschi, conseiller national, l'un des « pères de l'AVS » qui avait déjà fait partie de la commission fédérale d'experts en 1944/1945 et avait présenté en 1946 la nouvelle assurance au Conseil national en qualité de rapporteur. Excellent connaisseur en matière d'AVS, M. Bratschi eut aussi l'honneur de fonctionner comme rapporteur de langue allemande, lors des délibérations de décembre 1963, devant le Conseil national. Quant au rapporteur de langue française, M. Debétaz, qui présenta également le projet avec une grande compétence, il peut être considéré en même temps comme un représentant de la nouvelle génération, qui est tout aussi intéressée aux choses de l'AVS que les bénéficiaires actuels.

Au début de la séance de la *Commission du Conseil national*, qui dura deux jours, M. Tschudi, conseiller fédéral, exposa les motifs et les buts de la nouvelle révision et parla des principales améliorations dans le domaine des rentes, carac-

¹ Cf. RCC 1963, p. 370 et 376.

térisées surtout par l'augmentation générale d'un tiers; il examina en outre les aspects financiers et économiques de la révision à la lumière de la « conjoncture » politique actuelle. Pour conclure, M. Tschudi déclara que le nouveau projet représentait non seulement un progrès décisif pour la sécurité sociale des vieillards, des survivants et des invalides, mais qu'en même temps un essai allait être fait d'adopter dans ce domaine une solution typiquement suisse. M. Kaiser conseiller mathématique des assurances sociales, prit ensuite la parole pour exposer la sixième révision en chiffres; il examina, du point de vue de l'AVS, la structure de la population suisse, toucha rapidement le problème de la prévoyance, expliqua au moyen de graphiques la nouvelle formule de rentes et, finalement, exposa le système, relativement nouveau, du financement périodique de l'AVS.

Lors de la *discussion générale*, 18 membres de la commission prirent la parole. La proposition du Conseil fédéral de développer l'AVS tout en lui conservant son caractère d'assurance de base fut adoptée à l'unanimité; l'un des orateurs résuma l'opinion générale en qualifiant les améliorations de rentes proposées de généreuses, exemplaires et conformes aux exigences de notre temps. Plusieurs orateurs insistèrent pour que le projet soit mis rapidement en vigueur. Malgré cet accueil très favorable, plusieurs points de détail furent critiqués au cours des débats sur l'entrée en matière. La proposition du Conseil fédéral qui, pour des considérations « conjoncturelles », avait envisagé de percevoir pendant une certaine durée un supplément d'un huitième sur les cotisations (chiffre IV, lettre a, du projet de loi) fut attaquée avec vigueur; le chef du département insista néanmoins en sa faveur, en soulignant que le Conseil fédéral s'était inspiré, dans l'essentiel, du préavis des experts consultés lorsqu'il avait évalué les conséquences économiques de la sixième révision.

La discussion générale prit fin le premier jour par un vote unanime en faveur de l'entrée en matière.

La *discussion par article* occupa la seconde journée. La commission examina pour commencer deux questions importantes relatives au supplément de cotisations et à l'entrée en vigueur de la révision. Le premier point fut vite liquidé; après une brève discussion, il fut décidé à l'unanimité de rejeter le supplément proposé. L'autre question, celle de la date de l'entrée en vigueur, nécessita une discussion plus longue. La commission voulait fixer cette date dans le projet de loi, au lieu d'en confier la détermination au Conseil fédéral, comme le prévoyait le chiffre VI, 1^{er} alinéa, du projet. Quant à la date elle-même, les opinions furent d'abord divergentes. Les uns proposaient le 1^{er} janvier 1964, d'autres le 1^{er} avril seulement, à la condition toutefois de prévoir le versement à double de la rente de janvier 1964 par voie d'arrêté urgent. Dans un exposé détaillé, M. Frauenfelder, directeur de l'OFAS, montra les grands avantages d'ordre administratif de cette dernière solution, mais signala les inconvénients qui en résulteraient pour les catégories de rentiers moins favorisés jusqu'ici. D'autres orateurs ayant élevé des objections d'ordre psychologique, politique et juridique, cette solution fut abandonnée. En revanche, la commission estima qu'une mise en vigueur rétroactive au 1^{er} janvier 1964, après l'expiration du

délai référendaire, était la seule solution juridiquement possible, bien qu'elle impliquât l'octroi rétroactif de rentes pour les mois de janvier à mars; cette solution serait sans doute bien acceptée par les bénéficiaires à condition de les en informer d'une manière adéquate. La commission accepta cet amendement à une forte majorité.

Une fois liquidés les deux points les plus importants, la discussion des autres dispositions progressa rapidement. La commission se rallia, dans l'essentiel, au projet du Conseil fédéral. Un amendement touchant l'article 3, 1^{er} alinéa, et l'article 21, 1^{er} alinéa, visait à fixer à 60 ans (au lieu de 62) l'âge donnant droit à la rente de vieillesse chez les femmes, et à fixer en conséquence la fin de l'obligation de cotiser. Cette proposition fut rejetée par la commission, mais maintenue par une minorité. Une autre proposition, relative à l'article 22, 1^{er} alinéa, et tendant à accorder à l'homme marié, pour l'épouse plus jeune, la rente de vieillesse pour couple au lieu de la rente complémentaire, fut abandonnée, n'étant manifestement pas réalisable pour le moment. Une discussion, qui s'éleva ensuite à propos de l'article 30, 5^e et 6^e alinéas, donna l'occasion aux représentants de l'OFAS d'expliquer, en se référant au message, la nouvelle formule de rente et certains détails du calcul des rentes.

A propos des nouvelles prescriptions sur le financement, adoptées par la commission (art. 102 et 103, 1^{er} et 2^e alinéas), le Département de l'intérieur proposa de biffer le délai prévu à l'article 106 relatif à l'allègement des contributions des cantons; la commission se rallia à cette proposition sans opposition. La commission décida, en outre, de mettre en vigueur pour le 1^{er} janvier 1965 seulement la lettre b du chiffre IV (augmentation de la contribution des pouvoirs publics), eu égard, notamment, aux difficultés budgétaires des cantons. Il y eut encore une discussion à propos de la lettre c du chiffre IV (augmentation éventuelle de la taxe de fabrication sur les cigarettes). Le chef du département rassura les membres de la commission en déclarant qu'une telle mesure ne serait ordonnée, dans tous les cas, que lors de l'introduction des prestations complémentaires aux rentiers de l'AVS et de l'AI; la majorité de la commission rejeta alors la proposition de biffer la lettre c. Après la discussion par article, la commission approuva à l'unanimité le projet mis à jour. Dans un écrit ultérieur, le Conseil fédéral proposa de mettre en vigueur au 1^{er} janvier 1964 également les dispositions sur les contributions des pouvoirs publics (chiffre VI, 1^{er} al.) afin de ne pas limiter les prêts du Fonds de compensation. La commission, toutefois, décida le 3 décembre, à une forte majorité, de ne pas revenir sur sa décision.

★

La discussion du projet devant le *Conseil national* eut lieu déjà dans la première semaine de la session; le Conseil lui consacra la séance du matin et de l'après-midi du 4 décembre, et le lendemain matin voyait déjà la fin des débats. Après un exposé très détaillé des deux rapporteurs de la commission, MM. Bratschi et Debétaz, 17 orateurs prirent part à la *discussion sur l'entrée en matière*. Toutes les fractions approuvèrent le développement de l'AVS congue comme

assurance de base; quelques orateurs, défendant la politique de leur parti, émettent quelques considérations sur l'évolution future de l'assurance. Pour terminer, M. Tschudi, conseiller fédéral, releva une fois de plus les points essentiels de la révision qui, avec une charge supplémentaire de 800 millions par année, aura des conséquences financières et sociales presque aussi importantes que l'introduction même de l'AVS. L'entrée en matière ne fut pas contestée.

La *discussion par article* commença mercredi soir; toutes les propositions de la Commission furent adoptées. Un amendement Dellberg à propos de l'article 20, visant à maintenir l'exemption fiscale des rentes extraordinaires, fut rejeté par le Conseil par 81 voix contre 21. Une proposition de la minorité présentée à propos de l'article 21, 1^{er} alinéa, et défendue par Widmer-Lenzburg (naissance du droit à la rente de vieillesse simple dès 60 ans, pour les femmes, au lieu de 62 ans), fut combattue par les rapporteurs et par le représentant du Conseil fédéral; elle fut rejetée également, par 118 voix contre 11. Du même coup, la fin de l'obligation de cotiser des femmes était fixée à 62 ans (art. 3, 1^{er} al.). Un amendement Dafflon à propos de l'article 21, 1^{er} alinéa, demandait qu'on introduise des allocations pour impotents en faveur des bénéficiaires de rentes de vieillesse devenus impotents; le porte-parole du Conseil fédéral répondit qu'une telle innovation coûterait environ 100 millions par année. Le Conseil national repoussa cette proposition par 106 voix contre 6. Une opposition plus forte encore se manifesta à propos d'un autre amendement Dafflon, combattu également par les rapporteurs et par le Conseil fédéral et jugé irréalisable; il visait à fixer la rente de vieillesse simple (art. 34, 1^{er} al.) à 3000 fr. au moins et à 4000 fr. au plus. Ces votes provoquèrent l'abandon d'autres amendements relatifs à l'article 34.

Concernant le chiffre IV, M. Tschudi, conseiller fédéral, renonça à demander un vote sur la perception d'un supplément de cotisation, faute d'être soutenu sur ce point par les Chambres; la lettre a fut donc biffée. Une minorité de la commission, représentée par Bringolf (La Tour-de-Peilz) et Glasson, proposa de biffer aussi la lettre c. M. Tschudi ayant déclaré qu'il tenait à ce que la compétence d'augmenter la charge fiscale sur les cigarettes fût fixée dans la loi dès maintenant, en vue de financer les prestations complémentaires projetées, le Conseil décida, par 151 voix contre 22, de maintenir la lettre c. M. Tschudi eut moins de chance avec la proposition du Conseil fédéral sur la mise en vigueur, au 1^{er} janvier 1964 déjà, des prescriptions sur le financement; le Conseil national se rallia sur ce point à la proposition de la commission par 137 voix contre 23.

Lors du vote final, l'ensemble du projet, ainsi mis au point, fut approuvé par 173 voix sans opposition.



Le *Conseil des Etats* avait créé, pour discuter le projet, une commission de treize membres. Comme pour la cinquième révision de l'AVS, ce fut de nouveau M. Dietschi qui eut l'honneur de la présider et d'exposer le projet devant son Conseil en qualité de rapporteur.

Etant donné l'urgence de la question, la *Commission du Conseil des Etats* siégea déjà le 20 novembre 1963. Connaissant les décisions de la commission prioritaire (celle du Conseil national), elle procéda à une *première lecture* du projet. Après un exposé complet de M. Tschudi, suivi de commentaires de M. Kaiser, de l'OFAS, sur le rôle social et financier de la sixième révision, les *débats sur l'entrée en matière* se déroulèrent d'une manière analogue à ceux de la Commission du Conseil national. Sept orateurs se montrèrent très favorables au projet pris dans son ensemble, mais plusieurs points en furent critiqués. L'augmentation des rentes, qui est le point central de la présente révision, fut approuvée sans réserves, et considérée même comme très généreuse. A propos du supplément de cotisations considéré comme remède à la «haute conjoncture», la position du Conseil fédéral trouva certes quelque compréhension, mais resta très controversée et sans espoir de succès. Pour conclure, M. Tschudi décrivit la sixième révision comme un grand pas vers l'assainissement social de notre pays. L'amélioration des rentes étant mise en vigueur avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 1964, il importait notamment de donner aux intéressés toutes les explications nécessaires, tant sur les aspects juridiques de la question que sur les difficultés techniques dues à l'adaptation d'environ 800 000 rentes; sans cela, les personnes âgées risqueraient de s'impatisser, étant donné les difficultés financières auxquelles la plupart d'entre elles doivent faire face.

La Commission décida à l'unanimité d'entrer en matière, et passa à la *discussion par article*. Dans cette phase des débats, elle se contenta de ne se prononcer qu'à titre provisoire, car le Conseil national n'avait pas encore délibéré. D'une manière générale, la Commission approuva le projet dans son ensemble, et la plupart des articles passèrent sans objections. La nouvelle rédaction de l'article 106, 1^{re} phrase, adoptée par la Commission du Conseil national sur la proposition du département, obtint également l'approbation de la commission, après un bref exposé de M. Frauenfelder, directeur. Ensuite, le président constata, à propos du chiffre IV, que la question du supplément de cotisation et celle de l'imposition supplémentaire des cigarettes (lettres a et c) étaient encore à discuter et qu'il fallait attendre d'abord le résultat des délibérations du Conseil national. En revanche, la Commission approuva en principe l'entrée en vigueur du projet (chiffre VI) telle que l'envisageait la Commission du Conseil national.

La *deuxième séance de la Commission du Conseil des Etats* eut lieu dans l'après-midi du 10 décembre. Le projet n'ayant plus été modifié depuis la première lecture (le Conseil national avait adopté l'avis de sa commission sur tous les points), aucune question nouvelle ne se posa lors de la seconde lecture au sein de la commission. Dans la *discussion par article*, maintenant définitive, la Commission adopta toutes les décisions du Conseil national. A propos des articles 3, 1^{er} alinéa, et 21, 1^{er} alinéa, la proposition de la minorité de la Commission du Conseil national, demandant que les femmes bénéficient de la rente de vieillesse dès 60 ans, fut rejetée, mais maintenue par une minorité. Il y eut encore une dernière discussion brève sur l'entrée en vigueur du projet (chiffre VI,

1^{er} al.). M. Tschudi défendit une fois de plus le point de vue du Conseil fédéral, qui désirait l'application des prescriptions sur le financement dès le 1^{er} janvier 1964; néanmoins, la commission se rallia à la décision du Conseil national, qui prévoyait de mettre en vigueur ces dispositions un an plus tard.

La commission approuva enfin, sans opposition, le projet dans la teneur adoptée par le Conseil national.



Le *Conseil des Etats* entreprit l'étude du projet dans la deuxième semaine de la session et consacra l'après-midi du 11 décembre aux *débats sur l'entrée en matière*. Le président de la commission, M. Dietschi, parla d'une manière très approfondie de la sixième révision, dont il souligna l'importance toute spéciale et qu'il présenta sous ses aspects sociaux, financiers et « conjoncturels »; il évoqua aussi le problème de l'entrée en vigueur. Six orateurs demandèrent alors la parole. Dans son ensemble, le projet n'obtint qu'approbation; toutefois, plusieurs points en furent critiqués. Il y eut, notamment, une mise en garde contre les erreurs qui pourraient être commises du point de vue de la politique de « haute conjoncture ». Des opinions divergentes furent exprimées à propos du supplément de cotisation et de son efficacité dans la perspective d'une telle politique. Signalons aussi le vœu d'un orateur, qui recommanda vivement une pause d'une certaine durée avant la révision suivante! M. Tschudi prit enfin la parole pour insister, en particulier, sur l'aspect financier de la sixième révision, et pour soutenir, eu égard à la politique que le Conseil fédéral entend suivre en matière de « haute conjoncture », l'introduction d'un supplément de cotisation et la mise en vigueur intégrale de la révision au 1^{er} janvier 1964. Le Conseil décida alors tacitement d'entrer en matière.



La *discussion par article* eut lieu le 12 décembre, en une brève séance qui suivit la réunion plénière de l'Assemblée fédérale. Conformément aux propositions de la commission, la plupart des dispositions du projet furent approuvées sans discussion. La proposition de la minorité concernant l'article 3, 1^{er} alinéa, fut rejetée par 26 voix contre 10 après une intervention de Müller (Bâle-Campagne) en faveur des assurées vivant seules. Ce vote fit tomber également l'amendement de l'article 21, 1^{er} alinéa. Une vive discussion s'éleva à propos du chiffre IV, lettre a, le chef du département soutenant la proposition faite sur ce point par le Conseil fédéral. Le Conseil des Etats, se ralliant au Conseil national, se prononça contre la perception d'une cotisation supplémentaire, mais par 25 voix seulement contre 14. Ce résultat semble avoir encouragé le porte-parole du Conseil fédéral à insister, à propos du chiffre VI, 1^{er} alinéa, en faveur d'une entrée en vigueur globale le 1^{er} janvier 1964; pour rassurer ses auditeurs, il déclara que le Conseil fédéral pourrait, au cas où la participation plus forte des cantons au financement de l'AVS occasionnerait à ceux-ci des difficultés budgétaires, y remédier par des avances de fonds. Cette assurance produisit son

effet; le Conseil accepta par 18 voix contre 17 la proposition du Conseil fédéral et lui donna la préférence sur la décision du Conseil national.

Dans le *vote final*, le projet fut accepté par 37 voix sans opposition.



Une seule divergence s'était produite au cours des débats parlementaires, par suite de la décision du Conseil des Etats, dont il vient d'être question, de percevoir déjà pour 1964 une contribution plus forte des pouvoirs publics. Elle a été éliminée le 17 décembre: le Conseil national, après une brève discussion, se rallia à cette décision par 110 voix contre 58.

Dans les *votes finals* du 19 décembre 1963, les Chambres approuvèrent la nouvelle loi sur l'AVS à l'unanimité, le Conseil national par 170 voix et le Conseil des Etats par 42 voix.

La nouvelle loi contient une disposition sur sa propre entrée en vigueur; ainsi, la sixième révision deviendra effective dès que le délai référendaire de trois mois sera écoulé — à la condition qu'il ne soit pas utilisé — avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 1964.

Les subventions d'exploitation aux ateliers d'occupation permanente

Généralités

Selon les articles 73, 2^e alinéa, lettre b, LAI, 106 et 107 RAI, l'AI peut allouer des subventions en faveur d'ateliers d'occupation permanente des invalides, publics ou reconnus d'utilité publique, si l'occupation d'invalides occasionne à ces ateliers des frais d'exploitation supplémentaires. Peuvent être considérées comme institutions d'utilité publique les fondations, sociétés coopératives et associations qui ne poursuivent aucun but lucratif, mais dont les recettes et le capital sont consacrés exclusivement à l'occupation permanente des invalides ou à l'application de mesures de réadaptation d'ordre professionnel au sens de la LAI.

Est reconnue comme atelier d'occupation permanente l'institution occupant d'une manière durable, exclusivement ou en majorité, des invalides qui ne peuvent exercer aucune activité lucrative dans des conditions normales. Etant donné que l'occupation doit être adaptée à l'infirmité et aux aptitudes de l'invalidé, elle doit être organisée en principe dans un atelier installé à cet effet;

cependant, pour encourager aussi l'occupation à domicile des invalides gravement atteints, les offices de placement qui se vouent à cette tâche spéciale (sous-traitants) ont également droit à des subventions.

Le montant des subventions

En vertu de l'article 106 RAI, les subventions accordées aux ateliers d'occupation permanente ne doivent pas dépasser un tiers des frais supplémentaires découlant de l'occupation d'invalides. Comparés aux exploitations dont le personnel est valide, ces ateliers ont en effet des frais supplémentaires, occasionnés surtout par le rendement plus faible des travailleurs handicapés et par la nécessité d'engager un personnel spécial pour l'instruction et la surveillance de ces derniers. C'est pourquoi il arrive souvent qu'ils ne puissent écouler leurs produits à des prix assurant leur équilibre financier. Leurs frais d'exploitation supplémentaires, dus à l'invalidité du personnel, sont calculés selon la méthode suivante.

S'inspirant des critères appliqués pour l'octroi de rentes AI, on évalue la perte moyenne de rendement due à l'invalidité en divisant en trois groupes principaux les invalides occupés. La perte moyenne, dans le cas des invalides dont l'incapacité de gain dépasse deux tiers, est fixée à 75 pour cent; si cette incapacité est d'au moins 50 pour cent, mais inférieure à deux tiers, le taux de perte est de 60 pour cent; enfin, ce taux n'atteint que 20 pour cent si l'incapacité de gain est inférieure à la moitié. Dans cette classification, on tient compte en outre du temps que le travailleur a passé effectivement à l'atelier, sans oublier les cas de réadaptation, les bénéficiaires de rentes AVS encore actifs et les non-invalides.

Sont pris en compte entièrement, comme frais d'exploitation des ateliers, les salaires des contremaîtres et instructeurs, ainsi que les dépenses consacrées aux locaux, machines et installations. Si l'atelier occupe des travailleurs à domicile, les dépenses occasionnées par les communications avec ceux-ci (contrôles, transports) sont également considérées. En revanche, les frais d'administration et de vente des produits fabriqués, l'achat des matières premières et les salaires des invalides ne sont pas pris en compte; il en va de même des dépenses que l'atelier peut consacrer aux repas et au logement des invalides et aux prestations de secours en leur faveur.

Conformément aux dispositions légales, les subventions d'exploitation sont donc fixées d'après la perte moyenne de rendement des invalides occupés et la répartition des frais de l'atelier. C'est pourquoi leur montant dépend, dans chaque cas, du salaire des contremaîtres et instructeurs, des dépenses consacrées aux locaux et des capitaux placés dans les installations, d'une part, et du degré moyen de la perte de rendement des invalides occupés, d'autre part. Ainsi, par exemple, si un atelier n'occupe que des invalides dont l'incapacité de gain dépasse deux tiers, 75 pour cent des salaires de contremaîtres et d'instructeurs et des dépenses consacrées aux locaux et installations sont considérés comme frais supplémentaires dus à l'invalidité. Conformément à l'article 106, 2^e alinéa,

RAI, la subvention d'exploitation ne dépasse pas un tiers de ces frais supplémentaires; elle atteint donc au maximum 25 pour cent des dépenses totales affectées à ce personnel et à ces locaux et installations. Si l'atelier occupe des invalides dont l'incapacité de gain est inférieure à deux tiers, le pourcentage de la subvention allouable baisse selon les règles énoncées.

Les demandes de subventions

Les ateliers d'occupation permanente qui désirent obtenir de l'AI une subvention d'exploitation remplissent, à cet effet, une formule spéciale fournie par l'OFAS. Toutefois, ces subventions ne pouvant être fixées que sur la base des comptes annuels vérifiés, leur versement éventuel ne peut être effectué au plus tôt qu'au cours de l'année qui suit l'exercice.

Depuis 1961 jusqu'à fin septembre 1963, le nombre de demandes de ce genre s'est élevé à 64. L'examen de ces demandes n'a pu être entrepris qu'en 1962, car il a fallu, auparavant, établir et préciser les principes et les directives sur le subventionnement en se fondant sur le RAI du 17 janvier 1961. Jusqu'à la fin de janvier 1963, l'OFAS a traité 21 cas. Dans un seul cas, il a dû répondre négativement, les conditions n'étant pas remplies. Les vingt requérants qui ont obtenu une subvention ont reçu, en tout, 250 580 francs. Depuis lors, soit jusqu'au 30 septembre 1963, l'OFAS a encore liquidé 34 cas, représentant une nouvelle somme de 350 964 francs.

Les demandes présentées jusqu'à fin septembre 1963 concernent 29 ateliers. Quelques-uns de ces ateliers n'ont pas demandé une subvention pour chacun des trois exercices qui se sont écoulés depuis l'entrée en vigueur de la LAI. La subvention la plus basse qui ait été allouée jusqu'à présent était de 609 francs, et la plus élevée de 55 097 francs; la subvention moyenne a été de 11 300 francs.

Les nouvelles dispositions cantonales sur le contentieux dans l'AVS et les domaines apparentés

Les conditions minima auxquelles doivent répondre les dispositions cantonales sur le contentieux en matière d'AVS ont été considérablement étendues lors de l'introduction de l'AI (cf. art. 85 LAVS). Pour être désormais conformes au nouveau droit fédéral, les règles cantonales de procédure qui s'appliquent également à l'AI, au régime des APG et à celui des allocations familiales aux tra-

vailleurs agricoles et aux petits paysans (LFA), devaient être adaptées en conséquence¹.

Dix-neuf cantons ont révisé complètement leur procédure, tandis que quatre autres cantons l'ont adaptée aux prescriptions fédérales par un arrêté complémentaire. Dans deux cantons, l'adaptation est en voie de réalisation. Une liste des actes législatifs des cantons sera publiée dans un prochain numéro de la RCC.

Les dispositions concernant l'organisation

Il est réjouissant de constater que plusieurs cantons ont procédé à une concentration totale ou partielle de leur contentieux en matière d'assurances sociales, suivant par là la recommandation faite par le Conseil fédéral dans son message du 24 octobre 1958 relatif au projet de loi sur l'AI. Aux cantons qui avaient déjà pris des mesures dans ce sens (à Berne, un tribunal administratif; à Soleure, un tribunal des assurances; en Argovie et à Schaffhouse, une section ad hoc du tribunal cantonal), sont venus s'ajouter cinq autres cantons. Unterwald-le-Bas a remplacé sa commission spéciale de recours en matière d'AVS, de cinq membres, par une commission de trois membres à la tête de laquelle se trouve le président du tribunal cantonal. Dans les cantons du Tessin, de Vaud et du Valais, la commission spéciale de recours a été remplacée par le tribunal cantonal des assurances, qui connaît non seulement du contentieux de l'AVS et des branches d'assurances sociales apparentées, mais encore des litiges de la CNA et de l'assurance militaire. L'autorité de recours du canton du Tessin tranche également les litiges concernant la loi fédérale sur l'assurance-chômage. A Lucerne, la deuxième section de l'autorité de recours, qui est dirigée par son vice-président et juge les recours concernant les prestations de l'AI, est constituée par le tribunal cantonal des assurances, auquel il incombe à ce titre de trancher les litiges de la CNA et de l'assurance militaire. La première section, dont le président fonctionne également à la tête de la commission de recours des impôts, tranche les litiges en matière d'AVS, d'APG et d'allocations familiales.

(A suivre)

¹ Cf. RCC 1960, p. 136 « Les nouvelles dispositions légales en matière de contentieux ».

**Liste des textes législatifs,
des conventions internationales
et des instructions de l'Office fédéral
des assurances sociales
en matière d'AVS, d'AI et d'APG ¹**

Etat le 1^{er} janvier 1964

(sans les modifications apportées par la 6^e revision de l'AVS et la 2^e revision du régime des APG)

I. La législation de la Confédération

1. Lois fédérales et arrêtés fédéraux

Loi fédérale sur l'AVS, du 20 décembre 1946 (RS 8, 451), modifiée par les lois fédérales du 21 décembre 1950 (RO 1951, 393), du 30 septembre 1953 (RO 1954, 217), du 22 décembre 1955 (RO 1956, 703), du 21 décembre 1956 (RO 1957, 264), du 19 juin 1959 (RO 1959, 884) et du 23 mars 1961 (RO 1961, 501), ainsi que par la loi instituant des mesures spéciales propres à réduire les dépenses de la Confédération, du 23 décembre 1953 (chiffre I, 10) (RO 1954, 573) et par la loi sur l'AI, du 19 juin 1959 (art. 82) (RO 1959, 857)².

Arrêté fédéral concernant l'emploi des ressources prélevées sur les excédents de recettes des fonds centraux de compensation et attribuées à l'AVS (*aide complémentaire*), du 8 octobre 1948 (RO 1949, 81), prorogé et modifié par les arrêtés du 5 octobre 1950 (RO 1951, 33), du 30 septembre 1955 (RO 1956, 126) et du

¹ Les textes figurant dans cette liste peuvent être obtenus de la manière suivante:

- textes énumérés sous chiffres I et II: au Bureau des imprimés de la Chancellerie fédérale, Berne 3.
- textes imprimés énumérés sous chiffre III (dans ces cas, on a indiqué entre parenthèses le numéro de commande): à la Centrale fédérale des imprimés et du matériel, Berne 3.
- autres textes énumérés sous chiffre III: à l'Office fédéral des assurances sociales, Berne 3 (si le stock n'est pas épuisé).
- La présente liste peut être obtenue à la Centrale fédérale des imprimés et du matériel, Berne 3, comme tirage à part sous n^o 318.120.01 f.

² Se trouve dans le Recueil LAVS/RAVS, état au 1^{er} septembre 1961.

3 octobre 1958 (RO 1959, 81), ainsi que par la loi instituant des mesures spéciales propres à réduire les dépenses de la Confédération, du 23 décembre 1953 (chiffre I, 11) (RO 1954, 573).

Loi fédérale sur les APG, du 25 septembre 1952 (RO 1952, 1046), modifiée par la loi du 6 mars 1959 (RO 1959, 589) et par la loi sur la protection civile, du 23 mars 1962 (art. 93) (RO 1962, 1127)³.

Loi fédérale sur l'AI, du 19 juin 1959 (RO 1959, 857)⁴.

Arrêté fédéral sur le statut des réfugiés dans l'AVS et dans l'AI, du 4 octobre 1962 (RO 1963, 37).

2. Actes législatifs édictés par le Conseil fédéral

Règlement d'exécution de la loi fédérale sur l'AVS, du 31 octobre 1947 (RS 8, 510), modifié par les arrêtés du Conseil fédéral du 20 avril 1951 (RO 1951, 396), du 30 décembre 1953 (RO 1954, 226), du 10 mai 1957 (RO 1957, 407), du 5 février 1960 (RO 1960, 247) et du 4 juillet 1961 (RO 1961, 505), ainsi que par l'arrêté du Conseil fédéral retirant aux services de l'administration la compétence d'édicter des dispositions ayant force obligatoire générale, du 13 octobre 1951 (art. 8) (RO 1951, 970) et par l'arrêté fédéral attribuant l'OFAS au Département de l'intérieur, du 20 décembre 1954 (RO 1954, 1362)⁵.

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

Ordonnance d'exécution de l'arrêté fédéral concernant l'emploi des ressources prélevées sur les excédents de recettes des fonds centraux de compensation et attribuées à l'AVS, du 28 janvier 1949 (RO 1949, 88).

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

Règlement concernant l'administration du Fonds de compensation de l'AVS, du 7 janvier 1953 (RO 1953, 16), modifié par l'arrêté du Conseil fédéral du 22 janvier 1960 (RO 1960, 83).

Ordonnance concernant l'organisation et la procédure du Tribunal fédéral des assurances dans les causes relatives à l'assurance-vieillesse, du 16 janvier 1953 (RO 1953, 32), modifiée par l'arrêté du Conseil fédéral du 3 mai 1960 (RO 1960, 470).

³ Se trouve dans le Recueil LAPG/RAPG, état au 1^{er} juin 1960 avec feuillets collants de 1962.

⁴ Se trouve dans le Recueil LAI/RAI/OIC, état au 1^{er} juillet 1963.

⁵ Se trouve dans le Recueil LAVS/RAVS, état au 1^{er} septembre 1961.

Arrêté du Conseil fédéral du *13 octobre 1959* concernant l'introduction de l'AI, abrogé par le règlement d'exécution de la loi sur l'AI, à l'exception des articles 24 et 25 (RO 1959, 951)⁶.

Règlement d'exécution de la loi sur les APG, du *24 décembre 1959* (RO 1959, 2209)⁷.

Arrêté du Conseil fédéral concernant les contributions des cantons à l'AVS, du *16 décembre 1960* (RO 1960, 1686).

Arrêté du Conseil fédéral concernant les contributions des cantons aux frais de l'AI pour les années 1960 à 1962, du *3 avril 1962* (RO 1962, 322).

Ordonnance concernant les infirmités congénitales, du *5 janvier 1961* (RO 1961, 61)⁶.

Règlement d'exécution de la loi sur l'AI, du *17 janvier 1961* (RO 1961, 29), modifié par l'arrêté du Conseil fédéral du *10 juin 1963* (RO 1963, 418)⁶.

Ordonnance concernant l'AVS et l'AI facultatives des ressortissants suisses résidant à l'étranger, du *26 mai 1961* (RO 1961, 429).

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

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

Ordonnance du Département fédéral de l'économie publique relative à l'obligation de verser les cotisations à l'AVS et d'établir le décompte des personnes travaillant dans l'industrie de la broderie, du *21 juin 1949* (RO 1949, 566), modifiée par l'arrêté du Conseil fédéral retirant aux services de l'administration la compétence d'édicter des dispositions ayant force obligatoire générale, du *13 octobre 1951* (art. 8) (RO 1951, 970).

Règlement de la Caisse suisse de compensation, du *15 octobre 1951*, arrêté par le Département fédéral des finances et des douanes (RO 1951, 996).

Directives du Conseil d'administration concernant les placements du Fonds de compensation de l'AVS, du *19 janvier 1953* (FF 1953/I, 91), arrêtées par le conseil d'administration du Fonds de compensation de l'AVS, modifiées par la décision du *18 mars 1960* (FF 1960/II, 8).

Ordonnance du Département fédéral de l'économie publique relative au calcul du salaire déterminant dans certaines professions pour le régime de l'AVS, du *31 décembre 1953* (RO 1954, 232).

⁶ Se trouve dans le Recueil LAI/RAI/OIC, état le 1^{er} juillet 1963.

⁷ Se trouve dans le recueil LAPG/RAPG.

Ordonnance du Département fédéral de l'intérieur sur les frais d'administration dans l'AVS (taux maximums des contributions aux frais d'administration), du 19 janvier 1955 (RO 1955, 106).

Règlement du fonds spécial « Legs Isler et von Smolenski pour secourir des vieillards et des survivants se trouvant dans un état de gêne particulier », du 9 mars 1956, arrêté par l'OFAS (RO 1956, 630), complété par arrêté du Conseil fédéral du 8 août 1962 (non publié)⁸.

Règlement intérieur de la Commission fédérale de l'AVS, du 10 avril 1956, arrêté par la Commission fédérale de l'AVS (RCC 1956, 279).

Ordonnance du Département fédéral de l'intérieur concernant l'octroi de rentes transitoires de l'AVS aux Suisses à l'étranger (adaptation des limites de revenu), du 24 juin 1957 (RO 1957, 582).

Décision du Département militaire fédéral concernant l'application dans la troupe du régime des APG, du 31 décembre 1959 (Feuille officielle militaire 1959, 293).

Ordonnance du Département fédéral de l'intérieur concernant la création ou la transformation de caisses de compensation de l'AVS, du 19 février 1960 (RO 1960, 296).

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

Règlement de la commission de recours de la Caisse suisse de compensation, du 19 novembre 1960 (RO 1961, 116).

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

Ordonnance du Département fédéral de l'intérieur concernant les frais d'administration dans l'AVS (subsidés aux caisses cantonales de compensation), du 17 novembre 1961 (RO 1961, 1038).

II. Conventions internationales

France

Convention relative à l'AVS, du 9 juillet 1949, avec protocole général et protocole n° 1 (RO 1950, 1164).

Arrangement administratif, du 30 mai 1950 (RO 1950, 1176).

⁸ Le texte mis à jour peut être demandé à l'OFAS.

- Avenant au Protocole général, du 5 février 1953 (RO 1953, 99).
 Protocole n° 2, du 1^{er} juin 1957 (RO 1957, 633).
 Protocole n° 3, du 15 avril 1958 (RO 1958, 328).
 Avenant à la Convention sur l'AVS, du 14 avril 1961 (RO 1961, 666).
 Avenant au protocole n° 3, du 14 avril 1961 (RO 1961, 385).
- Autriche* Convention relative aux assurances sociales, du 15 juillet 1950 (RO 1951, 787).
 Arrangement administratif, du 10 mai 1951 (RO 1951, 799).
- Bateliers rhénans* Accord international concernant la sécurité sociale, du 27 juillet 1950 (RO 1953, 514).
 Arrangement administratif, du 23 mai 1953 (RO 1953, 529).
- République fédérale d'Allemagne* Convention relative aux assurances sociales, du 24 octobre 1950 (RO 1951, 937).
 Arrangement administratif, du 21 septembre 1951 (RO 1951, 954).
 Echange de notes, du 14 septembre 1955 (RO 1955, 858).
 Echange de notes, du 3 octobre 1955 / 11 janvier 1957 (RO 1957, 67).
 Convention complémentaire, du 24 décembre 1962 (RO 1963, 939).
- Italie* Convention relative aux assurances sociales, du 17 octobre 1951 (RO 1954, 250).
 Arrangement administratif, du 8 février 1955 (RO 1955, 507).
- Belgique* Convention relative aux assurances sociales, du 17 juin 1952 (RO 1953, 948).
 Arrangement administratif, du 24 juillet 1953 (RO 1953, 958).
- Grande-Bretagne* Convention en matière d'assurances sociales, du 16 janvier 1953 (RO 1954, 1023).
 Arrangement administratif, du 1^{er} septembre 1954 (RO 1954, 1038).

- Convention complémentaire, du 12 novembre 1959 (RO 1960, 907).
Arrangement administratif, du 15 mars 1962 (RO 1962, 471).
- Danemark* Convention relative aux assurances sociales, du 21 mai 1954 (RO 1955, 290).
Arrangement administratif, du 23 juin 1955 (RO 1955, 790).
Convention complémentaire, du 15 novembre 1962 (RO 1962, 1479).
- Liechtenstein* Convention relative à l'AVS, du 10 décembre 1954 (RO 1955, 537).
Arrangement administratif, du 6 avril 1955 (RO 1955, 546).
- Suède* Convention relative aux assurances sociales, du 17 décembre 1954 (RO 1955, 780).
- Luxembourg* Convention relative aux assurances sociales, du 14 novembre 1955 (RO 1957, 282).
Arrangement administratif, du 27 février 1957 (RO 1957, 294).
- Pays-Bas* Convention sur les assurances sociales, du 28 mars 1958 (RO 1958, 1061).
Arrangement administratif, du 28 mars et du 3 juin 1958 (RO 1958, 1074).
Accord complémentaire, du 14 octobre 1960 (RO 1960, 1294).
- Tchécoslovaquie* Convention sur la sécurité sociale, du 4 juin 1959 (RO 1959, 1767).
Arrangement administratif, du 10 septembre 1959 (RO 1959, 1780).
- Espagne* Convention sur la sécurité sociale, du 21 septembre 1959 (RO 1960, 835).
Arrangement administratif, du 25 janvier 1960 (RO 1960, 847).

III. Les instructions de l'Office fédéral des assurances sociales⁹

1. Instructions, directives et circulaires non numérotées

Circulaire sur l'obligation de payer des cotisations du clergé séculier catholique romain, du 12 mars 1948.

Circulaire sur l'obligation de verser les cotisations et d'établir le décompte des personnes travaillant dans l'industrie de la broderie, du 5 août 1949 (en allemand seulement).

Circulaire concernant la mise en compte de cotisations partiellement recouvrées, adressée aux caisses de compensation qui sont autorisées à s'occuper d'autres tâches de prévoyance sociale, du 25 juin 1951.

Circulaire sur l'assujettissement et l'affiliation des institutions de prévoyance d'entreprises, du 12 mai 1952.

Instructions aux bureaux de revision sur l'exécution des contrôles d'employeurs selon l'article 68, 2^e alinéa, LAVS, du 1^{er} septembre 1954.

Circulaire concernant l'obligation de garder le secret, du 27 décembre 1954.

Circulaire aux caisses cantonales de compensation sur diverses questions qui se posent dans l'application de l'assurance-accidents dans l'agriculture, considérée comme autre tâche, du 21 février 1956.

Circulaire relative au règlement du fonds spécial « Legs de feu M. A. Isler » (appelé maintenant « Legs Isler et von Smolenski pour secourir des vieillards et des survivants se trouvant dans un état de gêne particulier »), du 19 septembre 1956.

Circulaire concernant les cotisations sur les indemnités versées aux contrôleurs du lait par les fédérations d'élevage du bétail, du 31 octobre 1956.

Circulaire sur la restitution d'actes de défaut de biens se rapportant à des cotisations périmées, du 23 mai 1957.

Instructions aux bureaux de revision pour la revision des caisses de compensation, du 15 juillet 1957, complétées par le Supplément du 31 octobre 1960.

⁹ Cette liste ne comprend pas les circulaires et communications qui ne sont valables que provisoirement, notamment les instructions sur l'AI, qu'il est prévu de remplacer par des circulaires ou directives spéciales. Ne sont pas énumérées, non plus, les instructions qui ne doivent être consultées qu'en cas de paiements d'arriérés, mais qui ne sont plus valables pour l'étude de nouveaux cas. La présente liste n'est donc pas définitive.

Circulaire adressée aux départements cantonaux compétents et aux comités de direction des caisses de compensation professionnelles sur la fortune des caisses de compensation, du 28 novembre 1957.

Directives sur les sûretés à fournir par les associations fondatrices des caisses de compensation AVS professionnelles, du 31 janvier 1958, étendues à l'AI par circulaire du 10 décembre 1959.

Circulaire concernant les indemnités versées aux autorités fiscales cantonales, du 9 avril 1958.

Instructions aux comptables militaires concernant le questionnaire et l'attestation du nombre de jours soldés, prévus par le régime des APG, du 29 décembre 1959 (51.3/V).

Circulaire sur le contentieux, du 15 juillet 1960, modifiée par les suppléments du 2 février et du 31 août 1962.

Circulaire concernant l'obligation de garder le secret et la conservation des dossiers dans l'AI, du 22 août 1960.

Directives concernant le régime des APG, de novembre 1960 (318.701).

Circulaire sur l'assujettissement à l'assurance, du 1^{er} juin 1961 (318.107.02).

Circulaire relative au microfilmage des CIC portant sur les inscriptions des années 1948 à 1960, du 29 août 1961, avec supplément du 15 décembre 1961.

Circulaire concernant le remboursement des frais de voyage dans l'AI, du 1^{er} septembre 1961 (318.507.01), avec feuillets collants du 1^{er} janvier 1962 (318.507.011), du 1^{er} janvier 1963 (318.507.012) et du 1^{er} janvier 1964 (318.507.013).

Circulaire concernant l'affranchissement à forfait, du 11 octobre 1961 (318.107.03).

Directives aux administrations fiscales concernant la procédure de communication du revenu aux caisses de compensation AVS, octobre 1961 (318.102.1).

Directives concernant l'AVS et l'AI facultatives des ressortissants suisses résidant à l'étranger, valables dès le 1^{er} janvier 1962 (318.101).

Directives sur les cotisations des travailleurs indépendants et des non-actifs, valables dès le 1^{er} janvier 1962 (318.102).

Circulaire sur le salaire déterminant, valable dès le 1^{er} janvier 1962 (318.107.04).

Directives sur le certificat d'assurance et le compte individuel des cotisations, valables dès le 1^{er} janvier 1962 (318.301).

Circulaire aux commissions AI et à leurs secrétariats concernant les rapports annuels, du 5 avril 1962.

Circulaire aux caisses de compensation concernant les rapports annuels, du 10 avril 1962.

Circulaire aux offices régionaux AI concernant les rapports annuels, du 3 mai 1962.

Directives sur la comptabilité et les mouvements de fonds des caisses de compensation, valables dès le 1^{er} février 1963 (318.103).

Directives concernant les rentes, valables dès le 1^{er} août 1963 (318.104).

Directives sur le statut des étrangers et des apatrides dans l'AVS et l'AI, édition en feuilles volantes, état au 1^{er} septembre 1963 (318.105).

Circulaire concernant le versement limité de rentes AVS extraordinaires à des ressortissants allemands, du 19 novembre 1963.

Circulaire concernant les mesures de réadaptation d'ordre professionnel, valable dès le 1^{er} janvier 1964 (318.507.02).

2. Circulaires numérotées

N^{os} concernant:

- 10 Le paiement des cotisations, le règlement des comptes, le mouvement des fonds et la comptabilité, du 25 novembre 1947 (valables seulement les chapitres A et C/V).
- 24 a L'obligation de verser des cotisations et l'affiliation aux caisses des membres de communautés religieuses, du 28 décembre 1950. (Sont abrogés les chapitres A et B, ainsi que le chiffre 1, 1^{re} phrase, et le chiffre 2, lettre b, bb (sans la 1^{re} phrase) du chapitre C), avec Supplément du 24 août 1955.
- 27 La fixation du salaire déterminant, le règlement des comptes et le paiement des cotisations pour les personnes travaillant à domicile (à l'exception de l'industrie de la broderie), du 29 avril 1948.
- 28 a La procédure à suivre en matière de recours, du 8 janvier 1958, avec Supplément 1 du 15 juillet 1958.
- 30 a Les timbres-cotisations AVS/AI/APG, du 8 janvier 1960.
- 33 a La procédure de sommation, de taxation d'office, d'amende et d'exécution forcée, du 11 juin 1951.
- 35 Les cotisations et les rentes à restituer irrécouvrables, du 4 octobre 1948 (valable seulement en ce qui concerne les cotisations irrécouvrables).

- 36 a L'affiliation aux caisses de compensation, les changements de caisse et les cartes du registre des affiliés, du 31 juillet 1950, avec Supplément du 28 juillet 1960.
- 43 a Le remboursement des cotisations AVS à raison du paiement du droit fédéral du timbre sur les coupons, du 15 novembre 1958 (318.106.43 a).
- 46 a La convention italo-suisse du 17 octobre 1951 relative aux assurances sociales, du 28 mai 1955.
- 47 La convention conclue le 9 juillet 1949 entre la Suisse et la France sur l'AVS, du 13 octobre 1950.
- 54 La convention conclue le 15 juillet 1950 entre la Suisse et l'Autriche en matière d'assurances sociales, du 25 août 1951.
- 55 La convention conclue le 24 octobre 1950 entre la Suisse et la République fédérale d'Allemagne, du 18 octobre 1951, avec Supplément du 10 octobre 1957.
- 57 Le remboursement aux étrangers et aux apatrides des cotisations versées à l'AVS, du 17 mars 1952, avec Suppléments du 3 juin et du 14 décembre 1961.
- 58 Les conventions sur les assurances sociales conclues entre la Suisse et la France, l'Autriche et la République fédérale d'Allemagne, du 26 décembre 1952.
- 59 L'accord international du 27 juillet 1950 concernant la sécurité sociale des bateliers rhénans, du 24 juillet 1953.
- 60 La convention conclue le 17 juin 1952 entre la Suisse et la Belgique, en matière d'assurances sociales, du 31 octobre 1953.
- 61 a La fin de l'obligation de payer des cotisations, du 13 juin 1957.
- 62 Les contrôles d'employeurs effectués sur place par les bureaux de revision, du 22 juillet 1954.
- 63 La convention en matière d'assurances sociales conclue le 16 janvier 1953 entre la Suisse et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, du 30 septembre 1954.
- 63 a L'octroi de rentes extraordinaires aux ressortissants du Royaume-Uni de Grande-Bretagne, du 4 juillet 1960.
- 64 La prescription des cotisations, du 29 décembre 1954.
- 65 La convention conclue le 21 mai 1954 entre la Suisse et le Royaume de Danemark en matière d'assurances sociales, du 22 mars 1955.

- 67 La convention conclue entre la Suisse et la Principauté du Liechtenstein, en matière d'AVS, le 10 décembre 1954, du 26 mai 1955.
- 68 La convention conclue entre la Suisse et la Suède, en matière d'assurances sociales, le 17 décembre 1954, du 30 août 1955.
- 69 La convention en matière d'assurances sociales conclue entre la Suisse et le Luxembourg en date du 14 novembre 1955, du 8 avril 1957.
- 70 Les bourses et autres prestations analogues, du 19 juin 1957.
- 71 Les rémunérations de minime importance pour les activités accessoires, du 3 juillet 1957.
- 72 La conservation des dossiers, du 25 août 1958.
- 73 La convention relative aux assurances sociales conclue entre la Suisse et le Royaume des Pays-Bas en date du 28 mars 1958, du 4 décembre 1958.
- 74 La convention conclue entre la Confédération suisse et la République de Tchécoslovaquie sur la sécurité sociale, en date du 4 juin 1959, du 15 décembre 1959.
- 75 La convention sur la sécurité sociale entre la Confédération suisse et l'Espagne, du 21 septembre 1959, du 11 juillet 1960.

3. Tables servant à déterminer les prestations et les cotisations ¹⁰

Tables de calcul des allocations journalières APG et des indemnités journalières AI, valables dès le *1^{er} janvier 1960* (318.116).

Tables de calcul des rentes AVS et AI et de l'allocation pour impotent, valables dès le *1^{er} juillet 1961* (318.117).

Tables des cotisations des indépendants et non-actifs, valables dès le *1^{er} janvier 1962* (318.114).

¹⁰ Seront remplacées, par suite de la révision de l'AVS et du régime des APG, par de nouvelles tables, avec effet au *1^{er} janvier 1964*.

PETITES INFORMATIONS

Interventions parlementaires traitées

Question écrite
Pradervand,
du 2 octobre 1963

En date du 2 décembre, le Conseil fédéral a répondu de la manière suivante à la question Pradervand, dont le texte a été donné dans la RCC 1963, p. 453:

« Le Conseil fédéral estime qu'il est juste et nécessaire de développer l'aide complémentaire à la vieillesse, aux survivants et aux invalides par les cantons et de subventionner cette aide, dans une mesure plus grande que jusqu'ici, par des subsides fédéraux. C'est précisément dans ce sens qu'il a fait allusion, dans son message du 16 septembre 1963 sur la sixième révision de l'AVS, à un projet de loi fédérale sur les prestations complémentaires aux bénéficiaires de rentes de l'AVS et de l'AI. Il incomberait aux cantons d'édicter, dans le cadre d'une telle loi fédérale et sous réserve de l'approbation par le Conseil fédéral, les prescriptions matérielles sur les rentes complémentaires. Il devrait être possible, dans ces prescriptions, de tenir compte équitablement du cas des personnes de condition indépendante qui, pour des raisons d'âge, ont remis leur exploitation à des membres de leur famille. »

Postulat Dafflon
du 4 octobre 1962

Postulat Klingler
du 10 décembre 1962

Postulat
Meyer-Lucerne
(ancien postulat
Malzacher)
du 19 décembre 1962

Trois postulats ont été traités par le Conseil national le 4 décembre 1963. M. Dafflon, conseiller national, a développé son postulat concernant l'aide à la vieillesse et aux survivants (cf. RCC 1962, p. 432). Son collègue M. Klingler suggéra la création d'une aide complémentaire aux invalides (cf. RCC 1963, p. 63). Le conseiller national Meyer, de Lucerne, développa le postulat qu'il avait repris de M. Malzacher, démissionnaire, sur l'amélioration de l'aide à la vieillesse et aux survivants (cf. RCC 1963, p. 64). M. Tschudi, conseiller fédéral, rappela la loi fédérale en préparation sur l'octroi de prestations complémentaires aux vieillards, survivants et invalides, et accepta les trois postulats. Le Conseil national approuva cette transmission.

Initiative populaire
de l'AVIVO
du 7/21 juin 1962

Lors du vote final du 19 décembre 1963, le Conseil national et le Conseil des Etats ont décidé de proposer au peuple et aux cantons le rejet de cette initiative (cf. RCC 1962, p. 340).

- Allocations familiales dans le canton du Valais** Aux termes de l'article 4 de la loi sur les allocations familiales aux agriculteurs indépendants, du 6 février 1958, l'allocation pour enfant ne doit pas être inférieure à 10 francs par mois. Le Grand Conseil est autorisé, toutefois, à élever ce montant. Par décret du 14 novembre 1963, il a fait usage de cette compétence et fixé l'allocation pour enfant aux agriculteurs indépendants à 15 francs dès le 1^{er} octobre 1963 et à 20 francs dès le 1^{er} janvier 1966.
- Allocations familiales dans le canton des Grisons** Le 26 novembre 1963, le Grand Conseil a pris un arrêté relevant, à partir du 1^{er} janvier 1964, de 1 à 1,3 pour cent des salaires le taux de la contribution due par les employeurs affiliés à la caisse cantonale de compensation pour allocations familiales.
- Allocations familiales dans le canton de Fribourg** Jusqu'ici, les salariés étrangers avaient droit à une allocation mensuelle de 15 francs pour leurs enfants vivant hors de Suisse. Aux termes d'un arrêté du Conseil d'Etat du 13 décembre 1963, ayant effet dès le 1^{er} janvier 1964, les travailleurs étrangers ont été assimilés, en ce qui concerne le montant de l'allocation pour enfant, aux salariés suisses, si bien que l'allocation s'élève désormais à 25 francs également pour les enfants résidant à l'étranger. Conformément à l'ancienne réglementation, seuls donnent droit à l'allocation les enfants de moins de 15 ans révolus.
- Répertoire d'adresses AVS/AI/APG** Page 10, caisse 32, Ostschweiz. Handel
Nouvelle adresse: Amriswil, Gartenstrasse 3. Case postale 110, Amriswil 1. Nouveau numéro de téléphone: (071) 6 75 08.
Page 18, caisse 89, Banques
Nouvelle adresse: Zurich 2, Bleicherweg 33. Biffer la case postale. Numéro de téléphone supplémentaire: 27 84 42.
- Nouvelles personnelles** M. *Hans Fischer*, qui a longtemps dirigé la caisse de compensation « Ostschweiz. Handel », a quitté ce poste à la fin de l'année dernière. M. *Georg Bommeli*, Amriswil, lui succède comme gérant.
- Erratum RCC 1963** Page 477, à la 8^e ligne du bas, lire: *venant du canton de Genève...*

JURISPRUDENCE

Assurance-vieillesse et survivants

COTISATIONS

Arrêt du TFA, du 4 juillet 1963, en la cause F. et Z.

Article 5, 2^e alinéa, LAVS. Les personnes exerçant accessoirement une activité d'agent d'assurance doivent, pour cette activité, être en général considérées comme salariées. (Considérant 1.)

Article 14, 4^e alinéa, LAVS; article 39 RAVS. Une réclamation de cotisations arriérées ne heurte pas les règles de la bonne foi, même si le reviseur a, lors d'un contrôle d'employeur, fourni des renseignements juridiques erronés, l'employeur ayant toutefois été informé par la caisse, à temps et suffisamment, de sa situation de droit véritable. En cas de doute, l'employeur doit se renseigner auprès de la caisse de compensation et non auprès de l'office de revision. (Considérant 3.)

Article 97, 1^{er} alinéa, LAVS. La personne tenue de payer des cotisations ne peut pas arguer d'une pratique apparemment différente d'une caisse à l'autre pour obtenir un traitement allant à l'encontre des dispositions légales. (Considérant 4.)

Article 84, 1^{er} alinéa, LAVS; article 128 RAVS. Que faut-il entendre par « décision de la caisse » au sens de ces dispositions ? (Considérant 5.)

Article 16, 1^{er} alinéa, LAVS. Le délai de prescription n'est respecté que si la caisse a fait valoir sa créance de cotisations dans une décision indiquant le montant de la créance. Il suffit cependant que la créance soit déterminée d'après une estimation. Le montant exact des cotisations peut alors être ultérieurement notifié dans la mesure où il n'excède pas celui de l'estimation. (Considérant 5.)

Articles 16, 1^{er} alinéa, et 84, 2^e alinéa, LAVS. La caisse de compensation peut, même si l'affaire a déjà été portée devant le juge, prendre encore une décision par laquelle elle sauvegarde ses droits existants, mais non pas une décision créant une situation juridique nouvelle. (Considérant 5.)

Article 14, 4^e alinéa, LAVS; article 40, 1^{er} alinéa, RAVS. A propos de la remise du paiement des cotisations arriérées. (Considérant 6.)

Articolo 5, capoverso 2, LAVS. Le persone esercitanti a titolo accessorio un'attività di agente d'assicurazioni devono essere considerate, in generale, per questa attività come salariati. (Considerando 1.)

Articolo 14, capoverso 4, LAVS; articolo 39 OAVS. Un reclamo di paga-

mento dei contributi arretrati non urta le regole della buona fede anche se, in occasione di un controllo dei datori di lavoro, il revisore ha dato delle informazioni giuridiche errate che la cassa di compensazione ha però rettificato, informando, in tempo utile e in modo sufficiente, il datore di lavoro nella situazione giuridica reale. In caso di dubbio, il datore di lavoro deve chiedere informazioni alla cassa di compensazione (e non all'ufficio di revisione). (Considerando 3.)

Articolo 97, capoverso 1, LAVS. La persona soggetta all'obbligo contributivo non può, fondandosi su una prassi apparentemente diversa da una cassa all'altra, pretendere di essere trattata in modo contrario alle disposizioni di legge. (Considerando 4.)

Articolo 84, capoverso 1, LAVS; articolo 128 OAVS. Cosa s'intende per « decisioni della cassa » a sensi di queste disposizioni? (Considerando 5.)

Articolo 16, capoverso 1, LAVS. Il termine di prescrizione è osservato soltanto se la cassa ha fatto valere il suo credito contributivo mediante una decisione nella quale figuri l'importo del credito. E' sufficiente che il credito sia determinato in base ad una stima. L'importo esatto dei contributi può essere notificato più tardi in quanto non sia superiore a quello della stima. (Considerando 5.)

Articolo 16, capoverso 1; articolo 84, capoverso 2, LAVS. La cassa di compensazione può anche se il caso è già stato presentato al giudice, emanare ancora una decisione per tutelare i suoi diritti ma non una decisione che crei una nuova situazione giuridica. (Considerando 5.)

Articolo 14, capoverso 4, LAVS; articolo 40, capoverso 1, OAVS. Condono del debito di contributi arretrati. (Considerando 6.)

L'intimée, qui gère l'agence générale d'une compagnie d'assurances, occupe également un nombre relativement élevé de collaborateurs travaillant pour elle à titre accessoire; ceux-ci fonctionnent, en ville, comme agents occasionnels d'assurance ou, en dehors de la zone urbaine, comme agents dits locaux. La caisse de compensation a invité l'intimée à verser les cotisations paritaires pour ces personnes avec effet au 1^{er} janvier 1957 et lui a enjoint simultanément « de lui procurer les indications lui manquant encore au sujet du gain des intéressés ». La maison a formé recours et a notamment invoqué sa bonne foi. La commission de recours a statué que l'intimée avait à payer les cotisations réclamées jusqu'à fin 1961, mais ne devait toutefois qu'une part de ces cotisations égale à 2 pour cent des salaires. L'OFAS a interjeté appel de ce jugement.

Le TFA a admis l'appel et a statué que l'intimée était tenue au paiement de toutes les cotisations dues. Il a énoncé les considérants suivants:

1. Les agents sont en général considérés comme des salariés, qu'ils exercent leur activité à titre de profession principale ou accessoire. Le motif en est notamment qu'ils ne supportent guère comme tels un risque économique analogue à celui encouru par une personne établie à son compte (arrêts du 21 août 1951 en la cause M. S. A., ATFA 1951, p. 178, et RCC 1951, p. 422; du 26 août 1953 en la cause R. & Cie, ATFA 1953, p. 198, et RCC 1953, p. 393; du 21 février 1955 en la cause E. O., ATFA 1955, p. 20, et RCC 1955, p. 156). Le risque économique de ces personnes se limite la plupart du temps à la dépendance existant entre la rétribution obtenue et le succès du travail personnellement fourni. Ce risque ne peut être assimilé à celui qui est encouru par le travailleur indépendant que dans le cas — l'expérience mon-

tre qu'il est rare — où l'intéressé a placé de fortes sommes dans l'exercice de son activité et se voit appelé à verser des salaires à des tiers.

Le dossier ne fournit aucun indice permettant d'admettre que des circonstances exceptionnelles de ce genre puissent être valablement invoquées en ce qui concerne les collaborateurs occasionnels de l'intimée. L'autorité de première instance a donc avec raison statué que ces collaborateurs doivent être considérés comme des salariés.

Il en résulte que l'intimée doit en principe acquitter les cotisations paritaires sur les rétributions allouées à ses agents occasionnels. Il convient d'examiner si des motifs impérieux empêchent que l'on admette dans ce cas la réclamation des cotisations arriérées.

2. ...

3. L'intimée prétend en outre qu'il serait contraire au principe de la bonne foi de lui faire répondre de la faute commise par le reviseur.

Ainsi que le TFA l'a statué dans son arrêt du 17 juin 1957 en la cause H. S.A. (ATFA 1957, p. 177; RCC 1958, p. 26), « le principe de la bonne foi ne peut limiter une réclamation de cotisations arriérées que là où des circonstances tout à fait particulières feraient apparaître comme inéquitable ou comme incompatible avec la sécurité du droit l'acte par lequel le rétablissement du droit est prononcé rétroactivement ».

De telles circonstances n'existent pas en l'espèce. On peut se dispenser de déterminer dans quelle mesure le reviseur aura provoqué la négligence de l'intimée par son comportement lors du contrôle d'employeur qu'il a effectué en 1957. La caisse de compensation a en effet, par la lettre qu'elle a adressée le 6 juin 1962 à l'intimée et par la production des pièces citées dans cette lettre, prouvé qu'elle avait suffisamment renseigné l'intimée sur le point en litige et l'avait fait en temps utile. Si l'intéressée, qui devait connaître les informations détaillées qui lui furent fournies, avait vraiment été placée dans le doute par le comportement du reviseur sur ce qu'il lui incombait de faire, son devoir eût été de s'enquérir auprès de la caisse de compensation et de demander toutes instructions nécessaires à cette caisse — seule habilitée, à l'exclusion de l'organe de contrôle, à prendre une décision et toutes dispositions utiles (voir l'article 163, 2^e al., RAVS). Ce devoir était d'autant plus impérieux qu'il y allait des intérêts de ses agents occasionnels dans l'AVS; si les cotisations n'avaient pas été versées (et les agents n'en avaient pas non plus acquitté sur les gains litigieux en tant qu'assurés ayant une activité indépendante), ces agents n'auraient pas vu de cotisations inscrites dans leur compte individuel. La lettre que la caisse de compensation a écrite le 20 novembre 1957 à l'intéressée et par laquelle elle constate, sur la base du contrôle effectué, que l'intéressée a d'une manière générale correctement réglé les comptes et payé les cotisations, ne peut en tout cas pas être considérée, concernant les rétributions litigieuses, comme une instruction au sens de l'article 163, 3^e alinéa, RAVS; il n'est en effet pas établi que la caisse ait su à ce moment-là que l'intimée occupait des agents occasionnels sans acquitter les cotisations paritaires pour ceux-ci. D'ailleurs, une caisse de compensation est autorisée à revenir sur une décision, même si celle-ci a passé en force de chose jugée, lorsque cette décision apparaît manifestement fautive ou si le redressement de la décision s'impose par l'importance des montants en jeu. Ce faisant, la caisse ne viole pas les règles de la bonne foi. (Voir arrêt du TFA du 19 février 1963 en la cause M. R., ATFA 1963, p. 84, et RCC 1963, p. 273.)

Peu importe que l'intimée, comme elle l'allègue encore, n'ait pas fait révoquer l'instruction donnée en 1947 par sa direction générale et selon laquelle les agents locaux devaient être considérés comme exerçant une activité indépendante. Cette

instruction interne ne joue en effet aucun rôle quant à l'appréciation du cas au regard du droit de l'AVS.

4. Dans la procédure de recours, l'intimée a fait valoir que la pratique suivie par les caisses dans la question litigieuse n'était pas uniforme. Dans un canton, encore en 1959, les cotisations paritaires n'ont pas été perçues sur les rétributions versées aux agents locaux. Cependant, quelles que soient ces circonstances, l'intimée ne peut pas en tirer parti; elle ne peut prétendre en effet qu'un traitement égal *conforme* à la loi et non pas contraire à celle-ci.

5. L'intimée fait en outre valoir que la réclamation de cotisations arriérées est prescrite pour l'année 1957.

L'autorité de première instance, dont le prononcé a été rendu le 5 décembre 1962, mais rédigé et notifié aux parties seulement à une date ultérieure, n'a pas examiné cette objection soulevée par l'intimée en date du 19 janvier 1963 seulement. Le problème de la prescription doit toutefois être examiné d'office.

Aux termes de l'article 16, 1^{er} alinéa, LAVS, les cotisations dont le montant n'a pas été fixé par une décision notifiée dans un délai de cinq ans à compter de la fin de l'année civile pour laquelle elles sont dues ne peuvent plus être exigées ni payées.

Interprétant cette disposition légale, le TFA a statué qu'une décision se bornant à prononcer qu'une personne est en principe assujettie à l'obligation de payer les cotisations n'empêche pas la prescription de celles-ci. La loi exige explicitement que les cotisations soient réclamées dans le délai de prescription. S'agissant de rapports d'assurance pour lesquels le mode d'assujettissement de l'assuré n'est pas contesté, les cotisations sont atteintes par la prescription si elles n'ont pas été, dans le délai de cinq ans, consignées dans une décision *indiquant leur montant* (arrêt du 11 août 1958 en la cause P. S.A., ATFA 1958, p. 186, et RCC 1958, p. 392).

A la lumière de cette jurisprudence, les cotisations litigieuses n'ont, par la décision du 6 juin 1962, pas été « fixées et notifiées » comme il le faudrait selon l'article 16, 1^{er} alinéa, LAVS. Par cette décision, la caisse de compensation a seulement statué que l'intimée était également tenue de payer les cotisations sur les gains alloués aux agents occasionnels. La caisse, en prenant cette décision, avait pleinement conscience de cette situation. Pour empêcher la prescription, elle a, pour ce motif et par lettre du 21 décembre 1962, demandé à l'intimée de lui verser pour 1957 un montant de cotisations arriérées estimé par elle à 10 000 francs au total. Contrairement à ce que l'intimée paraît croire, la caisse, en agissant ainsi, a empêché que sa réclamation de cotisations arriérées ne soit atteinte par la prescription. La lettre dont il est ici question peut être considérée comme une décision de caisse au sens juridique de ce terme, quand bien même elle ne contenait aucun exposé des voies de droit. Est en effet une décision juridiquement valable tout acte (désigné explicitement ou non comme décision) que la caisse de compensation communique au débiteur et par lequel elle réclame un montant déterminé de cotisations pour une période déterminée. L'article 128, 2^e alinéa, RAVS fait certes une obligation aux caisses de munir leurs décisions d'un exposé des moyens de droit; la présence d'un tel exposé n'est cependant pas une condition de validité de la décision (arrêt du TFA du 20 décembre 1956 en la cause R. S.A., RCC 1957, p. 185). La lettre écrite le 21 décembre 1962 par la caisse doit donc être considérée comme une décision. Le fait que le montant réclamé reposait seulement sur une estimation sans être plus amplement spécifié n'a pas empêché l'interruption du délai de prescription. D'ailleurs, la caisse n'a pas pu calculer le montant exact de la somme due, pour le seul motif que l'intéressé ne lui avait pas remis les documents nécessaires à cet effet. La lettre que la caisse avait écrite le 2 avril 1962 et la décision qu'elle avait rendue le 6 juin 1962 avaient indi-

qué à l'intimée pour quels agents occasionnels et pour quelles périodes il lui fallait encore acquitter les cotisations paritaires. Ces données, en corrélation avec la lettre de la caisse du 21 décembre 1962, suffisent à faire admettre que les cotisations furent réclamées, avec indication de leur montant, à temps et conformément à l'article 16, 1^{er} alinéa, LAVS, en sorte qu'elles ne sont pas prescrites. Dans sa lettre du 19 janvier 1963, l'intimée a déclaré ce qui suit :

« A notre avis, on ne se trouve en présence d'une décision juridiquement valable que si la cotisation réclamée a été calculée sur la base d'investigations précises, c'est-à-dire correspondant au franc et au centime près aux montants dus sur les prestations soumises à cotisations, dans le cadre d'une application correcte des taux fixés par la loi. »

Ce faisant, l'intimée rend excessives les exigences posées par l'article 16, 1^{er} alinéa, LAVS. A cet égard, il convient de relever que le Tribunal fédéral, en matière d'impôts fédéraux, a fixé, pour les actes interruptifs de la prescription, des exigences nettement inférieures à celles que l'intéressée voudrait voir observées dans le cas particulier. En matière d'impôt sur le chiffre d'affaires, d'impôt sur le luxe et de droit de timbre, le Tribunal fédéral a statué en jurisprudence constante qu'il suffit, pour interrompre la prescription, d'un avis de l'administration fédérale des contributions par lequel le contribuable apprend de façon certaine qu'un état de faits donné entraîne, de l'avis du fisc fédéral, l'obligation de payer l'impôt. Il n'est pas nécessaire que cet état de faits soit déjà élucidé de tous les points de vue entrant en ligne de compte. Lorsque cet état de faits est consigné de telle manière dans l'avis que le contribuable sait de quoi il retourne, les exigences posées par la loi sont satisfaites. (Archives de droit fiscal suisse, vol. 18, p. 422 ss, en ce qui concerne l'impôt sur le chiffre d'affaires; vol. 22 p. 515 ss, cons. 3, en ce qui concerne l'impôt sur le luxe; vol. 22, p. 402 ss, en ce qui concerne le droit de timbre.) En ce qui concerne l'impôt pour la défense nationale, les exigences ici visées sont encore moins sévères. Par la notification d'une taxation provisoire, ainsi en a statué le Tribunal fédéral, la créance IDN est ainsi exercée en totalité et non pas seulement à concurrence du montant figurant dans la taxation. Il n'est ni nécessaire d'indiquer le montant exact de la créance, ni requis de préciser « les faits » qui pourraient, de l'avis du fisc, entraîner une réclamation supplémentaire d'impôts. (Archives, vol. 18, p. 142, cons. 4.) La jurisprudence du Tribunal fédéral à l'égard de l'administration fédérale est donc, sur ce point, généralement moins sévère que celle du TFA envers les caisses de compensation. On ne voit pas pourquoi on introduirait dans l'AVS une jurisprudence plus stricte que jusqu'ici, d'autant moins que l'esprit et la lettre de l'article 16, 1^{er} alinéa, LAVS ne le commandent nullement; en outre, par le versement des cotisations, et contrairement à ce qui se passe lors du paiement des impôts fédéraux, les assurés acquittent non seulement une obligation, mais acquièrent encore des droits qui leur sont propres.

La décision du 21 décembre 1962 ne heurte pas non plus le principe reconnu par la jurisprudence, selon lequel l'ouverture d'une instance empêche la caisse de statuer à nouveau sur l'objet en litige. Ce principe ne vaut en effet que pour les décisions prises en litispendance qui *créent une nouvelle situation juridique*, c'est-à-dire qui entraînent des obligations ou des droits non fixés auparavant. Il ne concerne pas les décisions qui, comme celle dont il est ici question, ne visent *qu'à sauvegarder les droits déjà existants* de la caisse. Le principe jurisprudentiel a pour but d'empêcher que l'autorité administrative ne modifie l'objet litigieux en cours de litige. En revanche, si l'on interdisait à l'administration de prendre, en cours de litige, des décisions interruptives de la prescription, on favoriserait précisément la disparition de la question liti-

gieuse par la survenance de la péremption. Cela mis à part, le débiteur des cotisations aurait, le cas échéant, toute latitude, en compliquant le calcul des cotisations et en utilisant des procédés dilatoires, de faire en sorte que la prescription survenne, ce qui n'est certainement pas le but voulu par le législateur.

De ce qui précède, il résulte que les cotisations pour 1957 ne sont pas prescrites en l'espèce, ni périmées. La réclamation des cotisations arriérées pour cette année ne doit cependant pas, une fois apurée, dépasser le montant de 10 000 francs (arrêt du TFA du 15 novembre 1957 en la cause B., cité dans l'arrêt du 23 mai 1958 en la cause E. G., ATFA 1958, p. 97, et RCC 1958, p. 350).

6. Du moment que l'intimée est en principe redevable des cotisations arriérées ici en cause et que rien ne s'oppose juridiquement à cette réclamation, il convient encore d'examiner si ces cotisations doivent faire l'objet d'une remise, comme l'autorité de première instance l'a statué pour la part salariée de ces cotisations. Par économie de procédure, la commission de recours pouvait se déterminer sur ce point, lors même que la caisse de compensation n'avait pris aucune décision à cet égard ; car, dans la procédure de recours, la caisse avait adopté une opinion manifestement négative (voir l'arrêt du 12 mai 1950 en la cause J. K., ATFA 1950, p. 163, et RCC 1950, p. 335).

D'après l'article 40, 1^{er} alinéa, RAVS, celui qui pouvait croire de bonne foi qu'il ne devait pas les cotisations réclamées peut en obtenir la remise totale ou partielle lorsque le paiement de ces cotisations lui imposerait une charge trop lourde au regard de ses conditions d'existence. La jurisprudence exige en outre que la remise ne porte pas préjudice aux salariés touchés par elle (arrêt du 10 décembre 1958 en la cause A. V., ATFA 1958, p. 237, et RCC 1959, p. 63).

Ainsi que l'OFAS le fait observer à juste titre, on ne se trouve pas ici en présence d'un cas pénible. Il n'en irait autrement que si l'intéressée rendait vraisemblable qu'en payant les cotisations arriérées, elle tomberait dans la gêne. Le seul fait qu'un débiteur de cotisations paritaires ne peut, pour la part salariée de ces cotisations, exercer son droit de recours contre ses anciens salariés ne permet pas d'admettre la charge trop lourde. (Arrêt du 11 novembre 1957 en la cause J. W., RCC 1958, p. 97 ; cf. aussi l'arrêt du 9 mai 1958 en la cause A. S. A., ATFA 1958, p. 121, et RCC 1958, p. 427.) Or, ce sont là les seules circonstances alléguées par l'intimée, qui ne prétend pas être menacée d'embarras financiers.

En l'absence de charge trop lourde au sens de l'article 40, 1^{er} alinéa, RAVS, il est exclu d'envisager une remise, et cela même si l'intimée a, comme elle l'allègue, agi en toute bonne foi, point qui peut rester indécis dans ce cas.

Arrêt du TFA, du 20 février 1963, en la cause J. W.

Articles 128 RAVS et 120 AO. La caisse de compensation qui ne fait qu'exprimer en chiffres le prononcé d'un tribunal n'a pas besoin, pour ce faire, de rendre une décision. (Considérant 2.)

Article 16, 1^{er} alinéa, LAVS. Si des cotisations, dues pour plusieurs années, ont été fixées par décision dans les limites du délai de prescription et se trouvent être toutes litigieuses dans une procédure de recours ou d'appel, le jugement statuant sur ces cotisations peut en modifier la répartition entre les différentes années en cause, même s'il est rendu après le terme du délai. (Considérant 3.)

Articolo 128 OAVS; articolo 120 DO. La cassa di compensazione, che si

limita ad esprimere in cifre una sentenza del tribunale, non ha bisogno di prendere una decisione. (Considerando 2.)

Articolo 16, capoverso 1, LAVS. Se dei contributi dovuti per diversi anni sono stati fissati mediante decisione entro i limiti del termine di prescrizione e formano tutti l'oggetto di una procedura di ricorso o di appello, la sentenza che decide in merito a questi contributi può modificare la ripartizione tra i diversi anni in causa, anche se essa è pronunciata dopo il termine di prescrizione. (Considerando 3.)

La Commission de recours avait fixé le montant du revenu de l'activité indépendante à retenir comme base de calcul, ainsi que celui du capital propre placé dans l'entreprise, avait refusé la prise en compte des cotisations AVS de la période de calcul et avait renvoyé la cause à la caisse de compensation pour que celle-ci procède à la fixation des cotisations.

La caisse de compensation a interjeté appel de ce prononcé, dont elle a demandé l'annulation, tout en sollicitant le renvoi de l'affaire aux premiers juges pour nouveau jugement. Elle s'est ralliée au calcul du revenu et a admis, comme l'assuré, que le capital propre placé dans l'entreprise à estimer selon les instructions de la Commission de recours s'était élevé à 100 000 francs pour les huit premiers mois de l'année 1955. En revanche, la caisse a maintenu sa demande de prise en compte de la cotisation personnelle et a contesté qu'il y ait lieu de lui renvoyer le dossier car, à son avis, il ne lui était, vu la prescription, plus possible de fixer les cotisations pour les années 1955 et 1956.

Le TFA a rejeté l'appel en énonçant les considérants suivants :

1. ...

2. Ainsi que l'OFAS le relève à juste titre, l'autorité de première instance a, à une exception près, statué sur tous les points qu'il y avait lieu d'aborder pour calculer les cotisations en l'espèce. Sur un seul point, celui de savoir s'il fallait considérer aussi un capital propre engagé dans l'entreprise pour la période allant du 1^{er} janvier au 31 août 1955 et quel devait être le montant de ce capital, elle n'a pris qu'une décision affirmative de principe, laissant à la caisse de compensation le soin de fixer ce montant et lui renvoyant le dossier à cet effet.

Du moment que, dans son mémoire d'appel, la caisse a accepté la demande, déjà faite par l'assuré dans la procédure de recours, de compter pour cette période un capital placé de 100 000 francs, et qu'il n'y a pas lieu de critiquer cette solution ni en fait ni en droit, on peut constater que, pour la période allant du 1^{er} janvier au 31 août 1955, il y a lieu de déduire du revenu déterminant un intérêt à 4,5 pour cent d'un capital propre placé par l'assuré dans son entreprise pour un montant de 100 000 francs.

Sur les autres points, le prononcé de l'autorité de première instance est complet et inattaqué. La caisse de compensation n'a plus qu'une seule tâche, celle d'exprimer en chiffres le prononcé de la Commission de recours confirmé et complété par le TFA. Pour ce faire, il n'est pas nécessaire qu'elle rende une décision au sens formel de ce terme.

Dans ces conditions, le point de procédure soulevé par la caisse de compensation, savoir si les premiers juges — qui détenaient tous les éléments de fait nécessaires — étaient vraiment autorisés à renvoyer le dossier à l'organe administratif, devient une question sans objet qui peut souffrir de rester indécise.

3. Un dernier problème doit encore être examiné en l'espèce, c'est celui de la prescription.

Aux termes de l'article 16, 1^{er} alinéa, LAVS, les cotisations dont le montant n'a pas été fixé par décision notifiée dans un délai de cinq ans, à compter de la fin de l'année civile pour laquelle elles sont dues, ne peuvent plus être exigées ni payées.

Toutes les décisions par lesquelles la caisse de compensation a réclamé les cotisations pour les années 1955 et suivantes ont été rendues le 10 août 1960, et par conséquent encore notifiées à l'assuré dans le délai statué par l'article 16, 1^{er} alinéa, LAVS. Ces décisions n'ont pas été annulées dans la procédure de recours et d'appel, mais seulement rectifiées. En ce qui concerne le revenu déterminant, il en est bien résulté certains changements pour l'une ou l'autre des années visées, car les dates auxquelles l'assuré a réalisé les bénéfices provenant de son négoce immobilier se révélaient différentes de celles qui furent initialement retenues; mais ces circonstances ne jouent aucun rôle du point de vue de la prescription. En effet, toutes les cotisations dues par l'assuré en vertu du présent arrêt ont été réclamées avant que la prescription ne survienne.

Assurance-invalidité

RÉADAPTATION

Arrêt du TFA, du 10 septembre 1963, en la cause J. F.

Article 9, 1^{er} alinéa, LAI; article 15, 2^e alinéa, RAI. Si un invalide, pour des raisons de santé, ne peut pas conduire un véhicule à moteur en toute sécurité, l'octroi d'un tel véhicule par l'AI n'entre pas en considération.

Articolo 9, capoverso 1, LAI; articolo 15, capoverso 2, OAI. La fornitura di un veicolo a motore da parte dell'AI non entra in considerazione, allorchè l'invalido, per ragioni di salute, non è in grado di condurre con sicurezza il veicolo.

L'assuré travaille depuis 1952 en qualité de tourneur dans une fabrique de machines et habite avec sa femme et deux enfants mineurs à trois kilomètres de son lieu de travail.

Il a informé la commission AI que, à cause d'une maladie du cœur, il ne pouvait plus utiliser sa bicyclette pour se rendre à son travail et a demandé l'octroi d'une voiture automobile légère. Un spécialiste de la médecine interne a confirmé que l'assuré avait dû, pour insuffisance cardiaque latente, faire deux séjours à l'hôpital et qu'il avait besoin d'un véhicule à moteur pour se rendre à son travail. En revanche, le service cantonal des automobiles estime qu'un motocycle suffit dans le cas présent.

Conformément au prononcé de la commission AI, la caisse de compensation refusa l'octroi d'une voiture, vu que l'assuré n'était pas atteint d'une affection des organes de la locomotion, mais qu'il était handicapé dans sa marche par une maladie du cœur (art. 15, 2^e al., RAI). Elle ajouta que, en revanche, l'assuré pouvait prétendre l'octroi d'un motocycle, celui-ci ne constituant pas un véhicule à moteur au sens de l'article 15, 2^e alinéa, RAI. L'assuré recourut contre cette décision et écrivit que, vu son état de santé, un véhicule à moteur fermé lui était indispensable. La commission canto-

nale de recours décida que l'AI devait remettre au recourant une voiture automobile légère.

L'OFAS interjeta appel contre cette décision. Le TFA, ayant demandé à un médecin spécialiste de se prononcer sur l'opportunité de l'octroi d'un véhicule à moteur, reçut le rapport suivant :

« Depuis 1960, le patient a souffert d'épisodes répétés de fibrillation auriculaire avec tachycardie et d'extrasystoles ventriculaires... Les douleurs précordiales que l'assuré a présentées en 1957, en juin 1960 et pendant la première hospitalisation en octobre 1960 d'une part, et les altérations de l'électrocardiogramme d'autre part, font supposer l'existence d'une angine de poitrine. Selon nos expériences, les crises de fibrillation auriculaire avec tachycardie et d'extrasystoles ventriculaires se produisent en général dans les cas où le cœur est organiquement lésé. Les crises peuvent même entraîner parfois des troubles hémodynamiques graves. Par la diminution de l'irrigation cérébrale, il se produit souvent des pertes de connaissance, voire des états apoplectiques. Comme ces troubles circulatoires peuvent survenir sans signe précurseur, le patient serait gravement exposé à des accidents en conduisant un motorcycle ou une automobile. En 1962, le patient pouvait travailler à 100 pour cent et selon ses indications, il était physiquement à la hauteur de son travail de tourneur. Nous ignorons si, entretemps, ses troubles cardiaques se sont accentués; cependant, ces crises rendent la conduite d'un véhicule peu souhaitable. »

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

1. Les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à améliorer leur capacité de gain, à la rétablir, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage (art. 9, 1^{er} al., LAI). L'AI fournit aux assurés notamment des moyens auxiliaires qui sont nécessaires à leur réadaptation à la vie professionnelle (art. 21, 1^{er} al., LAI). A ce sujet, l'article 14, 1^{er} alinéa, lettre g, RAI mentionne « les véhicules adaptés à l'infirmité en question ». Cependant, conformément à l'article 15, 2^e alinéa, RAI, un véhicule à moteur n'est accordé que si l'assuré peut, d'une manière durable, exercer une activité lui permettant de couvrir ses besoins et s'il n'est pas en mesure (« wegen wesentlicher Gehbehinderung », précise le texte allemand), de se rendre à son travail sans un véhicule à moteur personnel.

L'OFAS est d'avis que l'article 15, 2^e alinéa, RAI est seulement applicable si l'appareil locomoteur de l'assuré est directement atteint. Cependant, le tribunal de première instance allègue avec raison que pour la réadaptation à la vie professionnelle, il importe peu qu'un invalide soit empêché de se mouvoir par une affection de cet appareil ou seulement à cause de son état de santé déficient. L'interprétation de l'OFAS ne tient compte ni du sens des articles 9, 1^{er} alinéa et 21, 1^{er} alinéa, LAI, ni du sens de la teneur française et italienne de l'article 15, 2^e alinéa, RAI (arrêt du TFA, du 2 septembre 1963, en la cause F. H., considérant 2, RCC 1964, p. 39).

2. L'AI ne peut remettre aux invalides que des moyens auxiliaires qui, au sens de l'article 9, 1^{er} alinéa, LAI, les « aident » à améliorer leur capacité de gain, à la rétablir, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage (arrêt du TFA, du 5 juin 1962, en la cause F. L., considérant 1, RCC 1962, p. 435). En ce qui concerne les véhicules à moteur, tel n'est le cas que lorsque l'invalidé peut conduire en toute sécurité. La police refuse le permis de conduire à toute personne qui, en raison « de maladies ou d'infirmités physiques ou mentales », ne peut « conduire avec sûreté un véhicule automobile » (art. 14, 2^e al., lettre b, de la loi fédérale de la circulation routière).

Un tel handicap existe dans le cas présent. Comme l'a exposé le médecin dans son expertise, l'état de l'appelant est tel que celui-ci peut, à tout moment et sans « signe précurseur », souffrir de graves troubles cardiaques sur le chemin du travail et perdre connaissance. Dans de telles conditions, il serait dangereux qu'il conduise lui-même un véhicule pour se rendre à son travail, et l'octroi d'une voiture par l'AI n'entre pas en considération.

Arrêt du TFA, du 22 août 1963, en la cause J. B.

Article 12, 1^{er} alinéa, LAI. Lors du traitement des attaques apoplectiques accompagnées de paralysie, seuls les actes médicaux servant à la réadaptation fonctionnelle après l'amélioration de l'état général représentent des mesures de réadaptation, pour autant qu'ils visent en premier lieu la réadaptation professionnelle et soient de nature à améliorer la capacité de gain de façon durable et importante.

Articolo 12, capoverso 1, LAI. Per le cure di attacchi apopletici accompagnati da paralisi, solo il trattamento medico a scopo reintegrativo funzionale, in seguito a miglioramento dello stato generale di salute, è considerato provvedimento d'integrazione. Questo trattamento deve però proporsi in primo luogo l'integrazione professionale e essere atto a migliorare in modo duraturo e sostanziale la capacità al guadagno.

L'assuré, né en 1902, fut atteint de plusieurs attaques apoplectiques en avril 1961. Il put reprendre son activité à 50 pour cent à la fin d'août 1961 après une hospitalisation assez longue et un traitement médical et physiothérapeutique continu. En octobre 1961, il demanda à l'AI des mesures médicales. Le médecin traitant constata à fin novembre 1961 que l'assuré avait encore quelques troubles du langage (difficulté de trouver ses mots), que son bras et ses doigts du côté droit n'étaient pas encore bien mobiles (légères difficultés d'écriture) et que la commissure des lèvres à droite présentait encore une légère faiblesse. Le médecin estima que cet état était susceptible d'amélioration et indiqua qu'un traitement médical était nécessaire pour une période indéterminée. Enfin, il désigna la physiothérapie ambulatoire comme une mesure de réadaptation nécessaire. En janvier 1962, l'assuré informa la commission AI qu'il avait repris entièrement son travail, mais qu'il avait dû restreindre sensiblement ses activités de secrétaire.

La commission AI décida de ne pas assumer de mesures médicales, vu qu'il s'agissait dans l'ensemble du traitement de l'affection comme telle. Cette décision fut notifiée à l'assuré par la caisse de compensation. La commission cantonale de recours rejeta le recours formé contre cette décision, alléguant notamment que les actes médicaux devaient être répétés pendant assez longtemps et qu'ils ne pouvaient dès lors pas être pris en charge par l'AI.

Le TFA a admis, pour les motifs suivants, l'appel interjeté par l'assuré contre le jugement de l'autorité cantonale de recours:

1. ...

2. L'OFAS expose dans son préavis qu'il faut distinguer plusieurs phases, qui s'enchaînent souvent, dans le traitement médical des attaques apoplectiques et de leurs séquelles (paralysies). Lors de la *première phase* après l'attaque, le traitement vise tout d'abord à surmonter le choc, agir par des médicaments sur l'hémorragie et l'état des vaisseaux et améliorer l'état général déficient. Si l'état de santé du patient le permet,

on entreprend, dans une *deuxième phase*, la réadaptation fonctionnelle, en recourant en particulier aux mesures physiothérapeutiques. Celles-ci ne servent plus en premier lieu à influencer un état pathologique labile. Il s'agit donc de savoir si les mesures prises et à entreprendre visent d'une manière prépondérante la réadaptation professionnelle ou d'autres buts. Lorsque la réadaptation professionnelle est au premier plan, il faut examiner de plus si les mesures sont de nature à améliorer la capacité de gain de façon durable et importante. La régression éventuelle des paralysies demande plus ou moins de temps suivant les cas, mais on obtient d'habitude un résultat durable caractérisé par l'étendue des séquelles définitives. La *troisième phase* du traitement comprend les mesures thérapeutiques qui doivent être répétées dans une période illimitée pour lutter contre les paralysies ou infirmités fonctionnelles restantes; ces mesures ne sont pas à la charge de l'AI selon l'article 2, 1^{er} alinéa, RAI...

Le TFA n'a rien à ajouter à cet exposé pertinent de l'OFAS.

3. Il faut examiner en l'espèce si et jusqu'à quel point les mesures de la deuxième phase peuvent être assumées par l'AI. Les différents traitements ont certes permis à l'assuré de reprendre peu à peu son activité. Le dossier ne révèle cependant pas clairement à quel moment les mesures servant en premier lieu à la réadaptation fonctionnelle des organes atteints ont succédé ou se sont ajoutées au traitement de l'état pathologique labile. On n'a surtout pas suffisamment précisé si de telles mesures, répétées dans une période limitée, étaient de nature à améliorer la capacité de gain de l'assuré de façon durable et importante. En ce qui concerne la délimitation des mesures dans le temps, il faut remarquer que l'assuré n'a plus devant lui qu'une assez courte période d'activité; celle-ci s'achève, du point de vue de l'AI, lorsque l'assuré atteint l'âge donnant droit à une rente de l'AVS (65 ans pour les hommes), âge à partir duquel l'octroi de mesures de réadaptation est exclu conformément à l'article 10, 1^{er} alinéa, LAI (ATFA 1962, p. 314 et 324 = RCC 1963, p. 126 et 164). Pour autant que la thérapie de la deuxième phase n'ait pas amélioré dans un temps relativement court la capacité de gain de l'assuré de façon durable et importante, il faut admettre, vu l'âge de l'assuré, que les mesures appliquées avaient en premier lieu « d'autres buts » que la réadaptation. Si cependant les conditions mises à l'octroi de prestations étaient remplies, il ne faudrait pas oublier la prescription de l'article 78, 2^e alinéa, RAI pour en fixer le début.

Il incombe à la commission AI de procéder aux examens nécessaires et de rendre un nouveau prononcé sur les mesures médicales de réadaptation. Par conséquent, la décision de la caisse et le jugement cantonal attaqué sont annulés et la cause est renvoyée à l'administration...

Arrêt du TFA, du 31 août 1963, en la cause G. V.

Article 12, 1^{er} alinéa, LAI. Une opération par photo-coagulation nécessitée par un décollement imminent de la rétine fait partie du traitement de l'affection comme telle.

Articolo 12, capoverso 1, LAI. Un'operazione mediante foto-coagulazione necessaria a causa dell'imminente distacco della retina è da considerarsi cura vera e propria del male.

L'assuré, né en 1917, souffre d'une forte myopie due à une anomalie congénitale. En automne 1959, il fut atteint d'un décollement de la rétine (œil gauche), qui donna lieu à une opération la même année. Cette intervention n'eut qu'un succès relatif. Ensuite,

on constata également à l'œil droit « des altérations dégénératives dans la périphérie de la rétine »; on procéda à une opération prophylactique de la rétine par photo-coagulation, lors d'un séjour à l'hôpital qui dura du 22 avril au 17 mai 1960, afin d'éviter un décollement imminent de la rétine. Cependant, après cette intervention, l'acuité visuelle des deux yeux continua à baisser à cause d'une cataracte progressive (cataracta complicata). L'assuré qui, jusqu'en 1959, pouvait diriger son propre bureau d'ingénieur, s'occupe de traductions techniques et de travaux de rédaction depuis l'automne 1960; en outre, il donne des cours de langues.

Au printemps 1961, l'assuré demanda à bénéficier des prestations de l'AI. La caisse de compensation lui accorda une rente entière d'invalidité; en revanche, elle l'informa que, conformément au prononcé de la commission AI, les mesures médicales n'étaient pas à la charge de l'AI, vu qu'elles ne constituaient pas des mesures de réadaptation. L'assuré recourut contre cette décision auprès de la commission cantonale de recours. Celle-ci rejeta le recours.

Le TFA a rejeté, pour les motifs suivants, l'appel interjeté par l'assuré contre le jugement de la commission cantonale de recours:

1. Il n'est pas nécessaire d'examiner si l'altération dégénérative et le décollement imminent de la rétine à l'œil droit (qui ont nécessité une opération au printemps 1960) se rattachent à une infirmité congénitale. Selon l'article 13 LAI, seuls les mineurs, en principe, ont droit à toutes les mesures médicales nécessitées par le traitement d'une infirmité congénitale. Cependant, en vertu de l'article 85, 2^e alinéa, LAI, les adultes ont aussi droit aux prestations prévues à l'article 13, pendant cinq années à compter de l'entrée en vigueur de la LAI (1^{er} janvier 1960), si leur infirmité congénitale peut être supprimée ou durablement atténuée par des mesures médicales de courte durée. Comme le précise un arrêt du TFA (RCC 1961, p. 290), le véritable but de l'article 85, 2^e alinéa, LAI est d'accorder aux assurés déjà majeurs au moment de l'entrée en vigueur de la LAI, à certaines conditions, les prestations qui leur auraient été accordées en tant que mineurs (si, à l'époque, une assurance-invalidité avait déjà existé). Toutefois, la condition requise est que l'infirmité congénitale en question ait déjà nécessité un traitement au sens de l'article 13 LAI avant la majorité. En l'espèce, cette condition n'est pas remplie si l'on admet l'existence d'une infirmité congénitale. En effet, l'assuré, né en 1917, n'a pas eu besoin, avant sa majorité, d'un traitement de la rétine qui, en vertu de l'article 85, 2^e alinéa, LAI, pourrait être effectué maintenant. Il reste donc simplement à examiner si l'assuré a droit à des mesures médicales de réadaptation en vertu de l'article 12 LAI.

2. ...

L'opération nécessitée par le décollement imminent de la rétine de l'œil droit en 1960 doit être assimilée au traitement de l'affection comme telle, qui prime le but, également présent, de réadaptation. Selon le certificat médical, les altérations dégénératives menaçaient de provoquer un décollement de la rétine à droite; on se trouvait donc en présence d'un état pathologique labile nécessitant un traitement médical. Une nouvelle expertise médicale — contrairement à l'opinion de la commission AI — ne s'avère donc pas nécessaire. On ne peut pas dire non plus que l'intervention prophylactique, parce qu'elle a permis de prévenir l'état défectueux imminent, constitue une mesure de réadaptation; en effet, le traitement de l'affection comme telle vise dans de nombreux cas à prévenir un état défectueux. Dans certaines circonstances particulières seulement (p. ex. en cas de scoliose grave et d'épiphyseolyse chez des mineurs qui atteignent l'âge de la formation professionnelle), une intervention médicale, effectuée au stade pathologique labile et visant à prévenir un état défectueux imminent, peut

constituer — par anticipation — une mesure de réadaptation (ATFA 1962, p. 316, 1963, p. 46 et 113; RCC 1963, p. 122, 300 et 410). En règle générale, les mesures médicales de réadaptation impliquent l'existence d'un état stabilisé avec séquelles.

L'opération de l'œil effectuée en mai 1960 n'est donc pas à la charge de l'AI. L'assuré n'a pas droit non plus à une indemnité journalière, vu que celle-ci, selon l'article 22, 1^{er} alinéa, LAI, est seulement accordée pendant l'application de mesures de réadaptation. L'opération n'étant pas considérée comme une mesure de réadaptation, il est superflu d'examiner si la demande de prise en charge des mesures médicales a été déposée dans le délai légal ou non. Toutefois, l'assuré garde le droit de présenter une nouvelle demande à l'AI pour une opération de la cataracte qui pourrait être nécessitée par l'opacité du cristallin (cf. ATFA 1962, p. 205 — RCC 1963, p. 117).

Arrêt du TFA, du 2 septembre 1963, en la cause F. H.

Article 15, 2^e alinéa, RAI. La faculté de se déplacer sur le chemin du travail peut être sérieusement diminuée non seulement par une infirmité de l'appareil locomoteur, mais aussi par d'autres affections.

Articolo 15, capoverso 2, OAI. La facoltà di spostarsi per recarsi sul posto di lavoro può essere seriamente diminuita non solo dall'infirmità dell'apparato locomotore ma anche da altre affezioni.

L'assuré, célibataire, avait travaillé depuis avril 1958 en qualité de mécanicien de précision dans une fabrique de balances. Le 23 février 1960, il écrivit à l'AI que, atteint de tuberculose, il séjournait depuis l'été 1958 dans un sanatorium de Davos. En mai 1960, il fut transféré dans un autre sanatorium qui, le 27 septembre, annonça à l'AI que l'assuré était totalement incapable de travailler depuis l'été 1958 à cause d'une grave tuberculose pulmonaire. Conformément au prononcé de la commission AI, la caisse de compensation octroya une rente entière simple d'invalidité de 90 francs par mois dès janvier 1960. L'assuré ayant repris son travail en mars 1961, la caisse décida de lui supprimer la rente à partir de mai 1961.

L'assuré accepta la suppression de la rente et ajouta ce qui suit:

A cause de la tuberculose dont il a souffert, il est resté définitivement dyspnéique. En montant les escaliers ou une pente, il s'essouffle rapidement et doit s'arrêter. Comme il habite un endroit bien plus élevé que son lieu de travail, il s'est procuré une petite voiture (grâce à un prêt de sa famille) qui lui est indispensable pour se rendre à son travail. L'usage d'une bicyclette, d'un motorcycle ou d'un scooter à cabine ne peut entrer en considération, vu ses difficultés respiratoires et sa haute taille (196 cm.). Il demande à l'AI une « modeste contribution ».

Le médecin du sanatorium a ajouté ce qui suit:

« A la suite d'une tuberculose qui a nécessité une opération pulmonaire bilatérale, le fonctionnement des poumons a très gravement souffert... Le patient, qui mesure plus de 1 m. 80, a une capacité vitale de 1550 cc. seulement. Les plus petits efforts l'essoufflent. Sur les surfaces planes, il peut marcher à un rythme modéré; dès qu'il y a une montée, il a le souffle court. Cet état est définitif. Si le patient doit fournir quelques efforts physiques au cours de la journée, il s'épuise tellement qu'il en perd l'appétit. Du point de vue médical, j'estime que l'achat d'une voiture est tout à

fait adéquat, afin qu'il puisse effectuer le trajet entre son domicile et son lieu de travail sans surmenage physique.»

En outre, en novembre 1961, l'aide aux invalides annonça à la commission AI que l'assuré, marié depuis le mois de septembre, habitait désormais dans une maison pourvue d'un ascenseur dans une localité voisine. Selon les renseignements fournis par la chancellerie communale, il est impossible de trouver un logement adéquat au lieu de travail. La caisse de compensation rendit une décision selon laquelle l'AI n'accordait pas de contribution aux frais d'achat de la voiture, vu qu'il n'y avait pas d'atteinte grave à la faculté de se déplacer au sens de l'article 15, 2^e alinéa, RAI. L'intéressé recourut et déclara qu'une voiture légère était pour lui « un véhicule d'invalidé absolument indispensable ». La commission cantonale de recours constata que le Volkswagen de 6800 francs avait été acheté neuf à la fin de février 1961, et décida que ce montant devait être remboursé au recourant en huit annuités de 850 francs.

Le TFA annula ce jugement et renvoya la cause à la commission AI avec les considérants suivants:

1. Les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à améliorer leur capacité de gain, à la rétablir, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage (art. 9, 1^{er} alinéa, LAI). L'AI fournit à l'assuré, en particulier, les moyens auxiliaires nécessaires à sa réadaptation à la vie professionnelle (art. 21, 1^{er} al., LAI). L'article 14, 1^{er} alinéa, lettre g, RAI mentionne notamment, les véhicules adaptés à l'infirmité en question. Toutefois, un véhicule à moteur n'est accordé, selon l'article 15, 2^e alinéa, RAI, que si l'assuré peut exercer de manière durable une activité lui permettant de couvrir ses besoins et n'est pas en mesure de se rendre à son travail sans un véhicule à moteur personnel (« wegen wesentlicher Gehbehinderung »), précise le texte allemand du RAI).

2. Selon l'OFAS, la condition posée à l'article 15, 2^e alinéa, RAI n'est remplie que si l'appareil locomoteur de l'assuré est directement atteint. Comme le relève à juste titre le juge cantonal, cette interprétation est manifestement trop étroite. Elle favorise les invalides dont l'appareil locomoteur « est directement atteint » au détriment de ceux dont la marche est définitivement handicapée par une autre infirmité. Elle ne respecte pas le sens véritable des articles 9, 1^{er} alinéa, et 21, 1^{er} alinéa, LAI, ni la teneur française et italienne de l'article 15, 2^e alinéa, RAI. Si un invalide, selon une attestation médicale, a besoin d'un véhicule à moteur personnel pour se rendre à son travail, l'article 15, 2^e alinéa, RAI lui est applicable; peu importe que ses difficultés de locomotion soient causées par une infirmité des jambes ou d'un autre organe.

Dans le cas présent, l'assuré a éprouvé de grandes difficultés à effectuer le trajet pour se rendre à son travail *de mars à octobre 1961* au moins. A ce moment-là, l'assuré qui ne peut marcher que sur une surface plane et perd le souffle dans les montées, habitait encore un endroit plus élevé que son lieu de travail. Selon une attestation médicale de juin 1961, le trajet aller et retour à pied pour se rendre à son travail était, à l'époque, trop fatiguant pour l'assuré; par conséquent, la motorisation était « très adéquate ». Pour ces huit mois, l'assuré a droit à une contribution de l'AI, d'autant plus que les autres conditions prévues à l'article 15, 2^e alinéa, RAI doivent être considérées comme remplies.

En revanche, on peut se demander si l'assuré, habitant une localité voisine depuis *novembre 1961*, ne pourrait pas effectuer le trajet en chemin de fer; le dossier n'indique pas, notamment, quelles montées l'assuré devrait faire entre son domicile et la gare du lieu de domicile, puis entre la gare de son lieu de travail et la fabrique. En effet, le

certificat médical de juin 1961 ne laisse pas entendre que la simple marche et la montée dans le train soient trop pénibles pour l'assuré.

3. Comme le constate l'aide aux invalides, il est impossible de trouver au lieu de travail un logement adéquat pour l'assuré dyspnéique et marié. C'est pourquoi le fait que son domicile se trouve à neuf kilomètres de son lieu de travail ne diminue en rien ses droits aux prestations de l'AI (cf. ATFA 1963, p. 66, considérant 2 = RCC 1963, p. 357).

4. De toutes ces considérations, il ressort que l'affaire litigieuse n'est pas encore en état d'être jugée. La commission AI devra fixer le montant de la contribution que l'AI doit verser pour la période allant de mars à octobre 1961. (On pourrait songer par exemple à une contribution qui correspondrait au prix de location d'une voiture neuve pendant huit mois.) En outre, la commission devra déterminer, après avoir examiné la question du chemin du travail (considérant 2 ci-dessus, dernier alinéa) et demandé des renseignements complémentaires au médecin, si l'assuré a droit aux prestations de l'AI pour la période postérieure à novembre 1961 également.

PROCÉDURE

Arrêt du TFA, du 6 juillet 1963, en la cause H. Z.

Articles 54, 1^{er} alinéa, lettre b, 60, 1^{er} alinéa, lettre b, et 69 LAI. Quand l'assuré fait valoir auprès de l'autorité de recours une prétention nouvelle qui n'était pas contenue dans sa demande de prestations, il faut d'abord que la commission AI se prononce à son sujet et que la caisse de compensation notifie la décision correspondante. (Considérant 1.)

Article 53 RAI. Le TFA n'a pas à examiner la compétence territoriale de la commission AI. (Considérant 1.)

Articles 20 LAI et 13, 2^e alinéa, RAI. Aussi longtemps qu'on ne peut pas déterminer si un mineur est apte à recevoir une instruction ou non, celui-ci a droit à une contribution aux frais de soins spéciaux et de garde, jusqu'à ce que débute un essai de formation scolaire spéciale. (Considérant 2.)

Articles 69 LAI et 85, 2^e alinéa, lettres c et d, LAVS. Le principe de l'intervention d'office du juge s'applique seulement si une décision est attaquée, c'est-à-dire lorsque l'assuré en fait l'objet d'un litige. (Considérant 3.)

Article 97 LAVS. Quand le juge s'abstient d'examiner une décision quant au fond, celle-ci ne passe en force que quant à la forme. Si l'OFAS estime qu'elle est illégale et doit être révoquée, il peut donner à la caisse de compensation une directive dans ce sens. (Considérant 3.)

Articoli 54, capoverso 1, lettera b; 60, capoverso 1, lettera b, e 69 LAI. Quando l'assicurato fa valere presso l'autorità di ricorso una nuova pretesa che non aveva avanzato nella sua richiesta di prestazioni, la commissione AI deve dapprima pronunciarsi in merito e la cassa di compensazione emanare la corrispondente decisione. (Considerando 1.)

Articolo 33 OAI. Il TFA non ha da esaminare la competenza territoriale della commissione AI. (Considerando 1.)

Articolo 20 LAI e articolo 13, capoverso 2, OAI. Fintanto che non si può

determinare se un minore è o meno inetto a ricevere una istruzione, egli ha diritto ad un sussidio per le spese di cura e di custodia sino a che non si abbia iniziato un tentativo di istruzione scolastica speciale. (Considerando 2.)

Articolo 69 LAI; articolo 85, capoverso 2, lettere c e d, LAVS. Il principio dell'intervento d'ufficio del giudice si applica soltanto se la decisione è stata impugnata, vale a dire, quando l'assicurato ne fa l'oggetto di una lite. (Considerando 3.)

Articolo 97 LAVS. Quando il giudice tralascia di esaminare una decisione nel merito, questa cresce in forza di giudicato solo per quanto riguarda la forma. Se l'UFAS ritiene che essa è illegale e che debba essere revocata, impartisce alla cassa di compensazione un'istruzione in tale senso. (Considerando 3.)

En date du 13 février 1960, le père de l'assuré a présenté une demande de mesures médicales en faveur de son fils né en juin 1958 et souffrant d'épilepsie depuis le mois de novembre 1958. Le médecin de famille déclara qu'on se trouvait en présence d'une épilepsie congénitale et prescrivit un examen clinique. En juillet 1961, la mère du patient informa la Commission AI qu'elle était maintenant divorcée et que l'enfant habitait chez elle.

Un rapport présenté le 20 novembre 1961 par l'Etablissement suisse pour épileptiques peut être résumé comme suit: La grossesse et l'accouchement se sont déroulés normalement. A l'âge de six mois, l'enfant a été frappé par des accès de spasmes rapides (20 à 30 par jour). L'établissement concluait à une épilepsie de nature indéterminée; il diagnostiquait également un retard important dans le développement mental de l'enfant. Un traitement anticonvulsif était à recommander, mais il était encore trop tôt pour se prononcer sur l'éducabilité de l'enfant.

Se fondant sur un prononcé de la commission AI, la caisse de compensation refusa, le 23 mars 1962, l'octroi des mesures médicales demandées, l'existence d'une infirmité congénitale étant considérée comme improbable. La mère écrivit à la commission de recours le 20 avril 1962 pour lui communiquer que si l'on refusait les mesures médicales demandées pour son enfant, elle exigeait au moins une contribution aux frais pour soins à domicile, car son enfant malade salissait beaucoup de linge et devait être placé sous la surveillance continue de sa mère.

Le 17 août 1962, le médecin de famille attesta que la mère devait changer cinq à six fois par jour les langes de son enfant, faible d'esprit et encore incapable de parler. Le médecin estimait que l'enfant était inapte à recevoir une instruction (ce que la mère conteste), mais serait peut-être en mesure d'effectuer un jour « un travail tout à fait simple ». En septembre 1962, les parents ont déménagé dans un canton voisin. Pro Infirmitis signala le 5 novembre que le garçon n'était pas encore propre, qu'il était parfois sérieusement agité, ajoutant qu'il pourrait peut-être faire un jour des progrès dans un home pour enfants aptes à recevoir une formation pratique.

Le 20 février 1963, le président de la commission de recours rendit une décision de non-entrée en matière et recommanda d'adresser la demande de contributions aux frais de soins spéciaux et de garde à la commission AI devenue compétente par suite du changement de domicile.

Le père fit appel au TFA contre cette décision, tout en sollicitant l'octroi « d'une contribution pour soins à domicile », vu que son enfant malade utilisait de grandes quantités de linge et avait besoin constamment des soins maternels. Le TFA a rejeté l'appel pour les motifs suivants:

1. Bien qu'elle ait été adressée à la commission cantonale de recours, la lettre de la mère de l'assuré du 20 avril 1962 ne peut être considérée comme un recours contre la décision rendue par la caisse de compensation le 23 mars 1962. En effet, la mère n'y demandait plus à l'AI des mesures médicales, mais une contribution aux frais entraînés par des soins constants à son enfant malade, au sens de l'article 13, 2^e alinéa, RAI. Le juge cantonal fait remarquer avec pertinence qu'il s'agit là d'une *nouvelle* prétention qui ne se trouvait pas dans la demande de 1960 et qui n'a pas fait non plus l'objet de la décision de la caisse de 1962; qu'il appartient donc en premier lieu à la commission AI de se prononcer sur ce point et à la caisse de compensation de rendre une décision correspondante (art. 69 en liaison avec les art. 60, 1^{er} al., lettre b, et 54, 1^{er} al., lettre b, LAI).

De l'avis de l'autorité de première instance et de l'OFAS, c'est la commission AI du canton du nouveau domicile qui est compétente. Le TFA n'a pas à prendre position au sujet de la compétence territoriale des organes administratifs de l'assurance, et ne peut que se référer, à cet égard, aux articles 58 LAI et 51 à 53 RAI.

2. En vertu de l'article 13, 2^e alinéa, RAI, l'AI peut allouer une contribution jusqu'à concurrence de 3 francs par jour aux frais de soins spéciaux et de garde d'un mineur inapte à recevoir une instruction, s'il est soigné à la maison de la même manière que dans un établissement et s'il en résulte des frais spéciaux de linge, de produits de lessive, etc. (ATFA 1961, p. 46 = RCC 1961, p. 204; ATFA 1962, p. 125 = RCC 1963, p. 26). Aussi longtemps qu'on ne peut pas déterminer clairement si l'enfant est éduicable ou non, celui-ci a normalement droit à une contribution aux frais de soins spéciaux et de garde jusqu'à ce que débute l'essai d'une formation scolaire spéciale (ATFA 1962, p. 126 = RCC 1963, p. 26).

En l'espèce, la commission AI compétente se prononcera sur la demande de contribution du 20 avril 1962, en se basant sur les rapports détaillés du médecin de famille et de Pro Infirmis du 5 novembre 1962, et après avoir ordonné éventuellement d'autres enquêtes.

3. En ce qui concerne les mesures médicales, l'OFAS déclare que la commission de recours n'était pas liée, lors de l'examen du bien-fondé du recours, par les conclusions des parties (art. 69 LAI et 85, 2^e al., lettres c et d, LAVS) et que par conséquent elle aurait dû aussi examiner, dans le cas particulier, si l'on ne se trouvait pas en présence d'un cas d'infirmité congénitale donnant droit à des mesures médicales.

Cette thèse méconnaît la portée du principe dit de l'intervention, d'après lequel le juge n'est pas lié par les conclusions des parties. Ce principe de procédure ne peut s'appliquer que lorsque la décision d'une caisse a été *attaquée*, c'est-à-dire lorsque l'assuré en a fait l'objet d'un litige. (ATFA 1962, p. 81 = RCC 1962, p. 358; ATFA 1962, p. 159 = RCC 1962, p. 448). Or, la mère de l'assuré n'a pas recouru contre la décision de la caisse du 23 mars 1962 portant refus de mesures médicales, mais s'est bornée à demander, dans sa lettre du 20 avril 1962, une contribution aux frais de soins spéciaux et de garde au sens de l'article 13, 2^e alinéa, RAI. Il n'appartenait donc pas à la commission de recours de rechercher si l'assuré souffre d'une infirmité congénitale. Sur ce point également, par conséquent, on ne peut qu'admettre le bien-fondé de sa décision de non-entrée en matière.

Comme la décision de la caisse n'a pas été examinée quant au fond par l'autorité de première instance, elle n'a passé en force que quant à la forme. Si l'OFAS estime qu'elle est illégale et doit être révoquée, il peut donner une directive dans ce sens à la caisse de compensation. Il existe sans nul doute, dans le cas particulier, de fortes présomptions permettant de conclure à l'existence d'une épilepsie congénitale au sens du

chiffre 129, lettre b, de la liste de l'OIC. Le médecin en chef de l'Etablissement suisse pour épileptiques expose, en effet, qu'après une grossesse et une naissance normales, le nourrisson a été frappé à l'âge de six mois par des accès fréquents de spasmes rapides et que, de ce fait, son développement psychique a été notablement retardé.

Allocations aux militaires

Arrêt du TFA, du 17 septembre 1963, en la cause P. K.

Article 7, 1^{er} et 3^e alinéas, LAPG; article 11 RAPG. Lorsque le militaire remplit une obligation d'entretien ou d'assistance pour la première fois dans l'année au cours de laquelle il accomplit son service, l'allocation pour assistance doit être calculée compte tenu du revenu que la personne entretenue ou assistée a réalisé durant cette année.

Articolo 7, capoversi 1 e 3, LIPG; articolo 11 OIPG. Se un militare adempie un obbligo di mantenimento o di assistenza per la prima volta nel corso dell'anno in cui presta il suo servizio, l'assegno per assistenza dev'essere calcolato tenendo conto del reddito che la persona mantenuta o assistita ha conseguito durante questo anno.

Le militaire a accompli son école de recrues en 1962. Il demanda à être mis au bénéfice d'une allocation pour assistance en faveur de sa mère divorcée qu'il assistait avant d'entrer au service. La caisse de compensation et la commission de recours ont rejeté la demande, en faisant valoir que le revenu de la mère dépassait la limite de 300 francs. Dans son appel, le militaire relève que sa mère avait subi une sensible diminution de gain en 1962. Le TFA a admis l'appel pour les motifs suivants:

1. Lorsqu'un militaire entretient ou assiste des membres de sa famille, qui ont besoin de son aide, il peut prétendre une allocation journalière pour assistance (art. 7, 1^{er} al., et art. 14 LAPG). S'il fait ménage commun avec une personne qu'il entretient ou assiste, celle-ci est réputée avoir besoin d'aide lorsque son revenu personnel n'atteint pas le montant de 3600 francs par an (art. 7, 3^e al., LAPG en corrélation avec l'article 10, 1^{er} al. lettre b, RAPG). Le revenu à prendre en compte est constitué par le revenu net total du travail et de la fortune, ainsi que par les rentes et pensions de la personne entretenue ou assistée, selon la dernière taxation de l'IDN ou d'une taxation fiscale cantonale correspondante (art. 11, 1^{er} al., RAPG). S'il n'existe pas de taxation fiscale, la caisse de compensation doit déterminer le revenu de la personne entretenue ou assistée par le militaire en appliquant par analogie les articles 56 à 59 RAVS (art. 11, 2^e al., RAPG).

2. Selon la taxation fiscale 1961-1962, le revenu de la mère de l'appelant s'est élevé en moyenne à 2340 francs. Ne sont toutefois pas compris dans ce montant, comme le relève le juge cantonal, les prestations alimentaires de 600 francs, versées conformément au jugement de divorce, étant donné que les prestations d'entretien dues en vertu du droit de famille ne sont pas soumises à impôt (art. 12 de la loi fiscale cantonale). Si l'on ajoutait ces 600 francs (en tant que «rente» selon l'art. 11, 1^{er} al., RAPG; cf. arrêt du TFA, du 17 mars 1960, en la cause Th. K., RCC 1961, p. 45), il en résulterait un revenu annuel de 2940 francs qui permettrait de verser une allocation pour assistance.

Toutefois, le revenu moyen des années 1959-1960, selon taxation fiscale pour 1961-1962, ne saurait servir de base pour calculer l'allocation. Etant donné que c'est le revenu de la personne *aidée* par le militaire qui est déterminant (art. 7, 3^e al., LAPG et 10, 1^{er} al., lettre b, RAPG) et que c'est pour la première fois en 1962 que la mère a dû être assistée par l'appelant, il faut se fonder sur le revenu que celle-ci a réalisé en 1962. Il est par conséquent indiqué de renvoyer le dossier de la cause à la caisse de compensation pour qu'elle détermine le revenu au sens de l'article 11, 2^e alinéa, RAPG et prenne une nouvelle décision. En vertu de cette dernière disposition, la caisse doit établir le revenu de 1962 en appliquant par analogie les articles 56 à 59 RAVS et tenir compte, par exemple, de la déduction de 600 francs prévue à l'article 57, lettre d, RAVS. A cet effet, elle fera bien de prendre connaissance de la déclaration fiscale 1963-1964 qui est certainement établie maintenant et, le cas échéant, accompagnée d'attestations de salaire (art. 64 de la loi fiscale), et de consulter le jugement de divorce. Suivant le résultat de ces investigations, l'allocation journalière d'assistance devra ensuite, en vertu des articles 14 LAPG, 12 et 20, 1^{er} alinéa, RAPG, être fixée ou faire l'objet d'un refus.

Allocations familiales

Arrêt du TFA, du 2 juillet 1963, en la cause H. R. G.

Article 1^{er}, 2^e alinéa, lettre b, LFA. Le mari de la fille adoptive de l'exploitant est considéré comme le gendre de celui-ci.

Articolo 1, capoverso 2, lettera b, LFA. Il marito della figlia adottiva del capo azienda è considerato genero di quest'ultimo.

Renouvellement de l'abonnement pour 1964

Nous informons les abonnés qui n'ont pas encore donné suite à l'avis paru dans le n° 12 de 1963 concernant le versement du prix de l'abonnement pour l'année 1964 au compte de chèques postaux III. 520 — Centrale fédérale des imprimés et du matériel, Berne — que nous leur adresserons prochainement un remboursement d'un montant de *15 francs*, port et frais en sus.

Cet avis ne concerne pas les abonnés dont l'abonnement est payé par une association ou par un service officiel.

L'Administration.

OFFICE FÉDÉRAL DES ASSURANCES SOCIALES

**Circulaire concernant
les mesures de réadaptation
d'ordre professionnel
de l'assurance-invalidité**

Valable dès le 1^{er} janvier 1964

Contient notamment: L'orientation professionnelle — La formation professionnelle initiale — Le reclassement — Le service de placement — L'aide en capital.

Prix: Fr. 1.50

En vente sous N° 318.507.02
à la Centrale fédérale des imprimés et du matériel, Berne 3



No 2 Février 1964

**AVS
AI
APG**

**Assurance-vieillesse
et survivants**

Assurance-invalidité

**Allocations aux militaires
pour perte de gain**

RCC

Revue à l'intention
des caisses de compensation de l'AVS et de leurs
agences (communales),
des commissions AI et des offices régionaux AI,
ainsi que des autres agents d'exécution
de l'assurance-vieillesse et survivants,
de l'assurance-invalidité, des allocations aux militaires
pour perte de gain, des allocations familiales et
de l'aide à la vieillesse, aux survivants et aux invalides

SOMMAIRE

Chronique mensuelle	47
La Centrale de compensation et la sixième révision de l'AVS	48
La coxarthrose et l'AI	50
Les jugements pénaux rendus en vertu des articles 87 à 91 LAVS de 1959 à 1962	55
Les nouvelles dispositions cantonales sur le contentieux dans l'AVS et les domaines apparentés (suite et fin)	59
Liste des arrêtés cantonaux concernant l'AVS et l'AI	63
Bibliographie	72
Petites informations	72
Jurisprudence: Assurance-vieillesse et survivants	74
Assurance-invalidité	80

Rédaction: Office fédéral des assurances sociales, Subdivision AVS/AI/APG, Berne 3.

Expédition: Centrale fédérale des imprimés et du matériel, Berne 3.

Abonnement: 15 francs par an; le numéro 1 fr. 50; le numéro double 2 fr. 50. Paraît chaque mois.

Tirage: 1050

Dernier délai de rédaction du présent numéro: 7 février 1964.

La reproduction est autorisée lorsque la source est indiquée.

CHRONIQUE MENSUELLE

A la fin de décembre 1963, le Département fédéral de l'intérieur a présenté aux cantons, aux associations faîtières de l'économie, aux partis politiques et à d'autres organisations — notamment à la Conférence des caisses cantonales de compensation et à l'Association des caisses de compensation professionnelles — l'avant-projet d'une loi fédérale sur l'octroi de prestations complémentaires aux vieillards, aux survivants et aux invalides, en les invitant à se prononcer dans un délai dont l'expiration a été fixée au 10 février.

*

A propos de la sixième révision de l'AVS, les bénéficiaires de rentes de l'AVS et de l'AI ont été informés par des circulaires de leur caisse de compensation, au début de janvier, qu'ils recevraient encore, au cours des mois de janvier, février et mars, leur ancienne rente. Eu égard au délai référendaire de trois mois, les rentes augmentées ne pourront être versées que dès le mois d'avril. La différence entre l'ancienne et la nouvelle rente pour le premier trimestre de 1964 sera versée plus tard.

Les émetteurs nationaux de Beromünster, Sottens et Monte-Ceneri, ainsi que la télévision de Suisse allemande et de Suisse romande, ont diffusé à plusieurs reprises, entre le 10 et le 15 janvier, avant ou après le service d'information, un bref communiqué destiné à rappeler la chose à tous les intéressés.

Enfin, la télévision de Suisse allemande a présenté le 7 février, au cours d'une émission de quinze minutes, quelques aspects de l'exécution de cette révision.

*

L'échange des instruments de ratification de la convention du 8 juin 1962 avec la Yougoslavie s'étant effectué dans le courant du mois de janvier 1964, cet accord entrera en vigueur, en application de son article 24, 2^e alinéa, le 1^{er} mars 1964. Les caisses de compensation recevront prochainement les instructions concernant l'application de la convention.

*

Des séances d'instruction concernant la sixième révision de l'AVS ont été organisées, sous la direction de l'Office fédéral des assurances sociales, le 4 février à Saint-Gall, le 5 février à Lucerne et le 6 février à Lausanne. Environ 300 collaborateurs et collaboratrices des caisses de compensation y ont participé. L'objet principal de ces séances fut la conversion des rentes en cours et le calcul des nouvelles rentes.

La Centrale de compensation et la sixième révision de l'AVS

Dans le dernier numéro de la RCC (pages 2 et suiv.), on a vu que l'exécution de la sixième révision nécessitait toutes sortes de travaux administratifs. Le présent article va montrer quelques aspects de ces travaux, notamment ceux de la Centrale de compensation, achevés aujourd'hui en grande partie.

*

La Centrale de compensation est à Genève. Les organes de l'AVS la connaissent bien, car ils ont affaire avec elle presque tous les jours. Il sera peut-être intéressant pour beaucoup de lecteurs de savoir pourquoi elle s'est installée là-bas et où exactement.

Il y a 104 ans, on construisit à Genève sur la rive droite, entre le quai du Mont-Blanc et la rue des Pâquis, un hôtel, l'Hôtel National, qui dut fermer ses portes lors de la première guerre mondiale. Peu après, la Confédération et le canton de Genève en devinrent propriétaires. En 1920, le bâtiment fut mis à la disposition du secrétariat de la Société des Nations et reçut alors le nom de « Palais Wilson », en l'honneur du président des Etats-Unis qui avait tant contribué à la fondation de la Société. Une quinzaine d'années plus tard, le secrétariat fut transféré dans un nouveau bâtiment, situé au parc d'Ariana, là où se trouve aujourd'hui le siège européen des Nations Unies. D'autres organisations internationales s'installèrent dans la maison de la rue des Pâquis et y demeurèrent jusqu'en 1939. Pendant les premières années de la seconde guerre mondiale, la ville fédérale était à tel point encombrée de bureaux de l'économie de guerre que plusieurs services furent transférés alors de Berne à Genève, où ils occupèrent le Palais Wilson: ce furent les bureaux du recensement, la filiale romande de l'assurance militaire et l'administration des fonds centraux de compensation pour le régime des allocations aux militaires. Lorsque fut introduite l'AVS, l'administration des fonds centraux devint la Centrale de compensation. Ainsi, la Centrale et l'assurance militaire sont réunies depuis longtemps déjà sous le toit du Palais Wilson, où sont logés, en outre, des instituts pédagogiques internationaux, fédéraux, cantonaux et locaux.

*

L'AVS, l'AI, le régime des APG et la protection de la famille ont confié à la Centrale de compensation les tâches suivantes: Décomptes des cotisations et des prestations avec les caisses, contrôle de tout le service des décomptes, vérification et paiement des factures pour les prestations AI en nature, contrôle des

APG, tenue du registre central. La Centrale gère le Fonds de compensation ; le secrétariat du Conseil d'administration lui est rattaché. Elle gère en outre la Caisse suisse de compensation (assurance facultative des Suisses à l'étranger et conventions internationales en matière d'assurances sociales) avec le secrétariat de la commission AI des assurés résidant à l'étranger. Ces divers travaux sont effectués en partie au moyen d'un ordinateur électronique dont il sera encore question ci-dessous.

La Centrale de compensation tient notamment le registre des rentes, qui fournit toutes les données nécessaires aux statistiques. Depuis qu'elle possède un ordinateur électronique, la plupart des rentes peuvent y être recalculées mécaniquement en cas de révision de l'AVS. Cette installation, inaugurée en 1961, a déjà fait ses preuves lors de la cinquième révision de l'AVS. Nous renvoyons, à ce sujet, aux commentaires détaillés qui ont été publiés dans la RCC (1961, p. 133 et 227).

Depuis lors, il s'est produit cependant un changement fondamental. Il y a deux ans et demi, l'ordinateur fourni par la maison Remington Rand était exclusivement réservé aux travaux de la révision ; aujourd'hui, il est entièrement accaparé par les travaux courants pendant les heures de bureau. Parmi ces travaux, citons la tenue du registre des assurés, le versement de rentes à des Suisses de l'étranger et à ceux des assurés en Suisse qui reçoivent, en vertu de conventions, des prestations d'Etats tiers, le paiement des prestations individuelles en nature de l'AI, ainsi que divers travaux de comptabilité du personnel effectués pour une grande partie de l'administration fédérale. Cela représente environ trois millions d'actes administratifs par année. Ce chiffre ne comprend pas les travaux statistiques annuels « classiques », par exemple les rassemblements de CIC, les statistiques de rentes, de prestations en nature de l'AI et les statistiques d'APG.

Le calcul centralisé des nouvelles rentes consiste à confronter le registre des rentes, qui doit être constamment tenu à jour à cause des nombreuses mutations, avec les taux augmentés, et à l'adapter, grâce à une programmation adéquate, aux données les plus récentes. En même temps, la Centrale fait imprimer, pour les caisses de compensation, des formules indiquant toutes les données nécessaires à la conversion. L'ordinateur, qui est très utilisé même en temps ordinaire, *a dû fonctionner onze jours sans interruption, jour et nuit, pendant les travaux d'augmentation des rentes.* Les problèmes de personnel que posait une telle performance ont pu être résolus. La maison Remington, qui d'ordinaire fournit un technicien attaché constamment au service de l'ordinateur et livre le matériel nécessaire, fit également un effort supplémentaire en renforçant sa collaboration. Bien entendu, il a fallu préparer à temps les formules nécessaires, soit plus d'un million de cartes perforées et un million environ de communiqués d'augmentation pour les caisses. Enfin, l'expédition ponctuelle d'un abondant matériel aux caisses de compensation a posé certains problèmes également.

*

Pour terminer, signalons encore que l'augmentation des rentes pose non seulement des problèmes administratifs, mais aussi financiers. En avril, « il faut que

l'argent soit là », sinon la revision restera lettre morte, malgré toute la peine qu'elle aura coûté. La Centrale et le Conseil d'administration du Fonds de compensation ont pris toutes mesures utiles, de manière que les bénéficiaires puissent recevoir leurs rentes augmentées sans que le Fonds doive réduire ses placements.

La coxarthrose et l'AI

L'AI doit-elle prendre en charge l'opération de la coxarthrose? Voilà une question que l'on pose fréquemment, mais à laquelle il n'est pas possible de répondre une fois pour toutes. Le présent exposé tentera de montrer quels sont les éléments à examiner dans les cas concrets pour trouver une solution satisfaisante.



Selon l'article 12 LAI, les mesures médicales ne sont prises en charge par l'assurance que si elles sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle et de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou à la préserver (durablement) d'une diminution notable. Le traitement de l'affection comme telle n'est pas pris en charge par l'AI; des mesures médicales ne peuvent donc être accordées, en règle générale, que lorsque la guérison est achevée ou que le processus de la maladie a abouti à un état permanent.

Dans l'AI, la question des causes de la coxarthrose n'est pas déterminante, en principe. Des recherches approfondies ont montré que cette affection ne doit plus être considérée seulement comme une affection dégénérative, due à la sénescence, de l'articulation de la hanche. Dans les trois quarts des cas, environ, on a établi qu'elle était due à une affection préexistante, telle que luxation ou subluxation congénitale de l'articulation, épiphyséolyse, maladie de Perthes (épiphysite fémorale supérieure), ou à des lésions accidentelles de la région coxo-fémorale. L'expérience a montré qu'un traitement insuffisant de ces affections pouvait entraîner des conséquences funestes. C'est pourquoi l'AI devra veiller à ce que les infirmités congénitales reçoivent un traitement approprié, afin de prévenir autant que possible, au moins de ce côté-là, de graves séquelles.

La coxarthrose peut, suivant les causes auxquelles elle est due, apparaître déjà entre 20 et 40 ans. Elle se manifeste par des douleurs croissantes et par une mobilité moins bonne de l'articulation. Lorsque ces premiers symptômes apparaissent, le patient ne songe pas en premier lieu à une opération; il cherchera bien plutôt à atténuer ses douleurs et à rétablir le bon fonctionnement de la hanche par un traitement médicamenteux, physiothérapeutique ou balnéothérapeutique. Or, cette affection ne fait que progresser; elle peut,

parfois, rester stationnaire en apparence, mais elle n'en aboutit pas moins, en fin de compte, à l'enraidissement total de l'articulation. La durée de ce processus dépend non seulement de l'origine de l'affection, mais aussi des efforts (pression, fréquence des mouvements) fournis par l'articulation, de la réaction de l'individu et du succès du traitement médicamenteux. Des patients atteints d'une grave coxarthrose, devenus complètement invalides, peuvent, moyennant une physiothérapie intense, guérir suffisamment pour être de nouveau capables de se mouvoir et de reprendre quelque activité. Bien entendu, ils devront continuer à suivre un traitement permanent ou du moins périodique.

Les méthodes de la médecine interne et de la physiothérapie combinée avec la balnéothérapie peuvent atténuer temporairement les douleurs de la coxarthrose et améliorer le fonctionnement de l'articulation malade; cependant, elles ne peuvent faire espérer un succès durable, et par conséquent ne satisfont pas aux exigences de la loi (art. 12 LAI). En revanche, la chirurgie est susceptible d'assurer une réadaptation durable à la vie professionnelle. Cependant, pour que des mesures chirurgicales soient prises en charge par l'AI dans un cas concret, il faut que cette réadaptation soit non seulement possible, mais probable. Bien entendu, l'on n'oubliera pas qu'une importante intervention chirurgicale comporte des risques; il n'est jamais possible d'en prédire exactement le résultat, et le succès de la réadaptation peut être compromis par des complications qui surviennent pendant l'opération ou pendant le long traitement post-opératoire.

On sait que l'AI met au premier rang la réadaptation professionnelle et ne prévoit qu'en second lieu l'allocation d'une rente. Cependant, lorsque des mesures médicales sont sollicitées dans un cas de coxarthrose, l'assurance peut-elle exiger de l'assuré qu'il se soumette à la grave opération nécessitée par cette affection? Certainement non. Ainsi donc, si l'assuré est devenu incapable de travailler par suite de coxarthrose, dans la mesure prévue par la loi, et ne veut pas subir une intervention chirurgicale, l'AI ne peut, pour ce motif, lui refuser une rente. S'il est encore capable de travailler dans une certaine mesure, il peut éventuellement prétendre en outre l'octroi de moyens auxiliaires (par exemple un bandage de Hohmann), si de tels accessoires lui sont indispensables pour exercer cette activité. Pour le reste, la coxarthrose ne pose pas de problème spécial en ce qui concerne la rente AI, car, là aussi, l'assurance allouera une rente en tenant compte de l'invalidité qui a entraîné l'incapacité de gain.



Il convient d'examiner encore les principales questions que pose l'octroi de mesures médicales en cas de coxarthrose. Une coxarthrose avancée peut être considérée comme ayant atteint en quelque sorte son stade définitif; l'affection, parvenue à ce degré, ne peut plus être traitée comme telle et ne nécessite pas de mesures propres à maintenir l'existence du patient; cependant, ses conséquences sur la capacité de gain de l'assuré peuvent être atténuées ou même supprimées par des mesures médicales.

Il ne sera pas question, ici, des phénomènes et des particularités cliniques de la coxarthrose. Quelques commentaires sur les divers genres d'opérations proposés et pratiqués seront, en revanche, utiles au lecteur.

Les sections de muscles et de nerfs sont spécialement recommandées pour remédier aux douleurs et à la gêne des mouvements que causent les contractures des adducteurs. De telles opérations, qui ne sont pas très considérables, peuvent être conseillées chez les patients âgés. Précisons, toutefois, que l'opération de Voss, assez répandue, n'est pas sans danger, vu les épanchements sanguins importants qui s'ensuivent. D'ailleurs, ces opérations supposent encore une certaine mobilité de l'articulation.

L'enraidissement de l'articulation (arthrodèse) par simple enclouage ou par une intervention plus étendue, visant à établir une soudure osseuse entre le col du fémur et l'os du bassin, est indiqué notamment en cas de coxarthrose unilatérale et donne, en général, de bons résultats durables, même si la jambe opérée doit, plus tard, supporter une pression assez forte. L'une de ces opérations consiste à enlever le tissu coxarthrotique de la tête du fémur et de la cavité cotyloïde. On entend souvent dire que cette intervention est le traitement de l'affection comme telle, comme par exemple l'arthrodèse de l'articulation du genou en cas de gonarthrite tuberculeuse; toutefois, cette comparaison ne joue pas, car dans cette opération-ci, l'ablation du tissu tuberculeux visant la guérison définitive constitue le but principal, alors que l'arthrodèse pratiquée dans les cas de coxarthrose cherche non pas à influencer le processus de la maladie, mais seulement à améliorer le fonctionnement de l'organe (se tenir debout, marcher). Dans le cas de la gonarthrite, l'arthrodèse représente donc un traitement de l'affection comme telle, qui ne peut être pris en charge par l'AI, alors que l'ablation du tissu arthrotique en cas d'enraidissement de l'articulation de la hanche vise une amélioration fonctionnelle, qui sera obtenue par la suppression de l'articulation et non par le traitement de l'affection comme telle.

Les ostéotomies ou sections de l'os pratiquées à l'extrémité supérieure du fémur, en particulier l'ostéotomie selon Pauwels et l'ostéotomie intertrochantérienne selon Mc Murray sont, en soi, des mesures médicales classiques au sens de la LAI, même s'il faut effectuer simultanément une torsion axiale ou rotation du fémur. Ces méthodes donnent, en général, des résultats durables et satisfaisants et peuvent être appliquées en cas de coxarthrose unilatérale ou bilatérale, surtout si l'articulation a gardé et doit garder une certaine mobilité.

Dans les opérations qui consistent à recouvrir la tête du fémur d'une cupule métallique, après ablation du tissu arthrotique (Smith-Petersen, etc.), ou à remplacer cette tête par une prothèse (Judet, Merle d'Aubigné, Moore, etc.), peut-on parler tout de même de traitement chirurgical de l'affection comme telle? Là aussi, l'intervention vise moins à guérir le processus dégénératif qu'à rétablir le fonctionnement de l'articulation. Il en va de même des interventions chirurgicales ayant pour but la réadaptation fonctionnelle sans prothèses, soit par résection plastique de la tête du fémur selon Withman, soit au moyen d'une plastie par interposition (Payr, Lexer, Murplay, Milch-Bachelor, Kallio, etc.).

En revanche, les opérations telles que le forage selon Graber-Duvernay, l'arthroplastie biologique selon Camera et l'excochléation du fémur et de la cavité cotyloïde selon Vogl visent davantage à atténuer les douleurs et à guérir. Elles ne peuvent donc guère être considérées comme des mesures médicales au sens de la LAI.

Le choix d'une méthode chirurgicale pour la réadaptation du patient dépend de l'état général de ce dernier, des circonstances de chaque cas et notamment de la localisation du mal, de la pression que devra supporter l'articulation opérée et, en bonne partie aussi, des préférences du chirurgien lui-même. C'est pourquoi il incombe à celui-ci, et non pas aux organes de l'assurance, de désigner la méthode la plus appropriée et de prendre, d'entente avec le patient, les mesures nécessaires.



Quels sont les points les plus importants à prendre en considération lorsque des mesures médicales sont demandées dans un cas de coxarthrose?

Dans chaque cas, le succès de la réadaptation de l'assuré à la vie professionnelle doit, compte tenu de toutes les circonstances, être probable, avant que la commission AI ait à se prononcer sur l'octroi de mesures médicales.

L'expérience montre, précisément dans les cas de coxarthrose, que les chances de succès d'une réadaptation diminuent avec l'âge. Ce n'est pas étonnant, si l'on songe que la plupart des méthodes chirurgicales prévoient des interventions très poussées, qu'un assuré âgé ne supportera pas aussi aisément qu'un patient plus jeune. On ne peut fixer une fois pour toutes une limite d'âge (50, 60 ans) pour ces mesures de réadaptation; l'âge biologique, qui tient compte de l'état général de l'assuré tant du point de vue physique que psychique, est sans doute plus important que l'âge réel. Entre un sexagénaire juvénile et un quinquagénaire précocement vieilli, lequel triomphera le plus facilement des dangers d'une opération? On ne le sait, mais il est probable que le premier supportera mieux les mesures subséquentes et en tirera un plus grand profit. La durée de l'affection peut certainement se manifester aussi bien dans l'état général que dans l'organe atteint et influencer en particulier le fonctionnement des muscles du bassin et de la cuisse.

L'état général de l'assuré est un critère important pour juger de sa capacité de réadaptation, puisque les mesures chirurgicales impliquent une convalescence et une réadaptation de plusieurs mois. L'opération proprement dite est si grave que l'on ne peut, médicalement, l'envisager pour n'importe quel patient souffrant de coxarthrose. L'état général doit donc être bon ou très bon et ne susciter aucune inquiétude.

L'existence d'autres maladies ou infirmités doit-elle exclure l'octroi de mesures médicales? On ne saurait répondre sans connaître le genre et la gravité de telles complications. Ainsi, par exemple, des troubles de la circulation, des maladies des poumons, des reins ou du foie, des troubles de la digestion et des affections nerveuses risquent de compromettre le succès de la réadaptation projetée et même d'accroître les dangers d'une opération. C'est pourquoi il

faudra toujours commencer par constater, grâce à un examen très approfondi, l'absence de toute affection secondaire qui serait de nature à compliquer le cas. De même, des troubles nerveux ou mentaux risquent d'entraver ou de faire échouer un plan de réadaptation. Pour aborder une réadaptation médicale et professionnelle, qui comportera évidemment quelques désagréments, un assuré atteint de coxarthrose doit (son infirmité mise à part) être doué d'une constitution robuste et d'une certaine dose de courage.

Il faudra tenir compte, ainsi, du *caractère de l'assuré*, et tout spécialement de son empressement au travail. La réadaptation peut être entravée par les *manies* de l'assuré, en particulier l'alcoolisme. Avant de provoquer des maladies et troubles manifestes, tels que catarrhe chronique de l'estomac, cirrhose du foie, ascite (hydropisie du péritoine), névrite, delirium tremens (état d'excitation et de confusion), voire un état démentiel, l'ivrognerie chronique se manifeste par une paresse et une inconstance croissantes. Il est évident que des patients atteints de ces troubles sont inaptes à la réadaptation.

En ce qui concerne le *status local* de la coxarthrose, il est bien entendu qu'une coxarthrose bilatérale représente une difficulté de plus pour la réadaptation, parce que la durée de celle-ci s'en trouvera prolongée et que les méthodes chirurgicales entrant en ligne de compte, avec tous leurs avantages et inconvénients, devront être comparées et étudiées avec un soin particulier. Un reclassement professionnel étant souvent nécessaire dans ces cas-là, les chances de succès de la réadaptation au sens de l'article 12 LAI ne sont pas grandes. Le choix d'une méthode chirurgicale dépendra alors de l'état de l'articulation coxo-fémorale, de sa mobilité, de l'état des muscles environnants, de l'existence ou de l'absence d'autres affections osseuses (notamment d'arthroses), des efforts que devra fournir désormais l'articulation opérée et, naturellement, pour une grande part, de la prédilection du chirurgien pour telle ou telle méthode.

On n'oubliera pas non plus la question, très importante, de l'*activité lucrative* exercée précédemment et de l'activité future de l'assuré. Il faut acquérir la certitude que l'assuré, après l'exécution des mesures médicales, pourra continuer à exercer son métier ou prendre un autre genre de travail, ce qui, éventuellement, exigera un reclassement. La formation professionnelle déjà acquise, l'intelligence, l'habileté et le don de s'adapter à de nouvelles situations jouent ici un rôle important; d'autres facteurs sont également à considérer, tels que les conditions de logement et de travail et les déplacements de l'assuré entre son domicile et l'atelier. Il importe de tirer au clair, avant le prononcé de la commission, toutes les questions de ce genre et d'assurer si possible à l'invalidé l'emploi approprié.

Une instruction menée soigneusement et tenant compte de ces considérations facilitera la tâche de la commission AI lorsqu'elle devra se prononcer sur l'octroi de mesures médicales, en vertu de l'article 12 LAI, dans des cas de coxarthrose. Si des prestations sont accordées sur la base d'un pronostic minutieusement établi, l'AI prendra en charge les frais de l'opération, du séjour à l'hôpital et du traitement post-opératoire, même si l'on devait constater, par la suite, que le résultat espéré n'a pas été atteint.

Les jugements pénaux rendus en vertu des articles 87 à 91 LAVS de 1959 à 1962

Les articles 87 à 91 LAVS règlent le droit pénal spécial de l'AVS, applicable également au régime des APG (art. 25 LAPG), à celui des allocations familiales dans l'agriculture (art. 23 LFA) et, depuis 1960, à l'AI (art. 70 LAI). En vertu de l'article 90, 2^e alinéa, LAVS, les tribunaux cantonaux pénaux doivent communiquer tous les jugements passés en force, ainsi que les ordonnances de non-lieu, qui concernent les délits prévus aux articles 87 et 88 LAVS, au Ministère public de la Confédération, qui les transmet à l'OFAS.

Le présent exposé, qui complète une série d'articles parus naguère dans la RCC (1951, p. 406 ; 1956, p. 221 ; 1958, p. 258), est consacré aux jugements pénaux rendus dans les cantons de 1959 à 1962 ; il en indique le nombre, précise la nature des infractions et la manière dont elles ont été jugées.

Nombre des jugements pénaux rendus depuis 1959

Tableau 1

Années	1959	1960	1961	1962
Nombre de jugements pénaux	85	84	57	47

En comparant les données les plus récentes aux rapports publiés précédemment, on peut constater que le nombre des jugements pénaux a sensiblement diminué. De 1949 à 1958, on comptait, en moyenne annuelle, 142 de ces jugements. Les chiffres fournis pour les années 1959 à 1962 (tableau 1) restent sensiblement inférieurs à la moyenne des années précédentes, malgré l'introduction de l'AI qui a étendu le champ d'action des assurances sociales. Si l'on laisse de côté la première année de l'AVS (1948), qui ne saurait être représentative, on constatera qu'un véritable record a été battu en 1962, où l'on n'a enregistré que 47 jugements, soit environ un tiers de la moyenne ou un quart du maximum (181 jugements en 1952).

Les jugements pénaux par cantons

Tableau 2

Cantons	1959	1960	1961	1962	Total
Zurich	11	8	4	13	36
Berne	18	15	8	9	50
Lucerne	2	2	4	—	8
Uri	—	—	—	—	—
Schwyz	—	3	—	1	4
Unterwald-le-Haut	—	—	—	—	—
Unterwald-le-Bas	—	—	—	—	—
Glaris	1	—	1	1	3
Zoug	—	1	—	—	1
Fribourg	1	—	—	—	1
Soleure	—	2	2	—	4
Bâle-Ville	16	25	23	9	73
Bâle-Campagne	—	1	—	—	1
Schaffhouse	—	—	—	—	—
Appenzell Rh.-Ext.	—	—	—	—	—
Appenzell Rh.-Int.	—	—	—	—	—
Saint-Gall	1	2	1	1	5
Grisons	—	2	—	2	4
Argovie	3	1	2	2	8
Thurgovie	—	1	3	—	4
Tessin	—	—	—	1	1
Vaud	23	18	7	4	52
Valais	1	—	—	—	1
Neuchâtel	3	2	1	—	6
Genève	5	1	1	4	11
	85	84	57	47	273

Comme les années précédentes, la plupart des jugements pénaux ont été rendus dans les cantons-villes; ces cantons sont en effet les plus peuplés, et il faut considérer, en outre, les différences qui semblent exister d'un canton à l'autre dans la pratique des tribunaux pénaux.

Les jugements pénaux d'après le genre des infractions

Tableau 3

Genre d'infraction	1959	1960	1961	1962
<i>Délits</i>				
Obtention frauduleuse de prestations (art. 87, 1 ^{er} al., LAVS)	3	2	—	—
Infraction à l'obligation de payer des cotisations (art. 87, 2 ^e al., LAVS) .	17	9	4	15
Détournement de cotisations de salariés (art. 87, 3 ^e al., LAVS)	38	34	21	22
Violation de l'obligation de garder le secret (art. 87, 4 ^e al., LAVS)	—	—	—	—
Infraction aux prescriptions de revision et de contrôle (art. 87, 5 ^e al., LAVS)	—	—	—	—
Nombre total des délits	58	45	25	37
<i>Contraventions</i>				
Violation de l'obligation de renseigner (art. 88, 1 ^{er} al., LAVS)	28	33	31	26
Opposition à un contrôle (art. 88, 2 ^e al., LAVS)	2	6	3	1
Infraction aux prescriptions sur la manière de remplir les formules (art 88, 3 ^e al., LAVS)	14	16	11	7
Nombre total des contraventions . . .	44	55	45	34
Nombre total des délits et contraventions	102	100	70	71

Le nombre total des infractions ne concorde pas avec le nombre des jugements pénaux du tableau 2, car il arrive souvent qu'une personne soit condamnée pour avoir enfreint deux ou plusieurs dispositions pénales (p. ex. violation de l'obligation de cotiser et de l'obligation de renseigner).

Pendant ces quatre années, au cours desquelles la somme totale des prestations servies a atteint 3,8 milliards, on n'a enregistré que cinq cas d'obtention

frauduleuse de prestations (dans quatre cas : rente AVS, dans un cas : allocations familiales). C'est un bon certificat pour l'honnêteté des bénéficiaires.

En outre, pendant la même période, mais déjà à partir de 1948, les tribunaux n'ont jamais eu à connaître d'une infraction à l'obligation de garder le secret ou d'une infraction aux prescriptions sur les révisions et contrôles, ce qui témoigne en faveur du travail consciencieux des organes administratifs et des bureaux de révision.

L'infraction à l'obligation de cotiser et le détournement de cotisations de salariés représentent un cas un peu différent ; ce sont là les délits les plus fréquents : on en a compté 160 pendant les quatre années. Toutefois, ce nombre est insignifiant, si l'on considère qu'il y a en tout quelque 560 000 affiliés.

Les cas d'affiliés qui ont enfreint leur obligation de renseigner ou n'ont pas rempli les formules prescrites ont été assez fréquents. Quelques employeurs se sont même opposés à des contrôles ; on ne signale, cependant, que 12 contraventions de ce genre pendant ces quatre années, alors que le nombre total des employeurs s'élève à environ 300 000. Cette proportion montre que les employeurs font preuve, en général, de compréhension à l'égard des contrôles auxquels ils doivent se soumettre.

Les jugements pénaux d'après les genres de verdict

Tableau 4

Genres de verdict	1959	1960	1961	1962
Ordonnances de non-lieu	2	1	—	2
Acquittements	2	2	2	1
Amendes jusqu'à Fr. 100.—	52	58	42	25
Amendes de plus de Fr. 100.—	7	9	4	9
Emprisonnement jusqu'à 10 jours avec sursis	12	9	1	3
Emprisonnement jusqu'à 10 jours sans sursis	2	3	1	2
Emprisonnement de 10 à 30 jours avec sursis	3	2	4	5
Emprisonnement de 10 à 30 jours sans sursis	—	—	—	—
Emprisonnement de plus d'un mois avec sursis	5	2	3	1
Emprisonnement de plus d'un mois sans sursis	—	—	—	—
Total	85	86	57	48

Les totaux du tableau 4 ne concordent pas avec ceux du tableau 2, plusieurs délits ayant été frappés d'amende et d'emprisonnement cumulés.

Parmi les jugements communiqués à l'OFAS, on trouve cinq ordonnances de non-lieu ; dans sept autres cas, l'accusé a été acquitté. Les acquittements ont été motivés comme suit: Dans trois cas, l'accusé a apporté la preuve qu'il n'avait rien à voir avec l'administration commerciale. Dans un cas, la caisse de compensation a omis d'ouvrir, avant de porter plainte, une procédure de sommation. Dans une autre cause, il n'a pas été possible de prouver que l'accusé ait voulu se soustraire à la revision. Dans une autre encore, le tribunal a admis que l'accusée (une veuve) était de bonne foi en croyant qu'elle avait encore droit à la rente de veuve trois ans après son remariage. Enfin, le tribunal a décidé, dans une procédure pénale, que l'accusé, déjà puni d'une amende d'ordre de 20 francs par la caisse de compensation, ne pouvait être poursuivi encore en vertu du code pénal pour la même infraction, conformément au principe « ne bis in idem ».

Les peines les plus fréquentes sont, comme les années précédentes, les amendes jusqu'à 100 francs. Ces amendes ont été appliquées en général à des affiliés qui avaient enfreint leur obligation de renseigner ou négligé de remplir des formulaires. Les peines d'emprisonnement restent à peu près aussi nombreuses, par rapport à l'ensemble des jugements, que les années précédentes ; dans la plupart de ces cas, les conditions justifiant l'octroi du sursis étaient remplies, objectivement et subjectivement.

A plusieurs reprises, la RCC a étudié en détail la jurisprudence des tribunaux pénaux cantonaux (1952, p. 376 et 420 ; 1954, p. 53 ; 1955, p. 13 ; 1958, p. 160). De 1959 à 1962, ces tribunaux n'ont pas eu à trancher de nouvelles questions de principe, si bien qu'il est superflu d'examiner de plus près les jugements qu'ils ont rendus.

Les nouvelles dispositions cantonales sur le contentieux dans l'AVS et les domaines apparentés

(Suite et fin) ¹

Quelque quatorze cantons (il y en avait dix-sept précédemment)² possèdent encore une autorité de recours AVS particulière. Celle-ci ne tranche, toutefois, pas seulement les litiges concernant l'AVS, l'AI, les APG et les allocations

¹ Voir RCC 1964, p. 12.

² Cf. RCC 1956, p. 213, chiffre 3.

familiales de droit fédéral. Les cantons d'Uri, Zoug, Appenzell Rh.-Ext. et Grisons avaient déjà chargé naguère leur autorité de recours AVS de trancher les litiges concernant l'assurance-chômage fédérale. Les commissions de recours AVS des cantons d'Uri, Schwyz et Grisons sont également compétentes pour juger les recours en matière d'assurance-accidents et de prévention des accidents dans l'agriculture. La commission de recours AVS du canton de Zoug connaît également, en première instance, des recours concernant la taxe d'exemption du service militaire et, en instance unique, des recours concernant les assurances cantonales immobilières contre l'incendie et contre les dommages causés par les éléments.

Dans tous les cantons, sauf dans ceux d'Appenzell Rh.-Ext. et d'Argovie, des lois sur les allocations aux enfants sont actuellement en vigueur. Les recours contre les décisions rendues en cette matière par les organes administratifs sont jugés dans tous les cantons, à l'exception de Vaud, Neuchâtel et Genève, par les autorités de recours AVS.

Là où la gestion du secrétariat de l'autorité cantonale de recours avait été confiée à la caisse cantonale de compensation AVS, la séparation a été effectuée conformément aux exigences de l'article 85, 1^{er} alinéa, LAVS. Dans les cantons où un tribunal cantonal fonctionnait déjà en tant qu'autorité de recours AVS, la gestion du secrétariat est confiée au greffe de ce tribunal³. A Lucerne, le tribunal cantonal, à Appenzell (Rh. Int.), le greffe du tribunal cantonal et à Neuchâtel le Département de l'industrie mettent un secrétaire à la disposition de l'autorité de recours. A Zurich, le secrétariat est désigné par les soins du Département cantonal compétent. Cette compétence incombe au Conseil d'Etat dans les cantons d'Uri, de Bâle-Ville et des Grisons. Les actes législatifs des cantons de Schwyz, Zoug, Appenzell Rh.-Ext., Bâle-Campagne, Saint-Gall, et Thurgovie ne précisent pas quel est l'office compétent pour assumer le secrétariat.

La procédure

La procédure est partout conforme, aujourd'hui, aux exigences de l'article 85 LAVS, telles qu'elles ont été précisées dans la RCC 1960, pages 138 à 141. Les prescriptions cantonales, dont le texte reproduit plus ou moins celui des prescriptions fédérales, ne présentent pas de particularités, sauf sur quelques points relevés ci-après, que les cantons pouvaient régler à leur gré.

1. Les arrêtés des cantons de Zurich, Berne, Lucerne, Schwyz, Unterwald-le-Haut, Glaris, Bâle-Campagne, Appenzell Rh. Ext., Saint-Gall, Thurgovie et Neuchâtel prévoient que les recours peuvent être traités par voie de circulation, spécialement lorsque la situation juridique est claire, qu'il y a urgence ou

³ Berne, Unterwald-le-Bas, Soleure, Schaffhouse, Argovie, Tessin, Vaud et Valais.

qu'il s'agit de bagatelles. Sous cette forme de procédure, le président de la commission de recours ou un membre désigné par lui établit une proposition, qui est considérée comme jugement si tous les membres y adhèrent.

2. Dans les cas juridiquement clairs, par exemple lorsqu'un délai n'a pas été observé, que l'autorité n'est pas compétente, qu'il y a défaut de légitimation ou que la décision de la caisse de compensation est manifestement juste ou fausse, la plupart des présidents de commission (en cas d'empêchement, le vice-président) ont la compétence de trancher en qualité de *juge unique*⁴. Dans le canton du Tessin, le président est compétent, en qualité de juge unique, pour trancher des litiges portant sur un montant de 1000 francs au plus. De même, en qualité de juge unique, le président du tribunal des assurances du canton de Vaud peut juger des procès portant sur un montant qui ne dépasse pas 4000 francs, quitte à porter l'affaire devant le tribunal si des questions difficiles ou de principe se posent.

3. La possibilité de *reviser* des jugements est maintenant prévue uniformément dans tous les arrêtés, conformément à l'article 85, 2^e alinéa, lettre h, LAVS. Toutefois, le délai durant lequel la révision peut être demandée varie d'un canton à l'autre. Ce délai est de trois mois, dès la découverte d'un motif de révision, dans les cantons de Berne, Lucerne et Schaffhouse, de 90 jours dans les cantons d'Uri, Schwyz, Unterwald-le-Bas, Bâle-Campagne, Tessin et Valais, de deux mois à Bâle-Ville, de 30 jours à Zurich et à Zoug; dans le canton de Genève, la révision est possible en tout temps. Dans les cantons de Fribourg, Soleure, et Neuchâtel, aucun délai n'est fixé. Les arrêtés des cantons d'Appenzell Rh.-Ext. et Int., Saint-Gall, Thurgovie et Vaud se réfèrent à la procédure civile. Dans les Grisons, le délai prévu par l'ordonnance réglant la procédure en matière de différends administratifs portés devant le Petit Conseil est applicable par analogie. A Lucerne, la prescription suivante est appliquée: Si cinq années se sont écoulées depuis le moment où la décision a acquis force de chose jugée, la révision ne peut être admise que s'il est établi, par un jugement pénal passé en force de chose jugée, que la décision a été influencée par un acte criminel ou délictueux. A Bâle-Ville, le droit à la révision en cas d'influence d'un acte délictueux sur la décision devient caduc au bout de dix ans, dans les autres cas de révision cinq ans après la décision. A Bâle-Campagne, une demande en révision ne peut être présentée que dans les cinq ans après la décision.

4. En cas de recours téméraire ou interjeté à la légère, les autorités de recours peuvent condamner le recourant à un émoulement dont le montant maximum varie, selon les cantons, entre 100 et 500 francs. Les autorités de recours des Berne, Schwyz et d'Unterwald-le-Bas peuvent, en cas de violation

⁴ Ceci est le cas dans les cantons de Zurich, Berne, Lucerne, Uri, Schwyz, Fribourg, Soleure, Bâle-Ville, Bâle-Campagne, Appenzell Rh.-Ext., Saint-Gall, Grisons, Argovie, Thurgovie, Tessin, Vaud, Valais et Neuchâtel.

des règles de la bienséance, prononcer une *réprimande* ou une *amende* pouvant aller jusqu'à 100 francs; pour de pareils cas, les cantons d'Uri, Soleure et Schaffhouse prévoient seulement des amendes jusqu'à 100 francs; à Bâle-Ville, les amendes varient entre 5 et 50 francs. Dans le canton de Vaud, les témoins qui, sans s'être excusés, n'assistent pas aux débats sont passibles d'une amende allant jusqu'à 150 francs.

5. Les principes de l'*assistance judiciaire gratuite*, des *frais de justice* et des *dépens*, posés par le nouvel article 85, 2^e alinéa, lettre f, LAVS, sont maintenant énoncés dans les nouvelles prescriptions cantonales. Le président ou l'autorité de recours elle-même statuent sur l'assistance judiciaire gratuite et l'avance des frais, et désignent le représentant de l'assuré. A Lucerne, la commission de justice du tribunal cantonal décide de l'assistance judiciaire gratuite sur proposition du président de section. Plusieurs arrêtés cantonaux prescrivent que l'assistance judiciaire doit être confiée à un avocat pratiquant dans le canton; l'indemnisation incombe à la caisse de l'Etat. Dans les cantons de Zurich et de Thurgovie, l'octroi de l'assistance judiciaire gratuite ou d'une avance de frais est exclue en cas de recours touchant le droit cantonal (p. ex. la loi sur les allocations familiales). Suivant quelques arrêtés, le recourant qui demande l'assistance judiciaire doit fournir un état de ses revenus et de sa fortune. En divers cantons, d'autres prescriptions cantonales (p. ex. de procédure civile, de procédure devant le tribunal cantonal des assurances ou de réglementation de l'assistance judiciaire gratuite) sont déclarées applicables par analogie.

6. Enfin, là où il n'y a pas de réglementation spéciale sur certaines questions de procédure en matière d'AVS, les prescriptions d'*autres arrêtés cantonaux* sont applicables par analogie; ce sont les règles de procédure civile (Zurich, Uri, Unterwald-le-Bas, Fribourg, Bâle-Ville, Schaffhouse, Appenzell Rh.-Ext. et Rh.-Int., Saint-Gall, Argovie, Tessin, Valais), la loi sur la constitution du tribunal (Zurich), l'ordonnance sur l'organisation de la commission cantonale de recours en matière fiscale et sur la procédure de recours (Lucerne), les prescriptions sur la juridiction administrative (Schwyz), la loi sur la procédure de recours devant le Conseil d'Etat (Zoug), la loi concernant l'organisation et le règlement du Conseil d'Etat (Bâle-Ville) et l'ordonnance réglant la procédure en matière de différends administratifs portés devant le Petit Conseil (Grisons).

Liste des arrêtés cantonaux concernant l'AVS et l'AI

Etat le 1^{er} janvier 1964

Abréviations allemandes: AHV = AVS; IV = AI

Zurich

Gesetz über die Einführung des Bundesgesetzes über die AHV und die Abänderung des Gesetzes über die Erbschafts- und Schenkungssteuer, *du 28 septembre 1947* (LSS¹ 1948, 139).

Reglement für die Ausgleichskasse, *du 22 décembre 1947*.

Beschluss des Aufsichtsrates der Ausgleichskasse über die Aufgaben der Gemeindezweigstellen, *du 4 décembre 1947*.

Verordnung über das Verfahren der kantonalen Rekurskommission für die AHV, *du 7 novembre 1960* (LSS 1960, 70).

Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die IV, *du 4 décembre 1960* (LSS 1960, 109).

Vollziehungsverordnung zum Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die IV, *du 22 décembre 1960* (LSS 1960, 110).

Berne

Loi portant introduction de la loi fédérale sur l'AVS, *du 13 juin 1948* (LSS 1948, 159).

Ordonnance d'exécution de la loi portant introduction de la loi fédérale sur l'AVS, *du 9 juin 1950* (LSS 1950, 113); *modifiée par arrêtés du Conseil exécutif des 15 décembre 1959* (LSS 1959, 110) *et 10 janvier 1961* (LSS 1961, 119).

Arrêté instituant une agence du personnel de l'Etat de la caisse de compensation, *du 31 mars 1950* (LSS 1950, 112).

Loi sur la justice administrative, *du 22 octobre 1961*.

Loi portant introduction de la loi fédérale sur l'AI, *du 4 juin 1961* (LSS 1961, 177).

Règlement de la Commission cantonale d'AI, *du 30 octobre 1959* (LSS 1959, 154).

¹ LSS = Législation sociale de la Suisse, publiée par l'Office fédéral de l'industrie, des arts et métiers et du travail, en liaison avec l'Office fédéral des assurances sociales. Editions polygraphiques S. A., Zurich.

Lucerne

Gesetz über die Einführung des Bundesgesetzes über die AHV, *du 10 mai 1949* (LSS 1949, 172).

Verordnung über die Einführung des Bundesgesetzes über die AHV, *du 10 janvier 1949* (LSS 1949, 170); *modifiée par arrêté du Conseil d'Etat du 23 novembre 1953* (LSS 1953, 99).

Reglement der Ausgleichskasse, *du 25 juin 1949* (LSS 1949, 172).

Verordnung über die Organisation und das Verfahren der kantonalen Rekursbehörde für die AHV, *du 30 mars 1961* (LSS 1961, 88).

Regierungsratsbeschluss betreffend die Einführung des Bundesgesetzes über die IV, *du 17 décembre 1959* (LSS 1959, 155).

Verordnung über die Organisation und das Verfahren der kantonalen IV-Kommission, *du 17 décembre 1959* (LSS 1959, 156).

Regierungsratsbeschluss über Beiträge an die Sonderschulung invalider Kinder, *du 8 février 1962* (LSS 1962, 129).

Uri

Verordnung betreffend die Einführung des Bundesgesetzes über die AHV, *du 26 avril 1948* (LSS 1948, 167).

Reglement für die Ausgleichskasse des Kantons, *du 27 septembre 1948* (LSS 1948, 170).

Regierungsratsbeschluss betreffend Verwaltungskostenanteil, *du 26 février 1948* (LSS 1948, 168).

Reglement der kantonalen Rekurskommission für die AHV, *du 8 janvier 1962* (LSS 1962, 98).

Kantonale Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die IV, *du 11 décembre 1961* (LSS 1962, 129).

Reglement über die Organisation und das Verfahren der IV-Kommission, *du 9 novembre 1959* (LSS 1959, 157).

Landratsbeschluss über Sonderschulbeiträge für bildungsfähige Minderjährige, *du 24 octobre 1960*.

Schwyz

Gesetz betreffend die Einführung des Bundesgesetzes über die AHV, *du 16 septembre 1947* (LSS 1947, 301).

Vollziehungsverordnung zum Gesetz betreffend die Einführung des Bundesgesetzes über die AHV, *du 23 janvier 1948* (LSS 1948, 172).

Verordnung über das Verfahren vor der kantonalen Rekursbehörde für die Sozialversicherung, *du 1^{er} mai 1961* (LSS 1961, 90).

Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die IV, *du 10 décembre 1959* (LSS 1960, 111).

Verordnung über die Organisation der kantonalen IV-Kommission, *du 26 novembre 1959* (LSS 1959, 158).

Unterwald-le-Haut

Gesetz betreffend Einführung des Bundesgesetzes über die AHV, *du 9 mai 1948* (LSS 1948, 175); *modifié par décision populaire du 11 mai 1952* (LSS 1952, 98).

Vollziehungsverordnung zum Gesetz betreffend Einführung des Bundesgesetzes über die AHV, *du 23 juillet 1948* (LSS 1948, 176); *modifiée par arrêtés du Conseil d'Etat du 24 janvier 1953* (LSS 1953, 99) *et du 16 août 1961* (LSS 1961, 126).

Vorschriften über das Verfahren der Rekurskommission für Sozialversicherung, *du 10 juin 1963*.

Gesetz betreffend Finanzierung des Kantonsbeitrages an die IV, *du 7 mai 1961* (LSS 1961, 179).

Regierungsratsbeschluss über die Organisation und das Verfahren der kantonalen IV-Kommission, *du 31 octobre 1960* (LSS 1960, 111).

Unterwald-le-Bas

Gesetz betreffend die Einführung des Bundesgesetzes über die AHV, *du 24 avril 1960* (LSS 1960, 87).

Kassenreglement, *du 21 novembre 1960* (LSS 1960, 90).

Verordnung betreffend Organisation und Verfahren vor der kantonalen Rekursbehörde für die AHV, *du 6 novembre 1961* (LSS 1961, 92).

Verordnung betreffend die Einführung des Bundesgesetzes über die IV, *du 6 novembre 1961* (LSS 1961, 179).

Verordnung betreffend die Errichtung und Organisation der IV-Kommission, *du 6 novembre 1961* (LSS 1961, 179).

Glaris

Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die AHV, *du 2 mai 1948* (LSS 1948, 184).

Vollziehungsverordnung zum Einführungsgesetz über die AHV, *du 16 juin 1948* (LSS 1948, 185).

Reglement über die Verwaltungskostenbeiträge in der AHV, *du 14 décembre 1959* (LSS 1959, 112).

Reglement über die Vergütung von Verwaltungskostenbeiträgen der kantonalen Ausgleichskasse an die Ortsgemeinden für die Zweigstellenführung, *du 29 décembre 1960*.

Verordnung über Organisation und Verfahren der Rekurskommission für die AHV, *du 14 novembre 1963*.

Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die IV, *du 7 mai 1961* (LSS 1961, 180).

Verordnung über Organisation und Verfahren der IV-Kommission des Kantons, *du 3 décembre 1959* (LSS 1959, 161).

Zoug

Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die AHV, *du 29 décembre 1947* (LSS 1947, 305); *modifié par loi du 10 septembre 1953* (LSS 1953, 100).

Kantonale Vollziehungsverordnung über die AHV, *du 2 mars 1948* (LSS 1948, 189); *modifiée par arrêté du Conseil d'Etat du 27 février 1953* (LSS 1953, 100).

Regierungsratsbeschluss über die Festsetzung der Beiträge der Abrechnungspflichtigen an die Verwaltungskosten der Ausgleichskasse, *du 12 décembre 1962* (LSS 1962, 118).

Verordnung über das Verfahren vor der kantonalen Rekurskommission, *du 30 janvier 1962* (LSS 1962, 100).

Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die IV, *du 27 octobre 1960* (LSS 1960, 112).

Verordnung über die kantonale IV-Kommission, *du 11 décembre 1959* (LSS 1959, 162); *modifiée par arrêté du Conseil d'Etat du 4 juillet 1961* (LSS 1961, 181).

Fribourg

Loi d'application de la loi fédérale sur l'AVS, *du 2 décembre 1947* (LSS 1947, 306).

Règlement de la caisse cantonale de compensation pour l'AVS, *du 16 avril 1948* (LSS 1948, 197).

Arrêté fixant la part des communes aux charges financières incombant au canton pour l'AVS, *du 18 décembre 1948* (LSS 1948, 202).

Règlement d'organisation et de procédure de la Commission cantonale de recours en matière d'AVS, *du 16 avril 1948* (LSS 1948, 193); *modifié par arrêté du Conseil d'Etat du 13 juillet 1962* (LSS 1962, 102).

Loi d'application de la loi fédérale sur l'AI, *du 21 novembre 1961* (LSS 1961, 181).

Règlement d'organisation et de procédure de la Commission cantonale de l'AI, *du 27 mars 1962* (LSS 1962, 130).

Soleure

Gesetz zur Einführung des Bundesgesetzes über die AHV, *du 26 septembre 1948* (LSS 1948, 203).

Verwaltungsreglement der Ausgleichskasse, *du 3 mars 1949* (LSS 1949, 190).

Kantonsratsbeschluss über Organisation und Verfahren des kantonalen Versicherungsgerichtes, *du 27 novembre 1917, modifié les 20 avril et 24 novembre 1948* (LSS 1948, 208) *et le 29 mars 1960* (LSS 1960, 71).

Gesetz zur Einführung des Bundesgesetzes über die IV, *du 23 juillet 1961* (LSS 1961, 183).

Reglement über die Organisation und das Verfahren der IV-Kommission des Kantons, *du 6 octobre 1961* (LSS 1961, 183).

Bâle-Ville

Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die AHV, *du 21 octobre 1948* (LSS 1948, 214).

Reglement über die Organisation der kantonalen Ausgleichskasse AHV, *du 26 mars 1949* (LSS 1949, 196).

Reglement der kantonalen Rekurskommission für die Ausgleichskassen, *du 29 mai 1962* (LSS 1962, 105).

Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die IV, *du 11 janvier 1962* (LSS 1962, 132).

Reglement für die IV-Kommission, *du 18 décembre 1961* (LSS 1961, 184).

Verordnung über die Erhebung von Sondergebühren durch die kantonale Ausgleichskasse AHV, *du 2 novembre 1948* (LSS 1948, 215); *modifiée par arrêté du Conseil d'Etat du 21 avril 1953* (LSS 1953, 100).

Bâle-Campagne

Gesetz betreffend die Einführung des Bundesgesetzes über die AHV, *du 27 septembre 1948* (LSS 1948, 216).

Reglement über die Ausgleichskasse des Kantons, *du 26 avril 1949* (LSS 1949, 198).

Reglement der Rekursbehörde für die Sozialversicherung, *du 31 octobre 1961* (LSS 1961, 94).

Gesetz betreffend die Einführung des Bundesgesetzes über die IV, *du 29 juin 1961* (LSS 1961, 185).

Regierungsratsbeschluss betreffend die IV-Kommission des Kantons, *du 3 novembre 1959* (LSS 1959, 173).

Schaffhouse

Gesetz über die Einführung des Bundesgesetzes über die AHV, die Ausrichtung von kantonalen Zusatzrenten zu den Alters- und Hinterlassenenrenten des Bundes, die teilweise Abänderung des Erbschaftssteuergesetzes, die Einführung einer Vergütungssteuer, *du 4 octobre 1948* (LSS 1948, 217); *modifié par la nouvelle loi du 16 octobre 1961* (LSS 1961, 128) *et par l'article 17 du* Gesetz über die Ausrichtung von kantonalen Zusatzrenten und die Beitragsleistung des Kantons an die Eidg. AHV, *du 26 novembre 1956* (LSS 1956, 198).

Verordnung des Regierungsrates zum Gesetz über die Einführung des Bundesgesetzes über die AHV, *du 29 décembre 1948* (LSS 1948, 220).

Beschluss des Regierungsrates über die Deckung der Verwaltungskosten der Ausgleichskasse und die Gewährung von Zuschüssen an die Kosten der Gemeindezeitungen, *du 25 mai 1949* (LSS 1949, 200).

Verordnung des Regierungsrates über das Beschwerdeverfahren vor der im Bundesgesetz über die AHV vorgesehenen kantonalen Rekursbehörde, *du 10 janvier 1962* (LSS 1962, 107).

Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die IV, *du 3 juillet 1961* (LSS 1961, 186).

Verordnung des Regierungsrates über die Organisation und das Verfahren der IV-Kommission, *du 14 novembre 1962* (LSS 1962, 133).

Appenzell Rh.-E.

Ausführungsverordnung zum Bundesgesetz über die AHV, *du 27 novembre 1947* (LSS 1947, 310); *modifiée par arrêtés du Conseil cantonal des 1^{er} juin 1948* (LSS 1948, 224) *et 5 juin 1961* (LSS 1961, 128).

Reglement betreffend die Organisation der Ausgleichskasse, *du 6 janvier 1948* (LSS 1948, 221).

Reglement für das Verfahren der Rekurskommission für Sozialversicherung, *du 5 février 1963*.

Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die IV für den Kanton, *du 5 juin 1961* (LSS 1961, 187).

Reglement über die Organisation und das Verfahren der IV-Kommission des Kantons, *du 27 novembre 1961* (LSS 1961, 187).

Appenzell Rh.-I.

Kantonale Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die AHV, *du 30 novembre 1959* (LSS 1959, 114).

Geschäftsreglement der Ausgleichskasse des Kantons, *du 21 juillet 1960* (LSS 1960, 97).

Verordnung über die Organisation und das Verfahren der kantonalen Rekursbehörde für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung, *du 30 novembre 1961* (LSS 1961, 95).

Kantonale Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die IV, *du 30 novembre 1959* (LSS 1959, 177).

Geschäftsreglement der IV-Kommission, *du 12 janvier 1960* (LSS 1960, 116).

Saint-Gall

Gesetz betreffend die Einführung des Bundesgesetzes über die AHV, *du 23 février 1948* (LSS 1948, 225); *modifié par les lois complémentaires des 5 mai 1953* (LSS 1953, 102) *et 22 novembre 1955* (LSS 1955, 144).

Reglement der Verwaltungskommission für die Ausgleichskasse des Kantons, *du 15 juin 1948* (LSS 1948, 230).

Verordnung über Organisation und Verfahren der kantonalen Rekurskommission für die AHV, *du 28 mai 1948* (LSS 1948, 229); *modifiée le 29 août 1961* (LSS 1961, 96).

Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die IV, *du 6 mars 1961* (LSS 1961, 188).

Verordnung über Organisation und Verfahren der kantonalen IV-Kommission, *du 14 décembre 1959* (LSS 1959, 177).

Grisons

Gesetz über die Einführung der AHV, *du 13 mars 1949* (LSS 1949, 207).

Ausführungsverordnung des Grossen Rates zum Bundesgesetz über die AHV, *du 26 novembre 1947* (LSS 1948, 232); *modifiée par arrêtés du Grand Conseil du 23 mai 1950* (LSS 1950, 126) *et du 21 novembre 1959* (LSS 1960, 99).

Reglement betreffend die Ausgleichskasse des Kantons für die AHV, *du 2 décembre 1950* (LSS 1951, 146).

Verordnung über Organisation und Verfahren der Rekurskommission für Sozialversicherung, *du 28 mars 1960* (LSS 1960, 72).

Ausführungsverordnung zum Bundesgesetz über die IV, *du 21 novembre 1959* (LSS 1960, 117).

Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die IV, *du 6 mars 1960* (LSS 1960, 117).

Verordnung über die IV-Kommission, *du 29 décembre 1959* (LSS 1959, 178).

Beschluss des Kleinen Rates betreffend Errichtung einer kantonalen Regionalstelle der IV, *du 2 mai 1960* (LSS 1960, 118).

Argovie

Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die AHV, *du 6 décembre 1947* (LSS 1947, 313).

Vollziehungsverordnung zum Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die AHV, *du 26 octobre 1956* (LSS 1956, 203).

Grossratsbeschluss betreffend die Ausübung der Oberaufsicht über die kantonale Ausgleichskasse, *du 19 octobre 1948* (LSS 1948, 238).

Grossratsverordnung über das Verfahren vor dem Obergericht in AHV-Sachen, *du 14 juin 1948* (LSS 1948, 237), *et du 8 janvier 1952* (LSS 1952, 100).¹

Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die IV, *du 12 avril 1960* (LSS 1960, 118).

Regierungsbeschluss über die kantonale IV-Kommission, *du 4 décembre 1959* (LSS 1959, 179).

Regierungsbeschluss über die Errichtung einer Regionalstelle der IV, *du 15 juin 1962* (LSS 1962, 134).

Thurgovie

Gesetz über die Einführung der eidg. AHV, *du 6 décembre 1947* (LSS 1947, 314).

Verordnung des Regierungsrates zum Gesetz über die Einführung der eidg. AHV, *du 26 février 1948* (LSS 1948, 239).

¹ Sera prochainement adapté.

Verordnung des Regierungsrates über das Verfahren der kantonalen Rekurskommission für die AHV, *du 9 octobre 1961* (LSS 1961, 97).

Gesetz über die Einführung der eidgenössischen IV, *du 30 septembre 1961* (LSS 1961, 188).

Verordnung des Regierungsrates über die Organisation und das Verfahren der IV-Kommission, *du 2 décembre 1959* (LSS 1959, 180).

Tessin

Decreto legislativo di applicazione della legge federale sull'AVS, *du 28 janvier 1948* (LSS 1948, 242).

Decreto legislativo che stabilisce gli onorari dei gerenti delle agenzie comunali della Cassa cantonale di compensazione per l'AVS, *du 19 avril 1948* (LSS 1948, 247).

Legge di procedura per i ricorsi al Tribunale cantonale delle assicurazioni relativi alla applicazione della Legge federale AVS e della Legge federale AI, (...), *du 6 avril 1961* (LSS 1961, 99).

Legge che modifica l'art. 22, lit. c, della legge organica giudiziaria civile e penale (testo aggiornato al 15 dicembre 1954), *du 6 avril 1961*.

Decreto legislativo concernente l'applicazione della Legge federale sull'AI, *du 28 décembre 1961* (LSS 1961, 189).

Regolamento sull'organizzazione e la procedura della Commissione cantonale dell'AI, *du 3 janvier 1962* (LSS 1962, 135).

Vaud

Loi concernant l'AVS, *du 8 septembre 1948* (LSS 1948, 247); *modifiée par les lois du 8 septembre 1954* (LSS 1954, 106) *et du 1^{er} décembre 1959* (LSS 1959, 116).

Arrêté du Conseil d'Etat appliquant la loi du 8 septembre 1948 concernant l'AVS, *du 29 octobre 1948* (LSS 1950, 126).

Loi sur le Tribunal des assurances, *du 2 décembre 1959* (LSS 1959, 103).

Loi concernant l'application de la loi fédérale sur l'AI, *du 4 décembre 1961* (LSS 1961, 189).

Règlement de la Commission cantonale de l'AI, *du 26 décembre 1961* (LSS 1961, 190).

Loi sur le financement de l'AI, *du 1^{er} décembre 1959* (LSS 1959, 182).

Valais

Décret réglant l'application de la loi fédérale sur l'AVS, *du 14 février 1950* (LSS 1950, 128), *modifié par le Décret réglant l'application de la loi fédérale sur l'AI, du 15 novembre 1961* (LSS 1961, 192).

Règlement organisant la caisse cantonale de compensation et ses agences, *du 11 avril 1949* (LSS 1949, 216), *modifié par arrêté du Conseil d'Etat du 28 décembre 1962*.

Ordonnance d'exécution réglant la procédure devant le Tribunal cantonal des assurances comme autorité de recours en matière d'AVS et d'AI (...), *du 18 novembre 1961* (LSS 1961, 102).

Décret réglant l'application de la loi fédérale sur l'AI, *du 15 novembre 1961* (LSS 1961, 191).

Règlement organisant la commission cantonale de l'AI, *du 12 janvier 1960* (LSS 1960, 118).

Neuchâtel

Loi concernant l'introduction de la loi fédérale sur l'AVS, *du 18 novembre 1947* (LSS 1947, 317); *modifiée par la loi du 27 juin 1961* (LSS 1961, 137).

Arrêté d'exécution des prescriptions fédérales et cantonales sur l'AVS, *du 13 février 1948* (LSS 1948, 325); *modifié par les arrêtés des 15 juin 1951* (LSS 1951, 150) *et 24 janvier 1958* (LSS 1958, 102).

Règlement de la Caisse cantonale de compensation, *du 13 février 1948*.

Règlement de la Commission cantonale de recours pour l'AVS, *du 6 septembre 1962* (LSS 1962, 109).

Loi concernant l'introduction de la loi fédérale sur l'AI, *du 23 octobre 1961* (LSS 1961, 193).

Règlement de la Commission cantonale neuchâteloise de l'AI, *du 6 septembre 1962* (LSS 1962, 137).

Genève

Loi d'application de la loi fédérale sur l'AVS, *du 13 décembre 1947* (LSS 1947, 318); *modifiée par la loi du 26 juin 1953* (LSS 1953, 104).

Règlement d'exécution de la loi d'application de la loi fédérale sur l'AVS, *du 22 novembre 1955* (LSS 1955, 153); *modifié par les arrêtés du Conseil d'Etat des 2 mai et 20 décembre 1961* (LSS 1961, 144, 146).

Règlement de la Commission de surveillance de la caisse cantonale de compensation, *du 10 septembre 1948* (LSS 1948, 262).

Règlement relatif à l'exécution des dispositions concernant l'AVS fédérale et l'aide complémentaire cantonale, *du 18 novembre 1947* (LSS 1947, 318).

Règlement de la Commission cantonale de recours en matière d'AVS, *du 9 avril 1948* (LSS 1948, 257); *modifié par l'arrêté du Conseil d'Etat du 14 juin 1960* (LSS 1960, 107).

Loi d'application de la loi fédérale sur l'AI, *du 20 octobre 1961* (LSS 1961, 194).

Les dispositions concernant la Commission cantonale de l'AI sont contenues dans le chapitre II de la loi sus-mentionnée.

BIBLIOGRAPHIE

Die schweizerische Lösung der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge. 32 pages, avec tableaux et graphiques. Publié par l'Association des sociétés suisses d'assurance-vie, Zurich, octobre 1963.

Logements pour infirmes moteurs (normes SNV 1963). 7 pages ill. En vente au Centre d'études pour la rationalisation du bâtiment, Torgasse 4, Zurich 1.

H. F. Moser : **La délimitation du domaine de la prévoyance en faveur du personnel.** (Contient notamment des comparaisons avec les assurances sociales.) Publié dans « Prévoyance en faveur du personnel », bulletin de l'Association intercantonale pour la prévoyance en faveur du personnel. Berne, octobre 1963, vol. 3, N° 3, p. 165-186.

A. C. Brunner-Gyr : **AHV-Revision oder -Reform ?** Tirage à part de la « Schweizerische Arbeitgeberzeitung », Zurich (N°s 34, 35 et 36 des 22 et 29 août et 5 septembre 1963). 23 pages, graphiques.

A. C. Brunner-Gyr : **Case Study betreffend die Anwendung eines partiellen Umlageverfahrens bei einer Rentenkasse der Privatwirtschaft.** Tirage à part de la « Schweizerische Arbeitgeberzeitung », Zurich (N°s 13, 14, 15/16 et 17 des 29 mars, 5, 12 et 19 avril 1962). 32 pages.

PETITES INFORMATIONS

Nouvelles interventions parlementaires

Motion Fuchs
du 18 décembre 1963

Motion Guntern
du 19 décembre 1963

MM. Fuchs, conseiller national, et Guntern, conseiller aux Etats, ont déposé, les 18 et 19 décembre 1963, des motions dont la teneur est identique; en voici le texte:

« Le Conseil fédéral est invité à présenter aux Chambres un projet de revision de la loi fédérale du 20 juin 1952 sur les allocations familiales pour ouvriers agricoles et petits paysans et à y apporter des améliorations substantielles. »

Allocations familiales dans le canton de Soleure	Par arrêté du 22 novembre 1963, le Conseil d'Etat a adapté le règlement d'exécution aux dispositions de la loi du 29 septembre 1963 modifiant la loi sur les allocations familiales aux salariés. Aux termes des nouvelles prescriptions qui sont entrées en vigueur le 1 ^{er} janvier 1964, les enfants âgés de 16 à 20 ans, incapables de gagner leur vie par suite de maladie ou d'infirmité, donnent droit aux allocations si leur incapacité de travail est de 50 pour cent au moins (jusqu'à présent : 80 pour cent).
Allocations familiales dans le canton de Neuchâtel	Le 17 janvier 1964, le Conseil d'Etat a adopté un nouveau règlement de la Caisse cantonale de compensation pour allocations familiales, qui remplace celui du 23 novembre 1945.
Répertoire d'adresses AVS/AI/APG	Page 7, Caisse Glaris, et p. 23, commission AI Glaris. Nouvelle adresse : Rathausplatz, Glaris. Case postale 197 Glaris. Page 18, Caisse 89, Banques. Nouvelle case postale : Zurich 27.
Nouvelles personnelles	La commission AI du canton du Valais a reçu un nouveau président : c'est M. <i>Anton Imsand</i> , président de la section du Haut-Valais. M. <i>Jean-Marie Closuit</i> devient président de la première section (Bas-Valais).

JURISPRUDENCE

Assurance-vieillesse et survivants

COTISATIONS

Arrêt du TFA, du 5 avril 1963, en la cause T. SA.

Articles 84 et 85 LAVS. Le débiteur qui recourt contre une décision de cotisations arriérées, mais paie ces cotisations, reconnaît le bien-fondé de la réclamation. Toutefois, si des faits signalés dans le dossier montrent que ce paiement n'équivaut pas à une reconnaissance de la dette, cette présomption se trouve infirmée, et le juge doit trancher le litige.

Articoli 84 e 85 LAVS. Il debitore che interpone ricorso contro una decisione di contributi arretrati, ma paga gli stessi, riconosce la fondatezza della pretesa. Tuttavia, se dei fatti risultanti dagli atti dimostrano che questo pagamento non equivale ad un riconoscimento del debito, questa presunzione è infirmata ed il giudice deve giudicare in merito.

La caisse de compensation a réclamé à l'appelante des cotisations paritaires s'élevant à 1683 francs. Par jugement du 30 avril 1962, la commission de recours a partiellement admis les conclusions de la recourante. Elle a toutefois renvoyé le dossier à la caisse pour plus ample examen des faits. La caisse a ultérieurement signalé à la commission de recours que la somme de 1683 francs lui avait été versée le 20 février 1962, sans réserve, en sus d'autres cotisations. Les premiers juges ont alors classé l'affaire, la cause étant devenue sans objet du fait de la reconnaissance de la décision attaquée.

Dans son appel, l'intéressée déclara que les cotisations litigieuses avaient été payées par erreur; ceci était prouvé par le fait que le même jour, soit le 20 février 1962, elle avait écrit à la caisse pour la prier de patienter, car la fiduciaire avait encore les pièces justificatives à l'examen.

Le TFA admit l'appel. Voici ses considérants.

1. ...

2. Bien qu'elle eût connaissance du recours formé contre sa décision, la caisse envoya à l'intéressée, le 19 février 1962, un rappel réclamant le paiement des 1683 francs dans les dix jours, en la menaçant d'une sommation légale avec taxe pouvant atteindre 10 francs.

Le lendemain, déjà, l'appelante envoya à la caisse la totalité des cotisations litigieuses. En même temps, elle demandait à la caisse de patienter encore, car l'examen des pièces par la fiduciaire n'était pas terminé.

Entre le paiement et la lettre, il y a une nette contradiction; c'est pourquoi le paiement, qui n'était nullement spontané, ne saurait être considéré comme l'extinction inconditionnelle de la dette et moins encore comme une reconnaissance de celle-ci. Tel n'a d'ailleurs pas été l'avis des parties, comme il appert de la correspondance échangée depuis; elles ont au contraire considéré que le litige n'était pas encore vidé. C'est dans cet esprit que la caisse écrivait à la commission de recours, le 24 juillet 1962, dans une lettre où elle mentionnait « en passant » le versement en cause: « Nous espérons qu'il vous sera possible, à présent, de décider aussi, en ce qui concerne la position G.S.,... » De même, le représentant de l'appelante attendait également une décision sur le fond, comme le montrent ses lettres à la commission de recours, du 16 août et du 2 novembre 1962.

Si le paiement en soi pouvait inciter la commission de recours à admettre que l'appelante avait éteint une dette de cotisations et reconnu ainsi cette dernière, cette présomption a été ébranlée par la manière d'agir des parties en cause, si bien que le juge devait alors veiller d'office à une juste application du droit et déterminer dans quelles circonstances et dans quelle intention le paiement avait été effectué (art. 85, 2^e al., lettres c et e, LAVS). Au lieu d'agir ainsi, la commission de recours s'est contentée de renseignements que la caisse lui a fournis par téléphone et qui n'ont pas révélé le véritable état de fait; elle n'a pas entendu l'appelante. Ceci constitue une violation de la maxime de l'intervention (arrêt du TFA, du 15 juin 1962, en la cause M. P., ATFA 1962, p. 157 = RCC 1962, p. 448). Le jugement de première instance doit donc être annulé et la cause renvoyée à l'autorité de première instance pour jugement au fond.

3. L'arrêt du TFA en la cause S., du 9 septembre 1949 (non publié), invoqué par l'OFAS, ne saurait modifier cette conclusion. Dans ce cas-là, en effet, aucun fait susceptible d'infirmer la présomption créée par le paiement n'était connu. On peut dès lors se dispenser d'examiner si ce jugement procédait bien d'une conception correcte du droit applicable, ce qui paraît douteux, étant donné la jurisprudence adoptée depuis lors à propos de la maxime de l'intervention (cf. arrêt M. P. déjà cité).

Arrêt du TFA, du 5 août 1963, en la cause D.S. S.A.

Article 200, 1^{er} alinéa, RAVS. Si une société anonyme déplace son siège après la notification d'une décision de caisse, l'autorité de recours compétente au moment de la décision reste compétente. (Considérant 1.)

Article 6, 2^e alinéa, lettre b, RAVS. Conditions auxquelles des prestations de secours accordées lors de la cessation des rapports de services sont exceptées du revenu du travail, même si le bénéficiaire n'a pas atteint l'âge donnant habituellement droit à la retraite, n'est pas devenu invalide et n'a pas besoin d'être aidé. (Considérant 3.)

Articles 97, 1^{er} alinéa, LAVS et 39 RAVS. La décision par laquelle la caisse de compensation réclame des cotisations arriérées, en dépit d'une déclaration antérieure exprimant une opinion contraire, mais sans portée décisive, ne heurte pas les règles de la bonne foi. (Considérant 4a.)

Articolo 200, capoverso 1, OAVS. Se una società anonima trasferisce la sua sede dopo la notificazione di una decisione della cassa, l'autorità di ricorso competente al momento della decisione lo rimane. (Considerando 1.)

Articolo 6, capoverso 2, lettera b, OAVS. Condizioni alle quali delle prestazioni assistenziali, assegnate al momento del scioglimento del rapporto di lavoro, non sono considerate reddito proveniente da un'attività lucrativa, anche se il beneficiario non ha raggiunto l'età che gli dà di regola diritto alla pensione, non è diventato invalido e non ha bisogno di essere aiutato (Considerando 3.)

Articoli 97, capoverso 1, LAVS e 39 OAVS. L'ordine di pagamento di contributi arretrati, contrario ad una dichiarazione non formale precedentemente fatta dalla cassa di compensazione, non costituisce trasgressione alle norme della buona fede. (Considerando 4a.)

Une société anonyme a fermé son entreprise à B., après avoir vendu la totalité des actions à un tiers résidant à H. La fortune de la fondation pour la prévoyance en faveur du personnel, se montant à 115 400 francs, fut répartie entre les salariés. La caisse de compensation a considéré une partie des sommes distribuées comme des prestations de secours, et a réclamé les cotisations sur le solde. La société anonyme a formé un recours qui a été admis par l'autorité de première instance. L'appel interjeté par l'OFAS contre ce jugement a été reconnu fondé par le TFA, qui a émis les considérants suivants:

1. L'intimée s'étant, depuis le début de la procédure, fait connaître comme une société D. S. S. A. ayant son siège à H., il y a lieu de se demander si la commission de recours du canton de B., auprès de laquelle le pourvoi a été formé, avait bien le pouvoir de statuer (compétence *ratione loci*). Cette question doit être examinée d'office.

La décision attaquée émane d'une caisse de compensation professionnelle. Vu l'article 200, 1^{er} alinéa, RAVS, l'autorité compétente était celle du canton dans lequel la recourante avait son siège.

Le dossier révèle que la société D. S. S. A. a transféré le 12 juillet 1962 son siège de B. à H. Au moment où la décision attaquée fut rendue, elle était encore fixée à B. La commission de recours du canton de B. était donc bien compétente.

2...

3. Les prestations allouées à bien plaisir aux salariés sont des indemnités de départ prélevées sur la fortune de la fondation créée par l'entreprise et versées, au moment de la fermeture, aux salariés congédiés. L'article 6, 2^e alinéa, lettre b, RAVS est la norme permettant d'attribuer ces indemnités au salaire déterminant ou de les en excepter. Il statue que les prestations d'assurance ou de secours ne sont pas un gain du travail dans la mesure où elles ne doivent pas être considérées comme paiement indirect d'un salaire.

Selon la jurisprudence, les prestations de secours au sens de cette disposition sont celles versées à bien plaisir « octroyées uniquement en raison du fait que le bénéficiaire a besoin d'aide et mérite une telle aide » (arrêt du 29 août 1956 en la cause N. S. A., ATFA 1956, p. 160 — RCC 1956, p. 404). En outre, dans son arrêt du 3 octobre 1959 en la cause M. & Cie (RCC 1961, p. 31), le TFA a relevé qu'une prestation de secours tenant lieu de retraite ne peut être admise comme telle « que dans les cas où les bénéficiaires se trouvent réellement empêchés de poursuivre leur activité en raison de leur âge ou de leur santé ».

En l'espèce, il s'agit de salariés qui, grâce à l'existence d'un fonds de prévoyance du personnel s'estimaient quelque peu protégés contre les suites de la vieillesse et de l'invalidité, bien que n'ayant aucun droit aux versements de ce fonds; il paraît donc judicieux de préciser comme il suit les principes jurisprudentiels développés jusqu'ici.

L'expérience et les faits de la présente cause le montrent: l'indemnité de départ est accordée d'une part en raison de la cessation des rapports de services, d'autre part pour des motifs incontestablement sociaux. On ne pourra que rarement dire si l'un de ces motifs l'emporte sur l'autre. Dès lors, si l'on voulait — contrairement à ce qui a été énoncé dans les arrêts du 25 octobre 1955 en la cause Z. S.A. (ATFA 1955, p 261 = RCC 1956, p. 72) et T. du 9 octobre 1952 (ATFA 1952, p 183) — tabler sur le lien économique entre l'indemnité et le rapport de services et tenir celle-ci pour un salaire, on aboutirait à ne lui reconnaître qu'exceptionnellement le caractère d'une prestation de secours, à savoir uniquement dans les cas où le salarié a atteint l'âge donnant droit à la retraite, est déjà invalide, a besoin d'aide et mérite cette aide. On ne tiendrait ainsi pas compte de situations assez fréquentes, où le salarié d'un certain âge doit abandonner un emploi qui lui offrait une certaine protection sociale et n'est plus en mesure de trouver une protection analogue sur le marché du travail. Si la perte qu'il subit dans un tel cas est au moins compensée par une indemnité de départ, l'élément « secours » de la prestation l'emporte à tel point qu'il faut appliquer alors la norme exceptionnelle de l'article 6, 2^e alinéa, lettre b, RAVS. La gêne imminente (due à l'âge ou à l'invalidité) fait, dans un tel cas, de l'indemnité de départ une prestation de secours versée par anticipation, du seul fait que les rapports de services sont prématurément interrompus. Le bénéficiaire peut alors être considéré comme « ayant besoin d'aide » au sens large de cette expression.

Chaque cas doit être apprécié pour soi-même. Parmi les sommes ici allouées, il n'y en a aucune où cet élément l'emporterait sur les autres. Certes, la caisse de compensation, se fondant apparemment sur les arguments du mémoire de recours, a jugé qu'il en allait ainsi pour les montants versés à la salariée M. L. Elle l'a fait à tort. M. L. a travaillé, certes, pendant 20 ans environ chez l'intimée; elle n'a toutefois que 39 ans, et rien n'indique qu'elle ne sera pas en mesure d'assurer elle-même son existence. Peu importe à cet égard qu'elle soit récemment devenue veuve et qu'un grave accident de ski, couvert par l'assurance-accidents, ait entraîné pour elle certaines conséquences passagères.

4. Les objections de l'employeur ne changent rien non plus à ce résultat; on ne peut pas dire, en effet, que la réclamation de cotisations arriérées heurte ici les règles de la bonne foi.

a. L'intimée a fait valoir dans son recours que la caisse de compensation lui avait naguère indiqué par téléphone qu'aucune cotisation n'était due sur les prestations litigieuses. La réclamation de cotisations arriérées notifiée malgré cette déclaration violerait les règles de la bonne foi.

Dans sa réponse au recours, la caisse de compensation a contesté avoir fait une telle déclaration. Elle n'aurait admis la franchise de cotisations que pour les sommes versées au salarié K. — qui ne sont pas ici litigieuses. Sa communication à l'intimée n'aurait porté que sur ce point.

D'ailleurs, même si la thèse de la recourante était exacte, on ne saurait considérer comme une violation des règles de la bonne foi le seul fait que l'autorité aurait, finalement, indiqué la solution nécessitée par une application correcte du droit; ceci d'autant plus que l'employeur se fonde sur une déclaration antérieure sans portée décisive, n'ayant pas revêtu la forme d'une décision.

b. ...

c. ...

5. ...

Dans un autre arrêt, du 29 août 1963, en la cause S. S. A., dont les faits étaient les mêmes, le TFA a encore statué ce qui suit:

« L'application de cette règle (voir l'arrêt ci-dessus, considérant 3) amène à considérer comme franche de cotisations l'indemnité de départ allouée au salarié G. F., qui était âgé de 61 ans lors de son congédiement et qui comptait alors 31 ans de service. Certes, le cas de G. F. est un cas-limite et l'on ne peut pas en tirer la conclusion que, pour les salariés de sexe masculin, la limite de 61 ans soit forcément déterminante. Sont seules décisives toutes les circonstances qui entrent en ligne de compte si l'on considère la raison d'être de l'article 6, 2^e alinéa, lettre b, LAVS... »

Arrêt du TFA, du 28 juin 1963, en la cause L. B.

Article 16, 2^e alinéa, LAVS. L'ouverture du droit à la rente n'interrompt pas le cours du délai de prescription de 5 ans prévu à l'article 16, 1^{er} alinéa, pour la fixation des cotisations, mais seulement celui de 3 ans prévu à l'article 16, 2^e alinéa, pour leur perception. Les cotisations qui n'ont pas été fixées dans le délai de 5 ans conformément au 1^{er} alinéa sont prescrites et ne peuvent donc plus être compensées avec la rente selon le 2^e alinéa, in fine, même si l'ouverture — rétroactive — du droit à la rente est antérieure à l'échéance du délai quinquennal.

Articolo 16, capoverso 2, LAVS. La nascita del diritto alla rendita non interrompe il corso del termine di prescrizione di cinque anni previsto all'articolo 16, capoverso 1, per la fissazione dei contributi, ma unicamente quello di tre anni previsto all'articolo 16, capoverso 2, per la loro riscossione. I contributi che non sono stati fissati entro il termine di cinque anni, in conformità del primo capoverso, sono prescritti e non possono pertanto più essere compensati con la rendita conformemente al secondo capoverso, in fine, anche se la nascita — retroattiva — del diritto alla rendita è anteriore alla scadenza del termine quinquennale.

L'assuré, né en avril 1890, d'origine polonaise, est domicilié en Suisse depuis 1914. Comme il ne remplissait pas la condition de dix années entières de cotisations lors de l'accomplissement de sa 65^e année, il s'est vu refuser l'octroi d'une rente de vieillesse, et les cotisations versées à l'AVS lui furent remboursées. Les décisions y relatives ne furent pas attaquées. En juin 1961, l'assuré s'adressa à nouveau à la caisse en se prévalant de sa qualité de réfugié au sens de la convention internationale du 28 juillet 1951; mais la caisse maintint son refus de rente en raison du remboursement des cotisations. En revanche, la commission de recours, considérant que le remboursement avait été effectué à tort eu égard à la qualité de réfugié de l'assuré, reconnu à ce dernier le droit à une rente dès le 1^{er} juillet 1955. (Jugement du 2 février 1962).

En exécution de ce jugement, qui n'a pas été attaqué, la caisse a fixé la rente de l'assuré en se fondant uniquement sur les cotisations qu'il avait versées à titre d'indépendant. L'assuré, qui avait exercé en outre une activité de professeur de conservatoire, recourut afin qu'il soit également tenu compte, pour le calcul de sa rente, des cotisations qui auraient dû être perçues pour cette dernière activité. La commission de recours, partant de l'idée que l'ouverture du droit à la rente (le 1^{er} juillet 1955) interrompait le cours de la prescription, admit que les cotisations paritaires des années 1950 à 1955 pouvaient encore être payées par compensation avec la rente et, partant, être prises en

compte pour le calcul de la cotisation annuelle moyenne (jugement du 30 novembre 1962).

Le TFA a admis l'appel interjeté par l'OFAS contre ce jugement, pour les motifs suivants:

1. Le droit à la rente de l'assuré, sur la base des cotisations qu'il avait payées de 1948 à 1955 et dont le remboursement effectué en 1955 a été annulé par le jugement cantonal du 2 février 1962, n'est pas remis en cause dans la présente procédure et ne peut d'ailleurs plus l'être, ce jugement étant entré en force. Le litige porte uniquement sur la prise en compte des cotisations qui auraient dû être payées en outre sur le revenu tiré par l'assuré de son activité de professeur de conservatoire.

Tandis que le juge cantonal admet que ces cotisations peuvent encore être payées, par compensation avec la rente reconnue à l'assuré dès le 1^{er} juillet 1955, et doivent par conséquent être prises en compte pour calculer cette rente, l'OFAS le nie en raison de la prescription intervenue.

2. Le juge cantonal motive son avis par le fait que les cotisations des années 1950 à 1955 n'étaient pas encore prescrites lors de l'ouverture du droit à la rente (1^{er} juillet 1955) et peuvent donc être compensées avec la rente. Mais cet avis confond les deux délais de prescription que connaît la loi, d'une part pour la fixation des cotisations, d'autre part pour leur perception. Aux termes de l'article 16, 1^{er} alinéa, LAVS, les cotisations dont le montant n'a pas été fixé par décision notifiée dans un délai de cinq ans à compter de la fin de l'année civile pour laquelle elles sont dues ne peuvent plus être exigées ni payées. L'article 16, 2^e alinéa, LAVS dispose que la créance de cotisations fixée par décision conformément au 1^{er} alinéa s'éteint trois ans après la fin de l'année civile au cours de laquelle la décision est passée en force. L'échéance de l'un ou de l'autre de ces délais entraîne péremption: il ne subsiste aucune obligation naturelle susceptible d'être exécutée volontairement ou par compensation (voir ATFA 1955, p. 194 = RCC 1955, p. 417).

Certes, l'article 16, 2^e alinéa, LAVS prévoit à sa dernière phrase une exception en ce sens que « la créance non éteinte lors de l'ouverture du droit à la rente peut en tout cas être encore compensée conformément à l'article 20, 3^e alinéa »; mais cette exception ne concerne que le délai de perception de cotisations fixées par décision notifiée dans le délai prévu au 1^{er} alinéa, ce que révèle à l'évidence le contexte. Ainsi que l'a prononcé déjà le TFA (ATFA 1957, p. 38 ss = RCC 1957, p. 367), une fois acquise la prescription selon l'article 16, 1^{er} alinéa, LAVS, toute possibilité de compensation au sens de l'article 16, 2^e alinéa, dernière phrase, fait défaut. Cette disposition n'est applicable que si les cotisations ont été fixées dans le délai prévu au 1^{er} alinéa et si le délai de perception n'était pas encore échu lors de l'ouverture du droit à la rente.

3. Dans l'espèce, aux termes de l'article 16, 1^{er} alinéa, LAVS, les cotisations dues sur les revenus acquis de 1950 à 1955 auraient pu être exigées en dernier lieu — pour le tout ou pour partie — entre 1955 et 1960. Or nul ne conteste qu'elles n'ont pas été réclamées ni fixées dans ce délai. Aucune des circonstances particulières reportant le point de départ du délai quinquennal de prescription (procédure pour soustraction d'impôt ou acte punissable selon l'article 16, 1^{er} alinéa, deuxième et troisième phrases, LAVS) n'est davantage donnée. Ces cotisations étaient donc toutes prescrites lorsque, pour la première fois, l'autorité cantonale de recours les a fixées par son jugement du 30 novembre 1962. Elles ne peuvent dès lors plus être perçues, ni directement, ni par voie de compensation, et ne sauraient par conséquent non plus entrer en compte pour calculer la rente.

Assurance-invalidité

RÉADAPTATION

Arrêt du TFA, du 29 octobre 1963, en la cause J. F.

Article 12, 1^{er} alinéa, LAI. Tant qu'un traitement médical vise dans son ensemble à maintenir le patient en vie, les actes spéciaux destinés à récupérer la capacité fonctionnelle du corps, qui sont en rapport étroit avec ce traitement, ne sont pas réputés mesures médicales de réadaptation. (Considérant 2.)

Article 12, 1^{er} alinéa, LAI. Dans les cas de poliomyélite, la physiothérapie n'est pas réputée mesure de réadaptation de l'AI tant que la respiration artificielle est nécessaire pour maintenir le patient en vie. (Considérant 2.)

Articolo 12, capoverso 1, LAI. Fino a che il trattamento medico ha per scopo di mantenere in vita un paziente, le cure speciali destinate a recuperare la capacità funzionale del corpo, che sono in stretto rapporto con questo trattamento, non sono considerate provvedimenti sanitari d'integrazione. (Considerando 2.)

Articolo 12, capoverso 1, LAI. Nel caso di poliomielite, la fisioterapia non è considerata provvedimento d'integrazione dell'AI finchè la respirazione artificiale è necessaria per mantenere in vita il paziente. (Considerando 2.)

L'assurée, née en 1926, est ménagère. Elle fut atteinte de poliomyélite en avril 1961. A la fin de ce mois, des symptômes de paralysie firent leur apparition et la contraignirent à entrer à l'hôpital. Les graves difficultés respiratoires obligèrent les médecins à effectuer une trachéotomie et à relier la canule de la trachéotomie à un appareil Engström. Depuis le début de juin, on put renoncer à la respiration artificielle pendant une heure de temps en temps et, dès la fin de juin, pendant la journée. Le 7 août 1961, on enleva les canules et arrêta définitivement la respiration artificielle. Peu de temps déjà après son entrée à l'hôpital, l'assurée avait commencé à recevoir des mesures physiothérapeutiques, qui continuèrent après sa sortie de l'hôpital, le 2 novembre 1961.

Sur demande de l'assurée, l'AI prit en charge entre autres les frais de l'hospitalisation, y compris la physiothérapie, du 8 août au 2 novembre 1961, ainsi que les actes médicaux consécutifs, appliqués ambulatoirement. L'assurée recourut et demanda que l'AI lui accorde des mesures médicales de réadaptation à partir de mai 1961 déjà. L'autorité cantonale rejeta ce recours, estimant que l'hospitalisation avait été destinée en premier lieu au traitement de l'affection comme telle jusqu'au 7 août 1961, date de l'enlèvement des canules.

Le TFA a rejeté, pour les motifs suivants, l'appel interjeté par l'assurée contre ce jugement:

1. Aux termes de l'article 12, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré a droit aux mesures médicales qui sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle, mais n'ont

pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, et sont de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou à la préserver d'une diminution notable. Ainsi que le TFA l'a exposé dans l'arrêt H. H. (ATFA 1962, p. 308 — RCC 1963, p. 120), l'expérience nous apprend qu'une seule et même mesure présente très souvent des caractéristiques aussi bien du traitement de l'affection comme telle que de la réadaptation. Il faut donc examiner tout d'abord si une mesure fait partie du traitement proprement dit de l'affection, lequel relègue à l'arrière-plan les desseins également présents de la réadaptation professionnelle; le caractère de traitement proprement dit l'emporte, en règle générale, lorsque le but prépondérant des mesures est de guérir ou d'atténuer un état pathologique évolutif. Lorsque le caractère de traitement proprement dit n'est pas ainsi établi, il y a lieu ensuite de rechercher si la mesure est destinée en premier lieu à la réadaptation professionnelle dans la mesure requise par l'article 12, 1^{er} alinéa, LAI, ou vise d'autres buts.

Lors de la délimitation entre le traitement de l'affection comme telle et les mesures de réadaptation, il faut, si une mesure est en étroite corrélation avec d'autres, considérer comme déterminante la destination de cet ensemble de mesures, ainsi que le TFA l'a exposé dans l'arrêt N. Ch. (ATFA 1962, p. 308 RCC 1963, p. 252). C'est le cas en particulier lorsque la mesure en cause ne peut être séparée de cet ensemble sans compromettre les chances de succès et si elle n'a pas, à elle seule, une ampleur qui relègue les autres mesures à l'arrière-plan.

2. L'assurée, atteinte de poliomyélite, a séjourné à l'hôpital du 28 avril au 2 novembre 1961. Le traitement clinique du 8 août au 2 novembre 1961, qui consistait notamment en physiothérapie destinée à supprimer ou atténuer la paralysie, constitue incontestablement une mesure de réadaptation au sens de l'article 12 LAI. En revanche, la commission AI et l'autorité de première instance ont refusé d'allouer des prestations selon l'article 12 LAI avant le 8 août.

L'assurée n'a pas pu se passer de respiration artificielle jusqu'au 8 août 1961. Déjà alors, elle a pu recevoir néanmoins, simultanément, un traitement physiothérapeutique. Vu ce qui précède, il faut considérer la destination de l'ensemble des mesures pour décider s'il s'agissait là de mesures médicales de réadaptation. Ce qui est déterminant, c'est donc de savoir si cet ensemble de mesures était destiné en premier lieu au traitement de l'affection comme telle ou à la réadaptation. On ne saurait, en règle générale, considérer séparément les différents actes d'un tel ensemble; en outre, il est impossible, dans de nombreux cas, de diviser celui-ci en plusieurs mesures. L'arrêt du 14 février 1963 en la cause J. J., cité par l'OFAS (RCC 1963, p. 297), où la gymnastique respiratoire, appliquée pendant le traitement d'une pleurésie, a été reconnue comme une mesure de réadaptation, concernait un cas particulier. Il s'agissait d'un jeune assuré qui allait atteindre l'âge de la formation professionnelle; en outre, le médecin avait déclaré que la gymnastique respiratoire aurait pu être laissée de côté sans nuire à la guérison de la pleurésie.

Dans le cas présent, l'ensemble des mesures était destiné en premier lieu au traitement de l'affection comme telle pendant l'application de la respiration artificielle. Celle-ci, nécessaire pour maintenir la patiente en vie et appartenant manifestement au traitement de l'affection comme telle, était en effet au premier plan des efforts entrepris. Jusqu'à l'enlèvement des canules, l'hospitalisation a été rendue nécessaire en premier lieu par la respiration artificielle qui exigeait des soins intenses. Le fait que, depuis juin 1961, l'assurée n'a plus eu besoin de la respiration artificielle que par intermittences n'y change rien. La physiothérapie, appliquée simultanément, combattait la même affection que les autres actes médicaux et ne pouvait dès lors pas être

séparée d'eux sans compromettre les chances de succès; elle n'était pas d'une importance telle qu'elle aurait fait passer les autres mesures au second plan. C'est bien plutôt le traitement de l'affection comme telle qui reléguait au second plan le but de réadaptation poursuivi par la physiothérapie, but que le spécialiste a particulièrement relevé.

L'administration et l'autorité de première instance ont donc refusé avec raison de considérer les actes médicaux antérieurs au 7 août 1961 comme des mesures de réadaptation; d'où le rejet de l'appel.

Arrêt du TFA, du 27 septembre 1963, en la cause M. W.

Articles 81 LAI et 97 LAVS. Lorsqu'une décision relative à des mesures de réadaptation est limitée dans le temps, la situation juridique est analogue à celle des décisions de cotisations AVS et d'allocations familiales (LFA) qui ne sont valables que pour une période déterminée. Le cas peut donc être entièrement reconsidéré pour la période suivante. (Considérant 1.)

Articles 13 et 14 LAI. L'AI ne prend pas en charge la totalité des frais de séjour dans une clinique, si ce séjour ne constitue pas un élément nécessaire des mesures médicales appliquées, mais n'est justifié que par la formation scolaire spéciale et par des considérations d'ordre psychologique. (Considérant 2.)

Articoli 81 LAI e 97 LAVS. Quando una decisione concernente i provvedimenti d'integrazione è limitata nel tempo, la situazione giuridica è analoga a quella delle decisioni dei contributi AVS e degli assegni familiari (LFA) che sono valide soltanto per un determinato periodo. In tal modo, per il periodo seguente, il caso può essere interamente riesaminato. (Considerando 1.)

Articoli 13 e 14 LAI. L'AI non assume tutte le spese di soggiorno in una clinica, se quest'ultimo non costituisce un elemento necessario dei provvedimenti sanitari eseguiti, ma è giustificato unicamente dall'istruzione scolastica speciale e da considerazioni psicologiche. (Considerando 2.)

L'assurée est née en 1949 avec des malformations de la tête, des mains et des pieds (acrocéphalo-syndactylie). A l'âge de trois ans, elle fut opérée trois fois. Plus tard, elle subit une opération des pieds. Depuis 1955, elle est dans une clinique et y suit l'école; le médecin estime qu'elle ne peut, vu ses difformités, fréquenter une école publique. En mars 1960, l'assurée fut annoncée à l'AI. La caisse de compensation informa ses parents qu'en vertu du prononcé de la commission AI, l'assurance accordait les mesures de réadaptation suivantes:

1. Contribution aux frais d'école et de pension de 5 francs par jour pendant le séjour à l'institut orthopédique de la clinique, du 1^{er} janvier 1960 à Pâques 1965;
2. Prise en charge des frais de gymnastique orthopédique et de massages, du 1^{er} janvier 1960 au 31 décembre 1961;
3. Prise en charge des opérations supplémentaires qui seraient encore nécessaires.

Se fondant sur cette décision, la clinique demanda, jusqu'à fin 1961, une somme

forfaitaire de 25 francs par jour, que l'AI paya. Le 17 février 1962, la caisse rendit, sur la base d'un prononcé de la commission AI, une nouvelle décision, accordant la prise en charge des frais de gymnastique orthopédique et de massages du 1^{er} janvier 1962 à Pâques 1965. En même temps, la caisse souligna que seuls les subsides aux frais d'école et de pension, de 5 francs par jour, et les frais de physiothérapie étaient à la charge de l'AI.

Le père de l'assurée recourut contre cette décision et demanda que l'AI prenne en charge tous les frais du séjour en clinique. La commission de recours n'entra pas en matière.

Sur appel de l'assurée, le TFA demanda au professeur Prader, directeur de l'hôpital infantile de Zurich, une expertise dont voici l'essentiel :

« Pour arriver au meilleur résultat possible, tant en ce qui concerne l'état de la patiente que ses progrès scolaires, j'envisagerais les examens et traitements complémentaires suivants :

1. Continuer la physiothérapie (2 à 3 fois par semaine) pour combattre la tendance à la contracture des épaules et maintenir dans son état actuel le fonctionnement des mains et des pieds. Une amélioration de la mobilité des mains ne me semble pas possible. La patiente marche d'une manière satisfaisante et ne peut plus guère faire de nouveaux progrès à cet égard.
2. Les graves difformités de la face et des mâchoires (nez de perroquet, saillie antérieure de la mâchoire inférieure) devraient être, le plus tôt possible, examinées et opérées par des spécialistes. Pendant le traitement chirurgical du visage et jusqu'à la cicatrisation définitive, il serait très recommandable que la patiente reste en clinique, ceci pour des raisons psychologiques.
3. Je recommande également de consulter un psychiatre, qui montrera la voie à suivre désormais dans l'éducation de la patiente (son quotient d'intelligence, qui est de 78, ne suffit guère pour la fréquentation d'une classe normale) et conseillera les parents avant le retour de leur fille.

Il serait souhaitable aussi que la patiente, qui aimerait devenir infirmière, reçoive d'ici deux ou trois ans une orientation professionnelle, qui tiendrait compte de ses aptitudes physiques et mentales.

En ce qui concerne les mesures physiothérapeutiques nécessaires, qui pourraient très bien être appliquées ambulatoirement, au domicile de la patiente, en collaboration avec une physiothérapeute, on pourrait songer à renvoyer la patiente chez elle. Il faudrait alors déterminer, tout d'abord, sur la base du diagnostic psychiatrique, si et comment la formation scolaire spéciale pourrait être poursuivie à domicile. En outre, la patiente est défigurée à tel point qu'elle ne pourrait se montrer au-dehors sans provoquer l'effroi ou le dégoût, ce qui risquerait d'entraîner pour elle-même de graves conséquences psychiques; aussi la correction chirurgicale préalable de son visage serait-elle souhaitable. »

Le professeur Prader résume et conclut ainsi :

« Le séjour en clinique est nécessité par la formation scolaire spéciale et pour des motifs psychologiques, mais non par des mesures médicales à proprement parler, c'est-à-dire par des mesures physiothérapeutiques. »

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

1. Une décision a été rendue le 26 novembre 1960 au sujet des contributions aux frais d'école et de pension depuis le 1^{er} janvier 1960 jusqu'à Pâques 1965, ainsi que sur les mesures médicales (physiothérapie) appliquées du 1^{er} janvier 1960 au 31 décembre 1961. Cette décision, non attaquée, passa en force. La deuxième décision, rendue le 17 février 1962, et attaquée dans le délai légal, accordait à l'assurée des mesures médicales depuis le 1^{er} janvier 1962 jusqu'à Pâques 1965. Comme on a demandé pour l'assurée la prise en charge de tous les frais du séjour en clinique, en corrélation avec les mesures médicales, à partir du 1^{er} janvier 1962 seulement (l'AI a payé, jusqu'à fin 1961, la somme forfaitaire de 25 francs par jour), l'autorité de première instance aurait dû entrer en matière. La décision du 26 novembre 1960 n'était valable, quant aux mesures médicales, que jusqu'à fin 1961; par conséquent, l'assurée pouvait demander dès le 1^{er} janvier 1962 un nouvel examen de l'étendue des prestations dues par l'AI, même si la situation n'avait pas changé par rapport aux années 1960 et 1961. Cette situation juridique est analogue à celle des décisions de cotisations AVS ou des décisions portant sur les allocations familiales prévues par la LFA, décisions qui sont valables pour un laps de temps déterminé, si bien que le cas à trancher peut être entièrement reconsidéré pour la période ultérieure (cf. à ce sujet les arrêts B. N., ATFA 1960, p. 229 = RCC 1960, p. 353; J. G., ATFA 1961, p. 99).

Puisque l'autorité de première instance, dans sa décision de non-entrée en matière, s'est prononcée également sur la demande de prise en charge de tous les frais de clinique, il se justifie, par économie de procédure, de renoncer à lui renvoyer la cause et de juger matériellement cette demande.

2. L'assurée, qui a certainement droit à la formation scolaire spéciale, reçoit une contribution de 5 francs par jour aux frais d'école et de pension (art. 19, 3^o al., LAI et 10, 1^{er} al., RAI). En ce qui concerne la formation scolaire spéciale, l'assurée n'a pas droit à d'autres prestations (sans compter qu'une décision passée en force, celle du 26 novembre 1960, a fixé l'étendue des prestations sur ce point-là). Une seule question est litigieuse: Le séjour en clinique est-il un élément nécessaire des mesures physiothérapeutiques (auxquelles l'assurée a également droit), et l'AI doit-elle, pour cette raison, prendre en charge, avec les frais de ces mesures, les frais totaux du séjour en clinique (art. 13 et 14 LAI)?

L'expertise du professeur Prader montre que l'assurée doit séjourner, pour le moment, dans un établissement ou un home. Ce séjour est nécessité par la formation scolaire spéciale et pour des motifs d'ordre psychologique. En revanche, la physiothérapie pourrait certainement, au dire du professeur Prader, être appliquée à domicile, avec l'aide d'une physiothérapeute. On ne peut donc prétendre que le séjour en clinique constitue un élément nécessaire de la physiothérapie; en tout cas, les considérations d'ordre psychologique ne représentent pas des mesures médicales de *traitement* nécessaires au sens de l'article 13 LAI.

Par conséquent, la demande de prise en charge par l'AI de tous les frais de clinique n'est pour le moment pas justifiée. Toutefois, dès que le traitement chirurgical du visage, recommandé par le professeur Prader, aura été entrepris, la commission AI devra examiner à nouveau la demande de remboursement des sommes forfaitaires fixées avec la clinique.

Arrêt du TFA, du 5 octobre 1963, en la cause E. H.

Articles 14 et 26 LAI. Le traitement appliqué par un chiropraticien, non titulaire d'un diplôme fédéral de médecin, ne donne droit à aucune prestation de l'AI s'il n'a pas été prescrit et contrôlé par un médecin titulaire d'un diplôme fédéral.

Article 1^{er}, 3^e alinéa, OIC. Si un certificat du médecin d'école n'atteste pas que des mesures de chiropratique, en cas de troubles de la croissance osseuse et de nanisme avec difformités, auront des résultats, ce traitement ne peut pas être reconnu efficace par la science. De même, la thérapie cellulaire, qui n'est pas reconnue efficace par la science, ne donne droit à aucune prestation de l'AI.

Articoli 14 e 26 LAI. La cura eseguita da un chiropratico che non è in possesso di un diploma federale di medico, non dà diritto ad alcuna prestazione dell'AI, se questa cura non è stata prescritta e controllata da un medico titolare di un diploma federale.

Articolo 1, capoverso 3, OIC. Se non sussistono prove della medicina classica che le cure chiropratiche nel caso di disturbi della formazione delle cartilagini e del nanismo con deformità non avranno risultati positivi, detto metodo di cura non può essere riconosciuto efficace dalla scienza medica.

L'assurée, née en 1952, souffre d'une chondrodystrophie congénitale (troubles de la croissance osseuse ou croissance des cartilages) qui est reconnue infirmité congénitale au sens de l'OIC. Ces troubles ont provoqué un nanisme avec difformités. De 1956 à 1958, l'assurée fut soumise à une thérapie cellulaire. A la suite d'une demande de prestations, l'AI prit en charge une ostéotomie pour corriger les jambes; en outre, elle octroya des semelles orthopédiques.

En septembre 1962, la mère de l'assurée informa la commission AI qu'on envisageait un traitement appliqué par un chiropraticien. Un médecin que l'on avait interrogé à ce sujet déclara qu'il ne pouvait pas prescrire formellement le traitement chiropratique comme nécessaire, ni le contrôler; le succès d'un tel traitement n'est en effet pas reconnu par des certificats de médecins d'école. Il ajouta néanmoins qu'il ne voulait pas exclure d'avance toute possibilité de succès, et recommanda d'accorder une subvention plus tard, au cas où un résultat positif pourrait être enregistré par la photographie. Là-dessus, la caisse de compensation informa la mère de l'assurée que la commission AI avait refusé la prise en charge du traitement chiropratique, celui-ci n'ayant pas été prescrit par le médecin.

La mère de l'assurée recourut contre cette décision et déclara que pour ne plus perdre de temps, le traitement chiropratique débiterait le 9 janvier 1963. Le TFA a rejeté, pour les motifs suivants, l'appel interjeté contre la décision de la commission de recours:

1. L'assurée souffre d'une infirmité congénitale et a droit, en principe, aux mesures médicales, conformément à l'article 13 LAI. Cependant, selon l'article 26 LAI, un traitement médical n'est pris à charge par l'AI que s'il est prescrit ou contrôlé par un médecin titulaire d'un diplôme fédéral (1^{er} alinéa); aux médecins titulaires d'un diplôme fédéral sont assimilées les personnes auxquelles un canton, en vertu d'un certificat de capacité scientifique, a accordé l'autorisation d'exercer la profession médicale (2^e alinéa).

Dans son appel, l'assurée demande la prise en charge d'un traitement appliqué par un chiropraticien. Celui-ci n'est pas détenteur d'un diplôme fédéral de médecin. Selon la direction cantonale de l'hygiène, il n'exerce pas non plus son activité avec une autorisation cantonale en vertu d'un diplôme de capacité scientifique. Il est donc exclu que l'AI assume les frais d'un traitement chiropratique qui n'est ni prescrit, ni contrôlé par un médecin titulaire d'un diplôme fédéral.

En outre, aux termes de l'article 1^{er}, 3^e alinéa, OIC (qui est conforme à l'art. 13 LAI selon l'arrêt du TFA en la cause B. Sch., ATFA 1962, p. 116 = RCC 1962, p. 393), « sont réputés mesures médicales nécessaires au traitement d'une infirmité congénitale les actes médicaux reconnus efficaces par la science et qui permettent d'atteindre au mieux et par des moyens adéquats le but thérapeutique visé ». Selon le médecin, la preuve qu'un traitement chiropratique aura des résultats dans le cas présent n'a pas été apportée en médecine scolaire. On ne saurait donc prétendre que le traitement en question soit déjà reconnu efficace par la science médicale. Comme le précise l'arrêt B. Sch. cité plus haut, l'AI ne peut être tenue d'accorder des mesures médicales contestées. L'octroi de prestations ultérieures en cas de succès, comme le suggère le médecin, n'entre pas en considération; car il faudrait alors que des traitements déjà appliqués, mais qui manifestement ne remplissent pas les conditions de l'article 1^{er}, 3^e alinéa, OIC, soient, le cas échéant, tout de même pris en charge.

2. La thérapie cellulaire appliquée au printemps 1963 par un médecin titulaire d'un diplôme fédéral ne fait pas l'objet de la décision attaquée. Cependant, il faut relever que cette thérapie n'est pas encore reconnue efficace par la science médicale et, par conséquent, ne constitue pas une mesure médicale prise en charge par l'AI, conformément à l'article 1^{er}, 3^e alinéa, OIC (cf. arrêt B. Sch. déjà cité).

Arrêt du TFA, du 10 septembre 1963, en la cause J. L.

Article 16 LAI. L'AI n'assume pas les frais de formation professionnelle supplémentaire si la formation déjà acquise correspond aux exigences habituelles de la profession prévue dans le plan de réadaptation. Ainsi, un aveugle qui a suivi avec succès une école de commerce et un cours spécial de secrétaire n'a pas droit à des prestations pour une formation complémentaire de téléphoniste et pour un séjour destiné à perfectionner ses connaissances linguistiques.

Articolo 16 LAI. L'AI non assume le spese della formazione professionale supplementare se la formazione già acquisita corrisponde ai requisiti usuali della professione prevista dal piano d'integrazione. In tal modo, un cieco che ha frequentato con successo una scuola di commercio e un corso speciale di segretario, non ha diritto a delle prestazioni per una formazione complementare di telefonista e per un soggiorno avente lo scopo di perfezionare le sue conoscenze linguistiche.

L'assuré, né en 1942, est complètement aveugle depuis 1953. Après avoir fréquenté l'école publique pendant six mois, il entra, en automne 1950, dans un home d'aveugles, où il suivit l'école primaire et secondaire et fit une année de préparation à l'école de commerce. Par la suite, il entra à l'école de commerce. Il y obtint un diplôme de sténotypiste et suivit ensuite, pendant un trimestre, un cours de secrétaire. En 1962, il fit un stage dans une entreprise commerciale. L'AI accorde à l'assuré des subven-

tions pour formation scolaire spéciale, assuma les frais supplémentaires, dus à l'invalidité, de la formation professionnelle initiale à l'école de commerce (la formation de sténotypiste et le cours de secrétaire) et lui remit en prêt une machine à sténographier.

Par la suite, l'assuré demanda la prise en charge des frais d'un cours de téléphoniste pour aveugles, qui durait un mois. La caisse de compensation informa l'assuré que les frais du cours de téléphoniste ne pourraient pas être pris en charge; la formation initiale était considérée comme terminée avec le cours de secrétaire. L'assuré recourut contre cette décision et alléguait que sa formation comportant plusieurs lacunes, il devait recevoir une formation complémentaire et ensuite faire un deuxième stage. Les sténotypistes aveugles ne sont en mesure de soutenir la concurrence que s'ils sont bien préparés, ce qui implique la connaissance parfaite d'une deuxième langue. Le « Blindenleuchtturm » à Zurich recommande la formation complémentaire suivante :

- a. Suivre une école de commerce pendant 18 mois environ (cours que l'assuré a déjà commencé);
- b. Faire un stage de six mois au minimum;
- c. Séjourner en Angleterre.

La commission cantonale de recours rejeta le recours, estimant aussi que la formation professionnelle initiale devait être considérée comme terminée avec le cours de secrétaire.

Le TFA rejeta, pour les motifs suivants, l'appel interjeté par l'assuré :

1. La question à trancher est de savoir si la formation professionnelle initiale de l'appelant doit être considérée comme terminée au sens de l'article 16 LAI avec les cours de l'école de commerce et un cours spécial de secrétaire.

L'assuré, 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 (art. 16 LAI).

Il est parfaitement juste de chercher à donner aux invalides une formation aussi complète que possible, afin qu'ils puissent, dans une activité professionnelle qui est, de toute façon, difficile pour eux, soutenir la lutte de la concurrence. Légalement, toutefois, l'assuré n'a pas droit, du fait de son invalidité, à une formation meilleure que celle dont bénéficient en général ses collègues valides. Cette idée est déjà mise en évidence dans le message du Conseil fédéral relatif à la LAI; il y est précisé que l'AI doit assumer les frais supplémentaires, dus à l'invalidité, d'un « apprentissage professionnel normal ». En revanche, pour les cas où la formation professionnelle initiale peut être effectuée dans les mêmes conditions que celle d'une personne valide, aucune prestation de l'AI n'est prévue (cf. arrêt U.K., ATFA 1961, p. 178 = RCC 1961, p. 289).

2. Comme le souligne l'OFAS dans son préavis, l'assuré, grâce à la formation acquise avec la participation financière de l'AI, possède à fond les langues allemande et française, la dactylographie, la sténographie. Il a même de bonnes connaissances de l'italien. Une formation plus poussée ne ferait donc plus partie d'un apprentissage normal. La commission AI avait déjà considéré la prise en charge des frais du cours de secrétaire comme un « cas limite »; lorsqu'elle considère la formation professionnelle initiale comme terminée avec ce cours, elle se conforme au sens de l'article 16 LAI. Dans le message du Conseil fédéral relatif à l'AI, il est certes prévu qu'un enseignement supplémentaire ou une prolongation de la période d'apprentissage est souvent nécessaire (par exemple pour les sourds-muets). Ceci n'est pas le cas en l'occurrence, comme il ressort du programme de formation du « Blindenleuchtturm »

qui, notamment, prévoit un cours d'anglais et un cours de français pour élèves avancés. Les lacunes qui auraient été constatées pendant le stage pratique de l'assuré, mais dont la nature n'a jamais été précisée, ne sont évidemment pas des lacunes dans la formation normale, vu que l'assuré a passé les examens finals de l'école de commerce avec de très bons résultats. Il semble bien plutôt qu'il s'agirait de donner encore à l'appelant une formation professionnelle complémentaire au-dessus de la moyenne. La demande relative au cours de téléphoniste visait déjà ce but; elle expliquait que l'assuré, au cours de son stage dans une entreprise, s'était aperçu « qu'il aurait beaucoup plus de possibilités d'avancement du point de vue professionnel s'il possédait encore une formation de téléphoniste ».

La formation complémentaire litigieuse comprend donc un stage dans un pays de langue étrangère, comme en font aussi des non-invalides. Un tel stage sort du cadre d'un apprentissage professionnel normal et n'implique pas nécessairement des frais supplémentaires au sens de l'article 16 LAI. Des prestations de l'AI pour les frais de cette formation complémentaire ne peuvent pas être accordées à l'appelant.

Arrêt du TFA, du 30 septembre 1963, en la cause R. B.

Articles 9, 1^{er} alinéa, et 19, 1^{er} alinéa, LAI. Les subsides pour la formation scolaire spéciale peuvent encore être accordés au-delà de l'âge scolaire si cette formation permet d'espérer de nouveaux progrès.

Articoli 9, capoverso 1, e 19, capoverso 1, LAI. I sussidi per l'istruzione scolastica speciale possono essere assegnati oltre all'età scolastica, se la formazione dell'assicurato lascia sperare in nuovi progressi.

L'assuré, handicapé mental, est né en 1945. Il a séjourné dans des homes d'enfants en 1953, 1954 et de 1956 à 1958; il est de nouveau dans un home depuis le printemps 1959. Des subsides pour la formation scolaire spéciale furent demandés en sa faveur en février 1960. Le 8 juin 1960, le home certifia que l'assuré, habile de ses mains, mais atteint d'oligophrénie (Biäsch 0,42), n'était pas en état de faire un travail suivi; on espérait cependant, par la pédagogie curative, le rendre apte, un jour, à contribuer en bonne partie à son entretien.

Conformément au prononcé de la commission AI, la caisse de compensation décida que l'assuré recevrait du 1^{er} janvier 1960 au 30 avril 1961 une contribution aux frais d'école de 2 francs et une contribution aux frais de pension de 3 francs par jour dans le home. Ultérieurement, la caisse décida, selon un deuxième prononcé de la commission, que l'octroi de ces deux prestations serait prolongé jusqu'au 30 avril 1962. Le père de l'assuré, par lettre du 2 décembre 1962, pria l'AI de continuer à accorder des subsides pour la formation scolaire spéciale de son fils. La commission AI rejeta cette demande, et la caisse notifia la décision suivante:

« Conformément à l'article 19 LAI, des subsides pour la formation scolaire spéciale sont accordés aux mineurs qui, par suite d'invalidité, ne peuvent fréquenter l'école publique... Des subsides ont été octroyés à votre fils jusqu'à sa dix-septième année. A présent, il a dépassé l'âge scolaire; c'est pourquoi il n'a, légalement, plus droit à des subsides pour formation scolaire spéciale. »

Le requérant recourut, alléguant que l'assuré faisait encore des progrès dans son home. Le tribunal cantonal rejeta le recours.

Le TFA admit l'appel de l'OFAS contre le jugement cantonal pour les motifs suivants :

1. Conformément aux articles 19 LAI et 10, 1^{er} alinéa, RAI, 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; ce sont une contribution aux frais d'école de 2 francs par jour et une contribution aux frais de pension de 3 francs par jour. Ces subsides sont accordés, notamment, aux mineurs débiles mentaux dont le quotient d'intelligence ne dépasse manifestement pas 75 (art. 9, 1^{er} al., lettre a, RAI) ou à ceux qui, à cause d'une autre infirmité mentale, ne peuvent suivre l'école publique ou dont on ne peut attendre qu'ils la suivent (art. 9, 1^{er} al., lettre g, RAI).

L'assuré souffre d'oligophrénie (Bäsch 0,42) et séjourne dans un home de pédagogie curative depuis 1959. Le 12 avril 1962, il a accompli sa dix-septième année.

2. Le tribunal de première instance estime qu'à partir de mai 1962, l'AI ne doit plus verser de subsides pour la formation scolaire spéciale, vu qu'en avril l'assuré a dépassé l'âge scolaire et que, depuis lors, l'instruction qu'il reçoit à l'institut ne peut plus être considérée comme remplaçant celle de l'école publique. Cette interprétation est conforme, certes, à la teneur de l'article 19, 1^{er} alinéa, LAI. Cependant, elle ne permet pas, dans tous les cas, d'atteindre le but prévu à l'article 9, 1^{er} alinéa, LAI: procurer à un enfant handicapé, inapte à suivre l'école publique, donc invalide au sens des articles 4 et 5, 2^o alinéa, LAI, l'instruction et la dextérité physique dont il a besoin pour sa future réadaptation à la vie professionnelle (cf. arrêts H. S. et E. K., ATFA 1961, p. 162 et 325; RCC 1961, p. 382; 1962, p. 36).

En règle générale, la formation scolaire spéciale d'un enfant invalide devrait être limitée aux années pendant lesquelles un enfant valide est légalement tenu d'aller à l'école. Cependant, si la continuation, au-delà de cet âge, des mesures pédagogiques entreprises laisse entrevoir de nouveaux succès, elle ne doit pas être mise en question par la suppression des subsides de l'assurance. En tout cas, si l'on interrompait prématurément la formation scolaire spéciale, seulement parce que l'assuré a dépassé l'âge scolaire, en risquant de compromettre ainsi les résultats acquis, on se mettrait en contradiction sinon avec le texte, du moins avec le sens et l'esprit de l'article 19 LAI. (Cf. arrêt H. St., ATFA 1962, p. 67 = RCC 1962, p. 351).

Ces considérations prouvent que l'appel de l'OFAS, qui demande le renvoi du dossier à la commission AI, est fondé. La commission AI devra rendre un nouveau prononcé sur la demande de prorogation des subsides.

PROCÉDURE

Arrêt du TFA, du 29 octobre 1963, en la cause F. W.

Articles 69 LAI et 85, 2^o alinéa, lettres c et d, LAVS. Dès que le juge est saisi d'un recours, l'administration n'a plus le pouvoir de rendre une décision sur la question litigieuse, mais seulement la faculté de lui soumettre des propositions. Confirmation de la jurisprudence. (Considérant 1.)

Articoli 69 LAI e 85, capoverso 2, lettere c e d, LAVS. Dal momento in cui il giudice è in possesso di un ricorso, l'amministrazione non ha più il

potere di emanare una decisione sulla questione litigiosa, ma soltanto la facoltà di sottoporre al giudice delle proposte. Conferma della giurisprudenza. (Considerando 1.)

Par décision du 15 novembre 1962, la caisse de compensation refusa des prestations de l'AI pour un enfant d'un an chez lequel l'existence d'une infirmité congénitale n'avait pu être prouvée. Cette décision fut attaquée par voie de recours.

Le 28 mars 1963, alors que la procédure de recours était déjà engagée, la commission AI reconsidéra son prononcé antérieur et, se fondant sur le certificat final du médecin en chef de la clinique infantile, décida que l'AI devait payer les mesures médicales nécessaires « pour la période du 10 juillet 1962 au 31 décembre 1965 ». Elle donna connaissance de ce nouveau prononcé à la commission cantonale de recours, par lettre du 14 juin 1963.

Le 6 juillet 1963, le président de la commission de recours rendit une ordonnance de non-entrée en matière. Il estimait que le recours était devenu sans objet, le nouveau prononcé de la commission AI de mars 1963 ayant rendu caduque la décision de la caisse du 15 novembre 1962.

La caisse de compensation a interjeté appel dans le délai légal en demandant au TFA de renvoyer l'affaire à la commission cantonale de recours pour qu'elle rende un jugement quant au fond. Le TFA a admis l'appel pour les motifs suivants :

1. Dès que le juge est régulièrement saisi d'un recours, les points qui font l'objet de la décision attaquée ne peuvent plus être rectifiés par un nouveau prononcé de la commission AI. Du fait de la litispendance, l'administration est dessaisie de l'affaire et le pouvoir de décision appartient dès lors au juge.

La commission AI a seulement la possibilité de soumettre des propositions à la caisse de compensation, à l'intention du juge (art. 69 LAI; art. 84, 2^e al., et 85, 2^e al., lettres c et d, LAVS; ATFA 1958, p. 45 ss., RCC 1958, p. 139; ATFA 1960, p. 89, considérant 4, et ATFA 1962, p. 157 ss., RCC 1962, p. 448).

2. Dans le cas particulier, la décision de la caisse du 15 novembre 1962 a été régulièrement attaquée et, de ce fait, l'obligation de présider à la réalisation du droit a passé au juge cantonal. Aussi le prononcé rendu par la commission AI en mars 1963 « pendente lite » ne vaut-il que comme une proposition de donner force de jugement à cette nouvelle décision administrative. En tant que tel, il ne pouvait nullement entraîner l'annulation de la décision du 15 novembre, ni rendre sans objet le recours du 28 novembre. En réalité, le juge — auquel l'assuré avait adressé son recours dans le délai légal — aurait dû examiner quant au fond la décision précitée et se prononcer sur sa légalité. La caisse de compensation, n'ignorant point les conséquences de la litispendance, s'est d'ailleurs abstenue de remplacer par une nouvelle décision sa décision de novembre 1962. (En l'espèce, il n'est pas nécessaire d'examiner la possibilité d'une exception aux principes énoncés ci-dessus, par exemple lorsque le recours a été retiré, l'autorité administrative compétente ayant constaté son erreur et corrigé la décision litigieuse. Il n'en est rien ici).

Le juge cantonal devra réparer l'omission et rendre un jugement quant au fond.

3. ...

OFFICE FÉDÉRAL DES ASSURANCES SOCIALES

AVS / AI / APG

**Liste des textes législatifs,
des conventions internationales
et des instructions de l'Office fédéral
des assurances sociales**

Etat le 1^{er} janvier 1964

(sans les modifications apportées
par la 6^e revision de l'AVS
et la 2^e revision du régime des APG)

Tirage à part de la RCC 1964, N° 1

Prix: Fr. —.55

En vente sous N° 318.120.01 f à la Centrale fédérale
des imprimés et du matériel, Berne 3

OFFICE FÉDÉRAL DES ASSURANCES SOCIALES

Circulaire
sur le contrôle des factures
pour
prestations en nature d'ordre individuel
dans l'assurance-invalidité

valable dès le 1^{er} février 1964

Prix: Fr. —.60

En vente à la Centrale fédérale des imprimés et du matériel,
Berne 3, sous N° 318.507.04 f



No 3 Mars 1964

**AVS
AI
APG**

**Assurance-vieillesse
et survivants**

Assurance-invalidité

**Allocations aux militaires
pour perte de gain**

RCC

Revue à l'intention
des caisses de compensation de l'AVS et de leurs
agences (communales),
des commissions AI et des offices régionaux AI,
ainsi que des autres agents d'exécution
de l'assurance-vieillesse et survivants,
de l'assurance-invalidité, des allocations aux militaires
pour perte de gain, des allocations familiales et
de l'aide à la vieillesse, aux survivants et aux invalides

SOMMAIRE

Chronique mensuelle	91
La sixième révision de l'AVS et les caisses de compensation	92
Les nouvelles dispositions concernant les rentes	94
Renseignements concernant les bureaux de révision de l'AVS	98
La loi du canton d'Argovie sur les allocations pour enfants aux salariés	101
Les infirmités congénitales, l'hérédité et la médecine moléculaire	105
Problèmes d'application de l'AVS	111
Bibliographie	111
Petites informations	112
Jurisprudence: Assurance-invalidité	115
Allocations familiales	128

-
- Rédaction:** Office fédéral des assurances sociales, Subdivision AVS/AI/APG, Berne 3.
- Expédition:** Centrale fédérale des imprimés et du matériel, Berne 3.
- Abonnement:** 15 francs par an; le numéro 1 fr. 50; le numéro double 2 fr. 50. Paraît chaque mois.
- Tirage:** 1050
- Dernier délai de rédaction du présent numéro:** 4 mars 1964.
- La reproduction est autorisée lorsque la source est indiquée.

CHRONIQUE MENSUELLE

Lors d'une discussion qui a eu lieu le 25 février avec des *délégations des caisses de compensation cantonales et professionnelles*, M. Granacher, de l'Office fédéral des assurances sociales, a exposé aux représentants des caisses le programme de travail 1964 de la subdivision AVS/AI/APG. En outre, diverses questions touchant les rapports annuels des caisses ont été abordées.



En date du 25 février, une nouvelle *convention en matière de sécurité sociale* a été conclue à Fribourg-en-Brisgau entre la Suisse et la *République fédérale d'Allemagne*. Elle a été signée du côté suisse par M. A. Saxer, préposé aux conventions internationales en matière d'assurances sociales, et du côté allemand par M. G. von Haeften, directeur au Ministère des Affaires étrangères.

La convention s'applique de part et d'autre à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, à l'assurance-accidents ainsi qu'aux allocations familiales fédérales. Elle contient en outre une réglementation facilitant le passage de l'assurance-maladie de l'un des Etats à celle de l'autre. L'accord est fondé sur le principe de l'égalité de traitement des ressortissants des deux Etats. Il doit encore être soumis à la ratification parlementaire et remplacera, dès son entrée en vigueur, la convention du 24 octobre 1950 sur les assurances sociales qui est actuellement applicable.



La *Commission d'étude des problèmes de la vieillesse* a tenu sa quatrième séance plénière les 27 et 28 février sous la présidence de M. A. Saxer, directeur. L'Office fédéral des assurances sociales s'était fait représenter à cette assemblée, où fut discuté, notamment, le problème des besoins matériels des personnes âgées. En outre, des rapports furent présentés sur la situation des agriculteurs de condition indépendante, bénéficiant de l'AVS, et sur les moyens d'existence des paysans de la montagne ayant atteint l'âge de l'AVS. La commission a été informée en détail des travaux effectués par les divers groupes.

La sixième révision de l'AVS et les caisses de compensation

Les travaux administratifs de la sixième révision, tels qu'ils se présentent dans leur ensemble et tels que doit les assumer la Centrale de compensation, en particulier, ont déjà été commentés ici (RCC 1964, p. 2 et 48). Après la Centrale, ce sont les caisses de compensation qui doivent agir. Voyons donc maintenant quel est le rôle de celles-ci.



Ce sont, normalement, les 25 caisses cantonales de compensation, les deux caisses de la Confédération et les 77 caisses professionnelles qui fixent et paient les rentes AVS et AI. Il est vrai que ces caisses ont été déchargées d'une bonne partie de leur besogne, dans l'exécution de la sixième révision, grâce à la Centrale, qui est parvenue à convertir plus de 700 000 rentes avec son ordinateur électronique. Néanmoins, il leur est resté encore d'importantes tâches à accomplir. Au début de l'année, elles ont dû renseigner les bénéficiaires sur la révision et sur la situation spéciale créée par le délai référendaire et la mise en vigueur rétroactive. Ensuite, il a fallu reporter les augmentations calculées par la Centrale sur les cartes du registre des rentes et sur les plaques à adresser utilisées pour les assignations. On procède actuellement à l'estampage des nouveaux montants mensuels sur ces plaques, si bien que les rentes augmentées pourront être versées pour la première fois en avril 1964. Enfin, il s'agira encore — et c'est un gros travail de plus — de payer le montant de la différence pour les trois premiers mois de l'année.

En outre, les caisses auront à convertir elles-mêmes environ 60 000 rentes au moyen d'une feuille de calcul ad hoc. Les rentes ainsi calculées représentent des cas spéciaux, qui ne pouvaient être traités à la machine; il y a cependant aussi des cas ordinaires de nouvelles rentes et de modifications survenues pendant les mois de janvier à mars 1964.

La révision, qui agrandit le cercle des bénéficiaires, augmente de ce fait le nombre des rentes que les caisses devront calculer et payer avec effet au 1^{er} janvier 1964. Parmi ces rentes nouvelles, 22 000 environ reviendront désormais aux femmes de 62 à 63 ans, qui deviennent « rentières » par suite de l'abaissement de la limite d'âge. A cela s'ajoutent les rentes complémentaires pour les femmes mariées âgées de 45 à 60 ans (au nombre de 37 000) et pour les enfants de bénéficiaires de rentes de vieillesse (10 500). En outre, environ

2000 rentes de survivants renaîtront, puisque la revision prolonge jusqu'à 25 ans le droit aux rentes des orphelins qui font un apprentissage ou des études. Ces nouvelles rentes ne peuvent être automatiquement l'objet de décisions, mais exigent une demande spéciale des intéressés.



Comment ces travaux supplémentaires pourront-ils être effectués dans le temps encore disponible, puisque les caisses sont déjà entièrement accaparées par leur besogne ordinaire? La réponse variera selon les cas. Les quelque 2000 fonctionnaires des caisses (qui ne s'occupent pas uniquement de l'AVS, mais qui doivent assumer d'autres tâches aussi, par exemple, actuellement, la seconde revision du régime des APG), se répartissent entre caisses de diverses grandeurs. De même, le nombre des cas de rentes varie d'une caisse à l'autre, de quelques centaines à plus de 80 000. Les tâches supplémentaires résultant de la 6^e revision doivent être accomplies en tenant compte du volume des affaires courantes, de l'organisation du personnel et du travail, des installations techniques. Tel problème paraîtra plus compliqué dans une caisse, qui sera plus simple dans une autre. Souvent, il faudra recourir à des mesures spéciales, telles que changements des attributions de certains employés, heures supplémentaires, engagement provisoire de personnel auxiliaire (malgré la pénurie de personnel) et augmentation du nombre des machines (par exemple des étampeuses pour les plaques à adresser). Des mesures préliminaires ont été prises à cet effet par toutes les caisses.



Pour mener à bonne fin la revision, il importait également que les collaborateurs des caisses, chargés du calcul des rentes, fussent instruits des nouvelles dispositions légales, afin d'être à même de les interpréter correctement et d'en éviter les embûches. L'OFAS a donc organisé à cet effet, comme déjà précédemment, des cours d'instruction, auxquels il a associé cette fois un cercle étendu de participants. Ces cours, suivis par environ 300 fonctionnaires des caisses à Saint-Gall, Lucerne et Lausanne, ont suscité beaucoup d'intérêt; grâce à un nouvel appareil, le scripto-projecteur PROKI, de nombreux exemples pratiques de calcul des rentes ont pu être étudiés en commun par l'assemblée, ce qui a contribué au succès de cette manifestation.

Les travaux de la revision se poursuivent selon le programme. Fait agréable à constater, ceux qui en sont chargés ne s'en acquittent pas comme d'un pensum, mais ont le cœur à l'ouvrage; ils n'oublient pas, en effet, que le but de leurs efforts, c'est en fin de compte d'aider, mieux encore que par le passé, leurs concitoyennes devenues veuves, leurs concitoyens âgés, invalides ou orphelins.

Les nouvelles dispositions concernant les rentes

La 6^e révision de l'AVS, qui est entrée en vigueur avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 1964, apporte trois innovations dans le domaine des rentes. Premièrement, le cercle des bénéficiaires sera agrandi; en outre, les rentes seront sensiblement augmentées; enfin, la révision atténuera des rigueurs et aplanira quelques inégalités.

Ces trois catégories de changements seront brièvement examinées ci-dessous; enfin, quelques commentaires seront consacrés à l'exécution de la 6^e révision.

L'agrandissement du cercle des bénéficiaires de rentes

Ce sont les femmes, en premier lieu, qui profiteront de l'agrandissement du cercle des bénéficiaires.

L'âge à partir duquel les femmes ont droit à la rente de vieillesse étant *abaissé de 63 à 62 ans*, il s'ensuit qu'une classe d'âge de plus obtient désormais cette rente AVS. L'effectif total des rentiers va, de ce fait, s'accroître d'environ 20 000 bénéficiaires. Cette innovation profite aussi bien aux femmes seules qu'aux femmes mariées dont l'époux n'a pas encore 65 ans. Le fait qu'elles ont droit désormais, plus tôt que par le passé, à la rente de vieillesse peut avoir, il est vrai, quelques conséquences dans le domaine de l'AI, puisque les femmes ayant accompli leurs 62 ans ne pourront plus prétendre à des mesures de réadaptation et des allocations pour impotents. La Commission fédérale de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité avait, certes, songé à reviser aussi les conditions d'âge donnant droit à la rente de vieillesse pour couple, et à fixer la limite d'âge, pour toutes les femmes, à 62 ans. Toutefois, le Conseil fédéral et les Chambres n'ont pas adopté cette proposition; d'autre part, il est toujours possible qu'une rente de vieillesse pour couple soit remplacée, au décès du mari, par une rente de veuve, et plus tard par une rente de vieillesse simple. Cependant, on n'a plus aucune raison de s'écarter des règles de calcul applicables dans ces cas-là.

Une innovation plus importante que l'abaissement de l'âge AVS des femmes, c'est *l'introduction de rentes complémentaires pour l'épouse et les enfants* du bénéficiaire d'une rente de vieillesse. L'épouse d'un tel bénéficiaire aura droit désormais, si elle est âgée de 45 à 60 ans, à une rente complémen-

taire équivalant au 40 % de la rente de vieillesse simple et calculée sur les mêmes bases que celle-ci. De même, il est prévu d'accorder aux enfants de bénéficiaires de rentes de vieillesse, jusqu'à l'âge de 18 ou de 25 ans, un supplément de 40 ou de 60 % de la rente de vieillesse. Le droit des enfants envers l'AVS devra, pour quelques cas spéciaux, être défini plus en détail dans le nouveau RAVS (par exemple si la mère seule a droit à une rente de vieillesse). Dans son ensemble, toutefois, la nouvelle réglementation s'inspire de celle de l'AI et permet également de supprimer la garantie des droits acquis pour les bénéficiaires de rentes AI avec rentes complémentaires. Probablement que l'on pourra supprimer aussi les règles spéciales de calcul valables pour les épouses invalides ayant droit à des rentes complémentaires pour enfants. Cette innovation aussi aura pour effet d'agrandir sensiblement les effectifs; on compte que des rentes complémentaires devront être versées pour environ 37 000 femmes et 10 000 enfants.

Un dernier changement concerne les *rentes d'orphelin* et, par conséquent, les rentes complémentaires de l'AI. Ces prestations, qui jusqu'à présent étaient accordées aux enfants se trouvant en apprentissage ou aux études, jusqu'à l'âge de 20 ans au plus tard, seront octroyées désormais jusqu'à 25 ans; l'AVS entend contribuer ainsi à encourager la nouvelle génération. La notion même de formation reste inchangée, si bien que les mêmes critères continueront à être applicables. Cette prolongation du droit aux rentes d'orphelins n'augmentera toutefois pas sensiblement l'effectif des bénéficiaires; on estime qu'il y en aura environ 2000 de plus.

Toutes ces innovations visant à étendre le cercle des bénéficiaires seront appliquées seulement dans une seconde phase de l'exécution. Au mois d'avril, on recommandera aux nouveaux rentiers et parents de rentiers de présenter une première demande ou une demande accessoire; celles-ci seront alors examinées par les caisses de compensation, qui en feront l'objet de décisions.

L'augmentation des rentes

L'augmentation des rentes AVS et AI constitue l'élément principal de la 6^e révision. L'amélioration des rentes en cours et des nouvelles rentes vise à maintenir l'ancien équilibre entre la rente et le revenu du travail, malgré la hausse des revenus. Le présent exposé va montrer quelques aspects généraux de l'augmentation des rentes; il ne traitera pas, en revanche, les questions plutôt techniques de la conversion des rentes en cours et du calcul des nouvelles rentes. Il faut renoncer également à entrer ici dans les détails de l'augmentation des rentes extraordinaires et des allocations pour impotents; ces prestations-là, en effet, ne font que suivre le mouvement des rentes ordinaires minimales et, considérées dans leur ensemble, ne posent pas de problème spécial.

Pour l'augmentation des rentes ordinaires, la loi opère une distinction entre les rentes en cours et les nouvelles rentes. Il est prévu d'*augmenter les rentes en cours d'au moins un tiers*; les rentes nouvelles seront déterminées selon une nouvelle formule de rente, liée à la revalorisation de la cotisation annuelle moyenne. La garantie d'une augmentation générale d'un tiers s'explique par les mauvaises expériences qu'on a faites lors de la 5^e révision, avec un système d'augmentations différenciées. L'augmentation effectuée d'après un taux déterminé doit permettre d'éviter des malentendus et des mécontentements qui pourraient susciter des critiques et faire souhaiter de nouvelles révisions. Dans le cas de la rente complète, l'augmentation d'un tiers équivaut à peu près au calcul d'après les nouvelles règles. La nouvelle rente, calculée sur la base d'une cotisation moyenne majorée, correspond grosso modo à la rente en cours augmentée d'un tiers. Des exceptions à cette règle peuvent se produire — mis à part le cas des différences par arrondissement — à proximité de la rente minimale et de la rente maximale, principalement parce que la nouvelle formule de rente ne connaît plus que deux échelons de progression, alors que l'ancienne en avait trois.

La *majoration des cotisations* mérite encore quelques commentaires. Pour le calcul de la cotisation annuelle moyenne, on majorera désormais d'un tiers les cotisations payées avant le 1^{er} janvier 1965. Cette majoration vise à compenser l'effet de la hausse générale des salaires. Autrement dit, la cotisation annuelle moyenne ne doit plus être faussée par les montants des salaires nominalement bas des premières années de l'AVS, mais doit être adaptée aux conditions de revenu actuelles de l'assuré. La méthode qui consiste à opérer une majoration d'un tiers est, à vrai dire, assez rudimentaire; pour être exact, il faudrait multiplier les cotisations, pour chaque année depuis 1948, par un coefficient spécial. En revanche, la méthode choisie par le législateur est assez simple du point de vue administratif. Pour les rentes qui naîtront jusqu'en novembre 1965, on pourra majorer d'un tiers la somme totale des cotisations, travail que les caisses de compensation effectueront sans peine. Plus tard, il est vrai, l'opération sera un peu plus compliquée, même avec la méthode de majoration actuelle, car une partie de la somme des cotisations sera majorée, tandis que l'autre partie ne le sera pas ou sera peut-être multipliée plus tard par un autre coefficient. Signalons, à ce propos, que le supplément de 15 francs ne sera plus, désormais, considéré dans le calcul de la cotisation moyenne des anciens bénéficiaires.

Si l'augmentation d'un tiers est donc, pour la rente complète, pratiquement identique à l'application de la nouvelle formule de rente, il n'en va pas de même des *rentes partielles*. Les rentes partielles de l'ancien système sont supprimées et transformées en rentes complètes ou partielles du nouveau système. Cela signifie, pour une grande partie des bénéficiaires de telles rentes, qui ne touchent pas la rente minimale et dont la durée de cotisations est complète, une augmentation très considérable, qui peut atteindre le double ou même le

triple de l'ancienne rente (par exemple, la rente maximum de vieillesse pour couple, échelle 2 A, s'élevant à 162 francs, sera augmentée à 427 francs par mois). Du point de vue administratif, cette nouveauté constituera une simplification, une fois que le calcul sera achevé, parce qu'il ne sera plus nécessaire de distinguer les rentes anciennes des nouvelles rentes partielles et que les problèmes de succession de rentes ne se poseront plus. En ce qui concerne les nouvelles rentes partielles, on a adopté, pour des raisons tout à fait différentes, un nouvel échelonnement. En effet, le problème des travailleurs étrangers, très important pour l'AVS, exige que les prestations versées aux assurés ayant cotisé pendant une courte durée soient adaptées plus exactement au rapport prorata et que les arrondissements effectués jusqu'à présent soient désormais restreints. Jusqu'à présent, la nouvelle rente partielle correspondait au vingtième supérieur du rapport entre la durée de cotisations de l'assuré et celle de sa classe d'âge. Ainsi, par exemple, un assuré dont la classe d'âge était tenue de cotiser pendant 45 ans recevait, en ayant payé des cotisations pendant une année, non pas $1/45$ ($\approx 2,2\%$) mais $1/20$ ($\approx 5\%$) de la rente complète. Ce système-là va être modifié. Il subsistera, certes, 19 échelles de rentes partielles, mais les rentes des échelles inférieures correspondront plus exactement au rapport entre la durée de cotisations de l'assuré et celle de sa classe d'âge; quant à ceux qui auront cotisé pendant une longue durée, ils obtiendront des arrondissements généreusement calculés. Exprimées en pour-cent de la rente complète, les rentes des échelles inférieures à 5 (ancien système) ou 8 (nouveau système) seront en général moins avantageuses, celles des échelles supérieures à 12 (ancien système) ou 16 (nouveau système) plus avantageuses que jusqu'à présent, tandis que dans le groupe intermédiaire, l'échelonnement restera inchangé. Dans la zone inférieure des rentes partielles, la garantie de l'augmentation d'un tiers est donc très importante.

Dans le domaine des *rentes réduites*, une seule modification a été apportée au texte légal. Jusqu'à présent, les rentes de survivants devaient être réduites à la moyenne des trois derniers revenus annuels normaux du défunt. Cette disposition aurait dû, de toute façon, être modifiée, étant donné l'évolution des revenus. Sur la proposition de la Commission fédérale de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité et du Conseil fédéral, le législateur a décidé de l'abroger, car le caractère de rente de base empêche la surassurance de prendre un aspect injuste. C'est ainsi qu'a été abrogée une disposition dont l'application s'est souvent révélée pénible ou délicate. Sont maintenues, en revanche, les règles qui concernent la réduction des rentes au montant des aliments et qui peuvent empêcher, malgré l'augmentation actuelle, l'amélioration de certaines rentes.

Divers

Quelques modifications secondaires visent à supprimer certaines rigueurs et inégalités. A l'article 20 LAVS, la disposition concernant l'*exemption fiscale*

des rentes extraordinaires a été abrogée sans grandes discussions. Le problème, qui se présente de temps à autre, de la *renaissance du droit à la rente de veuve* en cas d'annulation du second mariage de la veuve sera résolu par une disposition du règlement d'exécution. Celui-ci comprendra en outre des dispositions sur la prise en compte des cotisations de l'*épouse* et, d'autre part, sur la *non-prise en compte des cotisations d'invalidité*. Enfin, la femme qui a divorcé après avoir atteint l'âge de l'AVS, et qui ne pouvait acquérir, en payant des cotisations, un droit à la rente ordinaire, recevra désormais une rente extraordinaire sans limite de revenu; cette mesure supprime une rigueur de la loi.

Remarques finales

La première phase de l'exécution, actuellement en cours, vise la conversion des rentes déjà accordées. Comme on le sait, la loi prévoit, pour le nouveau calcul de ces rentes, une procédure simplifiée; le Conseil fédéral a confirmé, par arrêté préliminaire du 21 janvier 1964, qu'il n'y aura pas de décisions communiquées aux bénéficiaires, mais que l'on adoptera, en principe, la procédure usuelle dans le régime des APG. Le but de cette première phase est de verser dès le mois d'avril les rentes en cours augmentées. La seconde phase sera inaugurée par la promulgation des nouveaux règlements d'exécution; ensuite, la différence entre les anciennes rentes, servies encore pendant le premier trimestre de 1964, et les rentes augmentées sera versée aux bénéficiaires; enfin l'on enregistrera et examinera les demandes des nouveaux bénéficiaires. Pour cette seconde phase, il n'a pas été fixé de délai, mais l'administration veillera à ce que les nouvelles demandes soient liquidées en temps utile.

Renseignements concernant les bureaux de revision de l'AVS

Les renseignements donnés ci-après concernent les expériences faites avec les bureaux de revision de l'AVS; ils font suite à des articles parus antérieurement (cf. RCC 1956, p. 350; 1957, p. 310; 1958, p. 6 et 264; 1961, p. 58).

Le nombre des bureaux de revision

Le tableau qui suit donne le nombre des bureaux de revision à fin 1963, comparé à celui de fin 1957 publié à la page 7 de la RCC 1958.

*Nombre des bureaux de revision externes et internes au 31 décembre 1957 et
au 31 décembre 1963*

Genre des bureaux de revision	Etat au 31.12.1957	Augmen- tation	Diminu- tion	Etat au 31.12.1963
	Bureaux externes			
Privés				
— sociétés fiduciaires	34	2	1	35
— experts-comptables	9	—	3	6
Confédération	5	—	—	5
Cantons	8	—	2	6
Total . . .	56	2	6	52
	Bureaux internes			
Caisses cantonales	18	1	1	18
Caisses professionnelles	20	—	2	18
Total . . .	38	1	3	36
	Bureaux externes et internes			
Ensemble . . .	94	3	9	88

Il ressort du tableau ci-dessus que l'état des bureaux de revision a peu évolué depuis 1957. La renonciation à la reconnaissance par 9 bureaux de revision et, d'autre part, la reconnaissance de 3 nouveaux bureaux n'ont pas entraîné d'importantes mutations de mandats. Cette constance dans l'état des bureaux de revision démontre pertinemment l'intérêt que ces organes portent aux revisions AVS et la confiance dont ils jouissent de la part de leurs mandants, soit les caisses de compensation.

Six bureaux ne s'occupent que des revisions de caisse, 22 bureaux que des contrôles d'employeurs, tandis que 24 autres bureaux sont mandatés simultanément pour les revisions de caisses et les contrôles d'employeurs.

L'effectif des reviseurs

Le 31 décembre 1963, on comptait 93 chefs reviseurs, 80 reviseurs-adjoints et 58 aides reviseurs. Cet effectif, comparé à celui du 31 décembre 1957, présente

3 chefs reviseurs en moins (96), mais en revanche 22 reviseurs-adjoints (58) et 27 aides reviseurs (31) en plus. On notera le grand nombre d'aides reviseurs.

En outre, il faut relever la difficulté qu'ont les bureaux de revision à présenter, pour être reconnues, des personnes possédant une formation suffisante. Très souvent, des personnes qui participent aux revisions doivent acquérir les connaissances nécessaires en collaborant d'abord comme aides reviseurs.

La revision des caisses de compensation

Les rapports de revision parvenus à l'Office fédéral des assurances sociales au cours de ces dernières années ne donnèrent pas lieu à des observations de principe en ce qui concerne le travail des bureaux de revision. Toutefois, s'il a été occasionnellement nécessaire d'exiger des contrôles plus étendus ou des rapports rédigés de manière plus précise, les remarques touchant des points importants ont été rares. On peut donc conclure que les instructions aux bureaux de revision, des 15 juillet 1957 et 31 octobre 1960, ont été suivies régulièrement. De même, les bureaux de revision ont su résoudre sans difficulté les problèmes de contrôle découlant de l'introduction de l'AI et des revisions des lois AVS et APG.

Du point de vue de l'organisation, il faut relever que le contrôle des caisses de compensation gérées conjointement ne se fait plus que par un seul bureau de revision. La répartition des tâches entre le bureau de revision AVS et le bureau de contrôle de la commune, telle qu'elle avait été pratiquée parfois dans des agences communales, a été supprimée. Ainsi disparaît le danger de lacunes qui peuvent se produire lorsque des contrôles se chevauchent.

Le dépôt des rapports concernant les revisions de caisses

Les raisons pour lesquelles les rapports de revision doivent être déposés à temps et échelonnés aussi régulièrement que possible ont déjà été exposées (cf. RCC 1961, p. 58). Ces recommandations sont malheureusement restées sans effet.

Le tableau ci-après renseigne sur la situation en 1961 et 1962; ce dernier tableau montre une évolution déjà constatée précédemment. La proportion des rapports déposés tardivement augmente d'une revision à l'autre. Un tiers des rapports est déposé dans le dernier mois précédant l'échéance du délai et un autre tiers après cette échéance.

Une prolongation des délais de dépôt, qui ont été fixés naguère d'entente avec les bureaux de revision, ne remédierait pas aux retards. Les motifs invoqués pour justifier le début tardif des revisions et le retard des rapports sont, le plus souvent, la nécessité de liquider d'autres travaux urgents et le manque de personnel. Bien que ces circonstances puissent être dignes d'intérêt, la situation actuelle ne saurait être satisfaisante à la longue.

Dépôt des rapports de révision en 1961 et 1962

En pour cent

Année	Avant l'expiration du délai		Après l'expiration du délai	Total
	avant le début du dernier mois	durant le dernier mois		
	Revision principale			
1961	34,5	31,7	33,8	100
1962	30,8	32,3	36,9	100
	Revision de clôture			
1961	42,7	32,1	25,2	100
1962	44,7	24,5	30,8	100

**La loi du canton d'Argovie
sur les allocations pour enfants
aux salariés**

1. Genèse de la loi

Le 11 janvier 1955, le Grand Conseil adopta une motion Trottmann, chargeant le Conseil d'Etat d'étudier l'institution légale d'allocations familiales et d'allocations pour enfants en faveur des salariés et des personnes de condition indépendante à revenu modeste, par l'entremise de caisses de compensation publiques et privées, et d'adresser au Grand Conseil un rapport et des propositions à ce sujet. Par ailleurs, le Grand Conseil adopta, le 24 mars 1959, une motion Baumann qui demandait au Conseil d'Etat de présenter au Grand Conseil un projet de loi prévoyant, d'une part, l'octroi aux travailleurs agricoles d'allocations cantonales complétant celles fixées par la loi fédérale du 20 juin 1952, et, d'autre part, le paiement d'allocations familiales aux petits paysans.

Le 5 octobre 1962, le Conseil d'Etat soumit au Grand Conseil ses propositions et un rapport à l'appui d'un projet de loi sur les allocations pour enfants aux salariés. Le Grand Conseil a adopté le projet dans sa séance du

23 décembre 1963. Se ralliant aux propositions du gouvernement, il a refusé d'instituer des allocations pour enfants en faveur des personnes de condition indépendante et de prévoir le versement de prestations complémentaires cantonales aux travailleurs agricoles.

Le canton d'Argovie a donc été le vingt-quatrième à légiférer en matière d'allocations pour enfants aux salariés.

2. *Champ d'application*

Sont assujettis à la loi tous les employeurs qui ont leur domicile, un siège, une succursale ou un établissement dans le canton. Ne sont pas assujettis à la loi les tribunaux, administrations, établissements et exploitations du canton, les employeurs de l'agriculture, les employeurs de ménage pour leur personnel féminin, ainsi que les employeurs pour leur conjoint travaillant dans l'entreprise. Les employeurs qui versent des allocations pour enfants en vertu d'un contrat collectif de travail ou d'une réglementation analogue peuvent, sous certaines conditions, être libérés par le Conseil d'Etat de l'obligation d'adhérer à une caisse de compensation pour allocations familiales. Si la convention collective ou l'accord analogue ne concerne pas l'ensemble du personnel de l'entreprise, la libération peut être étendue au personnel ne relevant pas de la convention, à la condition que celui-ci reçoive au moins des prestations équivalentes. La décision de libération doit être rapportée lorsque les conditions légales ne sont plus remplies, de même que sur requête des parties intéressées.

3. *Allocataires*

Tous les salariés dont l'employeur est assujetti à la loi sont allocataires. Les personnes qui travaillent accessoirement comme salariées ne peuvent prétendre l'allocation pour cette activité que si elles ne reçoivent pas déjà l'allocation entière en raison de leur activité principale. Le droit aux allocations naît et s'éteint en même temps que le droit au salaire; cependant, en cas de maladie, d'accident ou de décès, les allocations sont versées trois mois encore après l'expiration du droit au salaire.

Les salariés étrangers n'ont droit aux allocations que pour leurs enfants qui habitent en Suisse. Le Conseil d'Etat est toutefois compétent pour étendre le bénéfice des allocations aux enfants vivant à l'étranger et édicter à cet effet des dispositions sur le cercle des bénéficiaires, ainsi que sur le genre et l'ampleur des allocations.

4. *Allocations pour enfants*

L'allocation pour enfant est d'au moins 20 francs par mois et par enfant. Donnent droit aux allocations: les enfants légitimes et adoptifs; les enfants naturels et les enfants du conjoint à l'entretien desquels le salarié subvient en majeure partie; les enfants recueillis qui sont à la charge totale du salarié; enfin, les frères et sœurs du salarié à l'entretien desquels il pourvoit en majeure partie. La limite d'âge est fixée à 16 ans; elle est reportée à 20 ans

pour les enfants qui font des études ou un apprentissage et ceux qui, atteints dans leur santé de façon permanente ou pour une durée relativement longue, ont une incapacité de travail de plus de 50 pour cent. La loi prévoit qu'une seule allocation peut être versée lorsque les époux sont tous deux salariés et qu'elle revient, en règle générale, au mari. Lorsque les parents sont divorcés ou séparés, l'allocation est versée à celui d'entre eux qui a la garde de l'enfant. Si l'allocataire n'offre pas toute garantie que l'allocation sera utilisée conformément à son but, celle-ci sera versée à la personne, office ou institution qui prend soin de l'enfant. Les allocataires qui sont tenus par une décision judiciaire de contribuer à l'entretien d'enfants doivent verser les allocations en sus de la pension fixée par le juge, à moins que celui-ci n'ait prévu une exception. Le rappel d'allocations non perçues est limité aux douze mois précédant la date à laquelle l'allocataire a fait valoir son droit. La restitution d'allocations pour enfants perçues indûment est réglée de la même manière que celle des rentes AVS indûment touchées.

5. Organisation

Tous les employeurs assujettis à la loi sont tenus de s'affilier à une caisse de compensation pour allocations familiales reconnue par le Conseil d'Etat ou à la caisse cantonale.

La loi prévoit les conditions de reconnaissance suivantes pour les caisses privées: Sont autorisées à fonder des caisses les associations professionnelles et interprofessionnelles d'employeurs. Une caisse doit grouper au moins 8 employeurs occupant 600 salariés au minimum; elle doit verser les prestations minimales fixées par la loi; elle doit offrir toute garantie d'une bonne gestion et ses statuts ou son règlement doivent être conformes aux dispositions de la loi. La condition relative au nombre minimal d'employeurs affiliés n'a cependant pas besoin d'être remplie par les caisses de compensation pour allocations familiales qui sont gérées par une caisse de compensation professionnelle de l'AVS et qui sont instituées pour tous les employeurs affiliés à cette caisse. L'autorité de reconnaissance est le Conseil d'Etat, auquel doivent être soumis pour approbation les statuts et règlements des caisses privées, ainsi que leurs modifications et éventuelles décisions de dissolution ou de fusion.

De nouvelles caisses de compensation pour allocations familiales peuvent être créées lors de l'entrée en vigueur de la loi, pour la première fois, puis le 1^{er} janvier 1966 et, par la suite, tous les cinq ans. La reconnaissance confère la personnalité juridique aux caisses de compensation pour allocations familiales. Celles-ci doivent être contrôlées chaque année par un organe de revision indépendant, qui est tenu de remettre son rapport à la Direction de l'Intérieur. Les caisses reconnues sont exemptées de tout impôt.

Le canton institue une caisse cantonale de compensation pour allocations familiales, organisme de droit public, indépendant. Sa gestion est confiée à la caisse cantonale de compensation AVS. Sont affiliées à la caisse cantonale toutes les personnes assujetties à la loi qui, dans les trois mois suivant l'acqui-

sition de la qualité d'employeurs, n'ont pas été exemptées de l'affiliation à une caisse ou ne se sont pas rattachées à une caisse privée.

6. *Financement*

Les allocations pour enfants et les frais d'administration sont couverts par les employeurs. Lorsque les allocations sont versées par les caisses de compensation pour allocations familiales, leur financement intervient en la forme de contributions calculées en pour-cent des salaires soumis à cotisations dans l'AVS. Les excédents éventuels doivent servir à constituer un fonds d'exploitation et de réserve approprié, puis à réduire les cotisations ou à augmenter les allocations. Pour chaque caisse privée, il est institué une commission administrative, composée en majorité d'employeurs, mais dans laquelle les salariés doivent être représentés équitablement; cette commission fixe le taux de la contribution. La contribution prélevée par la caisse cantonale de compensation pour allocations familiales est fixée par le Conseil d'Etat dans les limites des montants perçus par les caisses privées reconnues.

7. *Application et contentieux*

C'est le Conseil d'Etat qui exerce la surveillance sur les caisses de compensation pour allocations familiales. A cet effet, les caisses doivent, conformément à des directives particulières, lui présenter un rapport annuel sur leur activité ainsi que leurs comptes. La commission du Grand Conseil, chargée d'examiner le rapport de gestion de la caisse cantonale de compensation AVS, exerce également la haute surveillance sur la caisse cantonale de compensation pour allocations familiales. Par ailleurs, la loi contient des dispositions sur l'obligation qu'ont les employeurs et les salariés de fournir des renseignements ainsi que sur l'obligation, pour les personnes et organes de contrôle qui appliquent la loi, de garder le secret.

Les décisions des caisses doivent être notifiées par écrit avec indication des motifs et des voies de droit. Recours peut être formé, auprès du tribunal suprême du canton d'Argovie, contre les décisions de la caisse *cantonale* prises en vertu de la loi, et cela dans les trente jours dès leur notification. Les caisses *privées* ont la faculté d'instituer des commissions d'arbitrage. Les décisions desdites caisses peuvent faire l'objet d'un recours auprès de la commission d'arbitrage dans les 30 jours dès leur notification. S'il n'existe pas de commission d'arbitrage, le recours doit être adressé dans le même délai au tribunal suprême. Les prononcés d'une commission d'arbitrage peuvent être portés dans un délai de 30 jours devant le tribunal suprême. Ce dernier statue définitivement.

8. *Entrée en vigueur*

Le Conseil d'Etat fixe l'entrée en vigueur de la loi et édicte les dispositions d'exécution nécessaires.

Les infirmités congénitales, l'hérédité et la médecine moléculaire

Lors de la réunion des médecins des commissions AI de toute la Suisse, en 1963 (RCC 1963, p. 277), M. *Andrea Prader*, docteur en médecine et professeur à Zurich, prononça un exposé sur les infirmités congénitales, l'hérédité et la médecine moléculaire. Il y a développé, dans l'essentiel, les idées exposées peu auparavant dans sa leçon inaugurale à l'Université de Zurich. Etant donné l'importance des infirmités congénitales dans l'AI, la RCC donne ci-dessous, avec l'autorisation du professeur Prader, un résumé français établi d'après le compte rendu de la leçon inaugurale publié dans la « *Neue Zürcher Zeitung* ».



Un des plus grands progrès de la biologie contemporaine fut la mise en évidence des bases biochimiques de l'hérédité. Cette découverte valut à trois savants, MM. Crick, Wilkins et Watson, le prix Nobel de physiologie et de médecine en 1962. Une fois de plus s'est vérifié le fait que tous les phénomènes de la vie se ramènent à des événements biochimiques. Bien que la génétique humaine contemporaine, donc la science de l'hérédité, repose encore essentiellement sur l'étude des arbres généalogiques et sur les statistiques des individus sains et malades, il ne fait aucun doute qu'elle se tourne toujours davantage vers les problèmes biochimiques de l'hérédité. Un des principaux spécialistes anglo-saxons de la génétique, Penrose, a dit à ce propos: « Dans un avenir très proche, la génétique humaine se concentrera inévitablement, de plus en plus, sur la biochimie. » Cette opinion a été résumée par un jeune savant, Clarke, d'une manière encore plus catégorique: « La génétique, c'est la biochimie. »

La biologie moléculaire

Les gènes invisibles, alignés dans les chromosomes, contiennent la substance responsable de la transmission des caractères héréditaires, l'Acide Désoxyribonucléinique (en allemand DNS, en français ADN). Grâce à sa capacité de se partager et de se regrouper, l'ADN se retrouve après chaque division cellulaire en quantité invariable dans les deux cellules filles, et par moitié dans les ovules et les spermatozoïdes. L'union d'un spermatozoïde et d'un ovule donne à nouveau la quantité normale d'ADN. L'ADN est ainsi transmis de cellule à cellule, d'individu à individu, en dose constante, et constitue la substance héréditaire potentiellement immortelle. L'ordre de succession des quatre bases pyridiniques et pyruviques différentes, juxtaposées par centaines dans la molécule d'ADN, varie d'un gène à l'autre et forme la clé ou le code de construction

des molécules d'albumine spécifiques des gènes dans chaque cellule. Chaque groupement de trois de ces bases, un triplet, comme on l'appelle, détermine le choix d'un acide aminé, et l'ordre de succession des triplets dans la molécule d'ADN détermine de son côté celui des acides aminés dans la construction des chaînes de polypeptides de la molécule d'albumine. En d'autres termes, chaque gène détermine une chaîne spécifique de polypeptides. « A chaque gène sa propre chaîne », pourrait-on dire.

Chez l'homme, chaque noyau cellulaire contient 23 paires de chromosomes qui comprennent chacune des milliers de gènes. Ceux-ci contrôlent de leur côté la construction et la fonction de toutes les molécules d'albumine. A ces molécules appartiennent, notamment, les nombreuses albumines plasmatiques, celles des anticorps, importants dans la lutte contre l'infection, l'hémoglobine, certaines hormones et, avant tout, la série innombrable des enzymes spécifiques indispensables à la régulation catalytique de toutes les réactions du métabolisme.

La structure exacte de ces molécules protéiniques n'est connue que dans peu de cas, l'hémoglobine et l'insuline par exemple.

L'explication de la structure de cette substance héréditaire et d'autres albumines biologiques importantes représente un énorme travail pour les biochimistes, biophysiciens et généticiens. Elle ouvre de nouvelles perspectives dans la compréhension des bases biochimiques de la vie et peut être considérée comme le commencement d'une nouvelle ère de la biologie, celle de la biologie moléculaire. Nous allons vers un élargissement inouï de nos connaissances biologiques, semblable au prodigieux développement des connaissances de l'atome depuis la création de la théorie des quanta. La médecine se modifiera, sans aucun doute, profondément au cours des prochaines décennies sous l'influence des progrès renversants de la biologie moléculaire.

Maladies héréditaires et maladies moléculaires

On peut presque dire que chaque particularité corporelle, chaque phénomène du métabolisme, tout ce que l'on entend par « constitution » peut être ramené à l'action de gènes. En d'autres termes, la majorité des éléments corporels caractéristiques est sous l'influence de molécules d'albumine spécifiques et celles-ci dépendent à leur tour de gènes déterminés. Jusqu'à maintenant, il est vrai, cela n'a pu être clairement démontré chez l'homme que dans de rares exemples. A la base de notre individualité corporelle et intellectuelle se trouve une individualité biochimique, c'est-à-dire une combinaison particulière de différentes molécules d'albumine; cette combinaison particulière est influencée par une individualité génétique, c'est-à-dire par une combinaison individuelle de différents gènes ou molécules d'ADN.

La variabilité génétique de l'homme est infinie et comprend non seulement les aptitudes saines, mais aussi les prédispositions pathologiques. Le nombre des maladies héréditaires connues jusqu'à maintenant est grand; il augmente continuellement et est théoriquement sans limites (on connaît aujourd'hui déjà

50 anomalies de gènes pour le chromosome X à lui seul). A côté des maladies héréditaires proprement dites, on découvre de plus en plus de maladies dont il faut chercher l'origine dans la coexistence de dispositions génétiques et d'influences du monde ambiant. Même dans les maladies infectieuses et les accidents, la constitution, soit l'ensemble des facteurs héréditaires de la résistance et de la tendance naturelle à la guérison, joue son rôle.

Nous appelons *maladies moléculaires* les maladies héréditaires qui peuvent être attribuées certainement ou avec vraisemblance à une molécule d'albumine défectueuse, par exemple une hémoglobine ou une enzyme anormale. Les pionniers, vraiment géniaux, de la médecine moléculaire sont Garrod et Pauling. En 1902, Garrod appelait déjà ses recherches sur les troubles rares du métabolisme de l'alcaptonurie¹ « une étude de l'individualité chimique ». Quelques années plus tard, il groupait des perturbations héréditaires du métabolisme sous la dénomination devenue célèbre de « erreurs innées du métabolisme » et postulait comme cause primaire de ces maladies des défauts de certaines étapes précises du métabolisme. En 1949, Pauling prouva que la drépanocytose ou anémie à hématies falciformes, maladie sanguine fréquente chez les Noirs, est due à un trouble de la molécule d'hémoglobine. Il employa pour la première fois le terme de maladie moléculaire. Nous connaissons aujourd'hui des douzaines de maladies moléculaires, et chaque année on en découvre de nouvelles. Toutes les maladies héréditaires sont sans doute des maladies moléculaires, même si, pour la plupart d'entre elles, nous ne savons pas encore quel est le trouble moléculaire primaire.

Il est instructif de considérer les différentes étapes de notre connaissance d'une maladie héréditaire. Dans un premier stade, le mal est compris comme entité morbide particulière, grâce à sa symptomatologie clinique et peut-être aussi à son substratum anatomopathologique, d'une façon purement empirique et descriptive. Puis l'étude des maladies des frères et sœurs et les recherches généalogiques permettent de reconnaître l'existence et la nature de l'hérédité. Dans un troisième stade, on réussit à analyser les fonctions et les éléments du métabolisme perturbés et à en déduire l'origine des symptômes isolés. Viennent ensuite la localisation du trouble primaire du métabolisme, l'analyse plus poussée de la molécule défectueuse et enfin dans un dernier stade, qui n'est pas encore atteint aujourd'hui, l'explication de la succession anormale des bases dans la molécule responsable d'ADN.

Le diagnostic, le traitement et le pronostic dépendent du stade atteint par notre savoir. La compréhension descriptive et la délimitation d'une maladie sont déterminantes pour le diagnostic et aussi pour le traitement. La connaissance du processus héréditaire est nécessaire pour conseiller le patient en matière de génétique et permettre une prophylaxie eugénique. La compréhension du trouble primaire du métabolisme est la base d'un traitement rationnel et efficace, même si le traitement et le soulagement des symptômes isolés sont possibles, souvent aussi, sans cette connaissance. L'explication du défaut de

¹ C'est le n° 170 de la liste de l'OIC.

l'ADN permettra enfin d'envisager la correction, qui nous paraît aujourd'hui encore utopique, de la substance héréditaire.

Dans plusieurs domaines, la médecine actuelle n'a pas encore dépassé le premier stade, c'est-à-dire la connaissance hippocratique, descriptive de la maladie. C'est le cas de nombreuses maladies héréditaires, principalement des malformations. Un clinicien anglo-saxon a récemment caractérisé avec humour ce premier stade de la connaissance comme la capacité de reconnaître un éléphant après en avoir déjà vu un. La légère ironie de cette définition ne doit pas être méconnue; elle vise les méthodes par trop simplistes et peu scientifiques du clinicien et caractérise l'attitude trop exclusivement scientifique de nombreux médecins qui s'intéressent non pas à l'étude globale de la maladie, mais seulement à ses aspects chimiques. La recherche médicale a naturellement besoin de purs savants, de spécialistes de laboratoire, de chercheurs qui peuvent ne pas être en même temps de bons médecins. Cependant, le premier devoir du médecin qui se préoccupe du bien-être de ses malades sera toujours de poser un diagnostic en se fondant sur ses propres connaissances et expériences, sur un examen minutieux du patient, mais aussi en écoutant les plaintes du patient lui-même, et de porter, sur l'état physique et psychique de ce dernier, un jugement exact. Il doit mener le traitement selon des critères scientifiques, mais aussi savoir agir avec souplesse lorsque la situation n'est pas claire.

Il serait dangereux que cet aspect purement clinique de la formation médicale soit négligé au profit d'un développement exagéré de la connaissance biochimique et génétique. Et pourtant, chaque médecin doit être à même de penser biologiquement pour comprendre les problèmes les plus importants de la recherche scientifique médicale d'aujourd'hui. De cette manière seulement, il lui sera possible de satisfaire sa soif de connaissance, de suivre les progrès toujours plus rapides de la médecine et d'en faire bénéficier ses patients, directement ou indirectement.

L'évolution de la pédiatrie

Les considérations d'ordre biochimique et génétique sont particulièrement pertinentes en pédiatrie. Le pédiatre, plus que n'importe quel autre médecin, doit s'occuper des conséquences graves des malformations de gènes ou de chromosomes. Il est interrogé, beaucoup plus souvent que les autres médecins, par les parents inquiets d'un enfant infirme ou malade qui désirent des conseils à propos de génétique. Il doit constamment avertir des parents sains, qui ne se méfient de rien, que leur enfant souffre d'une maladie héréditaire et que de futurs enfants sont également menacés.

Jusque vers 1940, la pédiatrie s'occupait essentiellement des troubles de l'alimentation et des maladies infectieuses. Dans les pays en voie de développement, la sous-alimentation, les erreurs dans l'alimentation, les infections et les maladies parasitaires jouent encore aujourd'hui un rôle énorme. Dans les pays modernes, en revanche, la pédiatrie s'est transformée et étendue plus que d'autres spécialités cliniques. Les troubles de l'alimentation et les infections n'ont certes pas disparu, mais leur nombre a très fortement diminué; la plupart des

cas peuvent être soignés efficacement ou évoluent d'une manière bénigne. Leur description n'accapare plus la majeure partie d'un manuel de pédiatrie, mais peut être résumée en quelques chapitres. Le fait suivant est significatif: Il y a 15 ans, nous avions encore à l'hôpital infantile de Zurich une division de scarlatine toujours remplie, alors qu'aujourd'hui nous sommes heureux si nous avons la possibilité de montrer encore, à l'occasion, un cas de scarlatine aux étudiants. C'est à la régression de la mortalité des nourrissons que l'on apprécie le mieux les énormes progrès accomplis et la transformation de la situation: Sur 1000 enfants de moins d'une année, on comptait 100 décès il y a 50 ans, 50 décès il y a 30 ans, et aujourd'hui 21 seulement.

Les problèmes qui nous préoccupent aujourd'hui sont, d'une part, le vaste domaine de la médecine interne, à l'exception de la gériatrie, et d'autre part les multiples aspects des infirmités congénitales. Sous cette dernière dénomination, nous comprenons entre autres toutes les malformations, l'immaturation et le manque de poids à la naissance, les affections dues au facteur rhésus ou à d'autres incompatibilités sanguines, les nombreuses formes de débilité mentale, les paralysies cérébrales, les nombreuses maladies spasmodiques, de même que les troubles du métabolisme et des glandes endocriniennes. Les causes primaires de ces infirmités congénitales sont des malformations héréditaires de gènes, des anomalies chromosomiques, des maladies de l'embryon ou du foetus, ou des traumatismes subis pendant la naissance.

Plus d'un tiers des 4500 patients qui entrent chaque année à l'hôpital infantile de Zurich souffrent de telles infirmités congénitales. Ce nombre est impressionnant, mais ne doit pas étonner si l'on songe qu'environ 2 pour cent de tous les nouveau-nés présentent une légère mais indiscutable malformation, et que vraisemblablement un nombre égal de nouveau-nés souffrent d'une malformation cachée ou de troubles du métabolisme; en outre la débilité et les maladies spasmodiques appartiennent aux manifestations pathologiques que nous voyons le plus fréquemment.

La mortalité actuelle des nourrissons (21 pour mille) n'est plus la conséquence de troubles de l'alimentation ou d'infections, mais presque exclusivement celle de graves infirmités congénitales. La plupart des enfants atteints de ces infirmités n'étaient autrefois jamais hospitalisés, et l'on évitait souvent de les montrer à un médecin. On ne comprenait pas leur souffrance, on ne pouvait d'ailleurs rien faire pour eux et beaucoup mouraient tôt, victimes d'une infection. Aujourd'hui, il est possible de corriger chirurgicalement les malformations, de prévenir par des exsanguino-transfusions les conséquences d'incompatibilités des facteurs rhésus ou d'autres groupes sanguins, de traiter avec succès maintes infirmités congénitales par des médicaments ou des hormones, d'améliorer considérablement les paralysies cérébrales par des exercices physiques; enfin, les jeunes patients bénéficient maintenant des prestations matérielles considérables de l'AI fédérale, qui depuis 1960 prend à sa charge tous les frais de traitement des infirmités congénitales. C'est pourquoi les enfants atteints de ces infirmités sont menés aujourd'hui chez le médecin ou même hospitalisés pour des examens approfondis.

Les infirmités congénitales et l'hérédité

Même dans les cas désespérés, où nous ne connaissons encore aucun traitement efficace, où l'affection conduit tôt ou tard à la mort, un examen approfondi est important, car c'est la seule possibilité que nous avons de déterminer s'il s'agit d'une maladie héréditaire et quel risque courent les enfants à venir. Il faut rechercher, pour chaque infirmité congénitale et pour de nombreuses maladies apparaissant tardivement, la possibilité d'une tare héréditaire. Cette possibilité existe même si les deux parents sont sains et si l'affection n'est encore jamais apparue dans aucune des deux familles.

Dans chaque cas de maladie infantile, il importe de s'enquérir des phénomènes observés pendant la grossesse et l'accouchement, de l'état de santé des parents, des grands-parents, et des frères et sœurs. Dans tous les cas de maladies héréditaires certaines ou douteuses, il faut examiner soigneusement les proches atteints d'une affection identique ou analogue, ainsi que les parents, frères et sœurs du patient. Un proche peut présenter des symptômes qui permettent de reconnaître chez le patient une maladie héréditaire à un stade précoce, maladie qui, sans cet avertissement, aurait à peine pu être décelée. Inversement, l'examen des frères et sœurs plus jeunes permet souvent de découvrir chez eux la même maladie que chez leur aîné, mais à un stade encore asymptomatique, ce qui permet, le cas échéant, un traitement prophylactique couronné de succès. L'étude génétique de la famille peut avoir ainsi une importance décisive tant en ce qui concerne le diagnostic que le traitement ou la prophylaxie.

Il n'est pas facile de diagnostiquer et de traiter les infirmités congénitales, dont la variété est grande. D'une part, en effet, les connaissances médicales actuelles sont encore très lacunaires dans ce domaine; d'autre part, celui-ci est déjà si vaste qu'un seul individu ne peut plus le dominer. La collaboration, le travail intensif de tout un groupe de spécialistes, tels qu'ils sont possibles dans un hôpital moderne, et sur une échelle encore plus vaste dans tout grand centre médical, n'aboutissent souvent à aucun diagnostic et, à plus forte raison, ne permettent pas de déceler la cause de ces infirmités. Chaque année, pourtant, il se dégage, de cette masse d'observations isolées, de nouveaux tableaux nosographiques essentiellement descriptifs, qui sont l'objet d'investigations génétiques ou biochimiques plus ou moins approfondies.

Nous allons examiner rapidement trois exemples pour illustrer la multiplicité des problèmes génétiques qui se posent dans la clinique. Tous les trois ont particulièrement préoccupé les médecins de l'hôpital infantile de Zurich. Ce sont l'*intolérance héréditaire au fructose*, une maladie moléculaire qui n'est pas fréquente, mais a été bien étudiée, la *fibrose du pancréas*, une maladie héréditaire grave et excessivement fréquente, dont nous connaissons encore mal la nature, et enfin les *troubles chromosomiques congénitaux* fréquents, qui sont dus non pas à des défauts de certains gènes, mais à une plus ou moins grande altération de chromosomes entiers.

(A suivre)

Problèmes d'application de l'AVS

Indemnités pour la visite de l'Expo 64

De nombreux employeurs accorderont à leur personnel des indemnités spéciales pour visiter l'Expo 64 à Lausanne. De telles prestations doivent être considérées comme des cadeaux faits lors d'événements particuliers et ne sont donc pas comprises dans le salaire déterminant, conformément aux articles 5, 4^e alinéa, LAVS et 8, lettre c, RAVS.

Primes de fidélité

Dans la RCC 1963, à la page 12, une note intitulée « Cadeaux pour ancienneté de service ou salaire ? » a indiqué que les prestations versées par l'employeur, après un certain nombre d'années de service, pour rémunérer la fidélité du salarié et inciter celui-ci à conserver son emploi font partie du salaire déterminant. Elles ne représentent pas des cadeaux pour ancienneté de service exceptés du salaire selon l'article 8, lettre c, RAVS, lors même qu'elles auraient été désignées de cette manière.

On constate que de telles prestations sont de plus en plus désignées par l'expression — plus exacte — de « primes de fidélité ». De telles primes de fidélité versées à intervalles relativement brefs font partie du salaire déterminant, même si leur versement s'effectue à un moment où un cadeau pour ancienneté de service proprement dit aurait été remis au salarié. En revanche, lorsqu'après 25 ans ou 40 ans de service, un véritable cadeau pour ancienneté de service est remis au salarié en sus de la prime de fidélité, ce cadeau reste excepté du salaire, comme jusqu'ici, en vertu de l'article 8, lettre c, RAVS.

BIBLIOGRAPHIE

A. Burger, M. Dayer, M. Jeannet-Hasler et N. Mauël : **La réintégration professionnelle des handicapés**. Etude statistique d'une population de handicapés physiques et des principaux facteurs qui déterminent leur réintégration. Enquête auprès de handicapés habitant Lausanne et ayant eu recours à l'Office romand d'intégration professionnelle pour handicapés. 100 p. (polycopié). Genève et Lausanne, 1957.

Moyens auxiliaires employés dans la vie de tous les jours et dans le ménage. Documentation, sous forme de feuilles volantes réunies en un classeur, concernant des moyens auxiliaires efficaces qu'on peut acheter ou fabriquer soi-même, ainsi que des petits « trucs » facilitant la vie aux personnes atteintes d'une infirmité corporelle. Publié par la Fédération suisse des institutions en faveur des invalides, Case postale Pro Infirmis, Zurich 32, 1963.

Hélène Jost: **Einfluss der Invalidenversicherung auf die Pro-Infirmis-Arbeit.** Tirage à part de la Revue suisse des assurances sociales, 1963, fasc. 4, p. 269-281. Editions Stämpfli & Cie, Berne.

Petit guide AVS pour assurés. Publié par l'Union syndicale suisse, 1964, 27 pages, tableaux.

G. Weber, K. Oppikofer et W. Belart: **Rehabilitationsaufgaben des Arztes.** Publié par la Commission suisse de réhabilitation, tirage à part du Bulletin des médecins suisses, Editions Hans Huber, Berne, 1964, 100 p.

PETITES INFORMATIONS

Fonds de compensation de l'AVS

Le Conseil d'administration du Fonds de compensation de l'AVS a effectué, au cours du quatrième trimestre de 1963, des placements pour une somme de 97 millions de francs (112 millions au troisième trimestre), dont 8 (1) millions sont des emplois de capitaux.

La totalité des capitaux du Fonds de compensation de l'AVS placés au 31 décembre 1963 se monte à 6649 millions de francs (6559 à fin septembre 1963), se répartissant entre les catégories suivantes d'emprunteurs, en millions de francs: Confédération 433 (433), cantons 1076 (1070), communes 896 (881), centrales des lettres de gage 1812 (1792), banques cantonales 1283 (1249), institutions de droit public 26 (24) et entreprises semi-publiques 1123 (1110).

Le rendement moyen des capitaux placés au 31 décembre 1963 est de 3,32 pour cent, contre 3,31 pour cent à la fin du troisième trimestre de 1963.

Rapports des organes AVS/AI/APG sur l'année 1963

Les organes de l'AVS, de l'AI et du régime des APG doivent présenter à l'OFAS jusqu'au 30 avril 1964 leur rapport sur l'exercice 1963. Ces rapports devront être rédigés par les caisses de compensation selon les directives du 10 avril 1962, par

les secrétariats des commissions AI selon celles du 5 avril 1962, et par les offices régionaux AI selon celles du 3 mai 1962. Les questions supplémentaires sont laissées de côté pour cette fois. Les rapports des commissions AI complétant éventuellement ceux des secrétariats seront présentés jusqu'au 31 mai 1964.

L'OFAS sera très reconnaissant envers les organes qui observeront ce délai, de manière qu'il puisse entreprendre sans retard le dépouillement des rapports. Ceux-ci devront être rédigés aussi brièvement que possible. Il faudra, en particulier, renoncer à commenter des expériences déjà signalées précédemment. Dans des cas isolés, dûment motivés, l'OFAS accordera une prolongation pour la livraison des textes de rapports. Les feuilles annexes statistiques, elles, doivent dans tous les cas être envoyées jusqu'au 30 avril.

Supplément
au catalogue
des imprimés
AVS/AI/APG
(édition de 1964)

Nouvelles publications :

318.114 dfi	Beitragstabellen Selbständigerwerbende und Nichterwerbstätige Tables des cotisations. Indépendants et non-actifs Tabelle dei contributi. Indipendenti e senz'attività	1.50 *	
318.116 df	Tabellen zur Ermittlung der EO-Tagesentschädigungen und der IV-Taggelder Tables de calcul des allocations journalières APG et des indemnités journalières AI	1.70 *	
318.120.01 d	Verzeichnis der gesetzlichen Erlasse usw.	— .55 *	
318.120.01 f	Liste des textes législatifs, etc.	— .55 *	
318.272 d	Umrechnungsblatt	8.—	1 A
318.272 f	Feuille de calcul	8.—	1 A
318.507.02 d	Kreisschreiben über die Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art	1.50 *	
318.507.02 f	Circulaire concernant les mesures de réadaptation d'ordre professionnel	1.50 *	
318.507.04 d	Kreisschreiben über die Prüfung der Rechnungen für individuelle Sachleistungen	— .60 *	
318.507.04 f	Circulaire sur le contrôle des factures pour prestations en nature d'ordre individuel	— .60 *	

318.507.013 d	Klebetektoren zum Kreisschreiben über die Vergütung der Reisekosten in der IV (1. Januar 1964)	1.30 *	
318.507.013 f	Feuillets collants pour la circulaire concernant le remboursement des frais de voyage dans l'AI (1 ^{er} janvier 1964)	1.30 *	
318.535 dfi	Vollmacht — Autorisation — Autorizzazione	4.—	2 B

**Répertoire d'adresses
AVS/AI/APG**

Page 25, Office régional AI, Bellinzone
Nouvelle adresse: Via Pietro da Marliano 4, Bellinzone
Nouveau numéro de téléphone: (092) 5 63 30

JURISPRUDENCE

Assurance-invalidité

RÉADAPTATION

Arrêt du TFA, du 27 novembre 1963, en la cause G. R.

Article 12, 1^{er} alinéa, LAI. Les cures de désintoxication appliquées à des toxicomanes servent au traitement d'une affection évolutive et ne représentent donc pas des mesures médicales de réadaptation au sens de l'article 12 LAI. (Considéranrs 2 et 3.)

Article 7, 1^{er} alinéa, LAI. La rente peut être retirée ou réduite aussi dans le cas d'un assuré atteint de pharmacomanie qui a, intentionnellement ou par faute grave, causé son invalidité. (Considérant 4.)

Articolo 12, capoverso 1 LAI. La terapia disintossicante applicata a maniaci è destinata al trattamento di un'affezione progressiva e non è considerata provvedimento sanitario d'integrazione a sensi dell'articolo 12 LAI. (Considerandi 2 e 3.)

Articolo 7, capoverso 1, LAI. La rendita può essere soppressa o diminuita anche nel caso di un assicurato affetto da farmacomania che, intenzionalmente o per negligenza grave, ha cagionato la propria invalidità. (Considerando 4.)

L'assurée célibataire, née en 1918, avait commencé un apprentissage de couturière pour dames. Ensuite, elle commença, sans les terminer, une école d'infirmière et un apprentissage d'infirmière en psychiatrie. Elle travailla néanmoins en qualité d'infirmière, puis retourna auprès de sa mère en 1958. Depuis lors, elle ne s'est occupée que du ménage. A la suite d'un accident, l'assurée avait dû se soumettre, quelques années plus tôt, à une arthrodèse du genou. Le 21 février 1962, elle eut un nouvel accident; elle tomba dans un escalier et souffrit depuis lors d'un traumatisme crânien. Ayant présenté des troubles psychiques pendant le traitement médical, elle fut soumise à un examen approfondi dans une maison de santé. Le rapport de cet établissement précise que l'assurée souffre de toxicomanie au Persedon depuis plusieurs années, de sorte qu'on ne peut déterminer dans quelle mesure l'altération organique de la personnalité est post-traumatique et dans quelle mesure elle est due à la toxicomanie. Une cure de désintoxication de 3 à 6 mois dans une clinique psychiatrique fut donc proposée. Cette cure pourrait peut-être permettre d'éviter une « chronicité » définitive de la toxicomanie et préserver la capacité de travail de l'assurée. Si les troubles mentaux devaient ne pas diminuer,

mais se révéler irréversibles, la cure de désintoxication serait alors conçue comme un moyen d'enrayer les progrès de la toxicomanie.

En avril 1962, l'assurée s'annonça à l'AI, qui assuma les frais du séjour d'observation dans la maison de santé et accorda une indemnité journalière pendant cette période. Après réception du rapport de la maison de santé, la commission AI fit déterminer le degré d'invalidité de l'assurée pour les travaux du ménage. Vu le résultat de cette enquête, la commission AI décida de refuser l'octroi d'une rente, l'invalidité étant inférieure à 40 pour cent. L'assurée recourut contre la décision de la caisse de compensation. La commission cantonale de recours annula cette décision et demanda à la commission AI « de se prononcer au sujet de l'application des mesures de réadaptation dans le sens de ses considérants ».

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

1. La commission de recours a annulé la décision de refus de la rente et demandé à la commission AI de se prononcer au sujet de l'application des mesures de réadaptation. Sans la cure de désintoxication rendue nécessaire par la toxicomanie au Persedon, il ne saurait être question de réadaptation d'ordre professionnel. C'est pourquoi la commission de recours voulait manifestement laisser entendre que la cure de désintoxication devait être considérée comme une mesure de réadaptation, selon le résultat de laquelle on déterminerait ensuite dans quelle mesure l'abandon de l'activité antérieure d'infirmière est dû à la maladie.

2. Les cures de désintoxication appliquées à des toxicomanes ne constituent pas, selon les dispositions légales, des mesures de réadaptation d'ordre professionnel (art. 8, lettre b, LAI). Elles peuvent uniquement en être une condition préalable. On peut donc se demander seulement si de telles cures constituent des mesures de réadaptation d'ordre médical au sens de l'article 12 LAI.

....

La toxicomanie auto-destructrice est une affection évolutive (processus pathologique labile), jamais un état stabilisé après la guérison de l'affection. Il s'ensuit que la cure de désintoxication doit être considérée comme le traitement de l'affection comme telle, qui relègue au deuxième plan les desseins éventuellement présents de réadaptation, et n'est donc pas à la charge de l'AI.

3. Abstraction faite de ces considérations, il faut relever ce qui suit dans le cas présent: La toxicomanie qui s'est manifestée longtemps avant l'accident de 1962 conduisait vraisemblablement déjà à une altération de la personnalité d'origine toxique. Seule cette toxicomanie, et non les éventuels troubles mentaux post-traumatiques, pouvait être influencée par la cure de désintoxication. La toxicomanie est, semble-t-il, une manifestation d'une prédisposition psychopathique qui, cependant, ne présente pas les symptômes d'une atteinte à la santé mentale par suite d'une maladie au sens de l'article 4 LAI; c'est pourquoi la condition d'invalidité n'est pas remplie. Lorsqu'existent de telles tendances psychopathiques, l'assuré porte, selon la législation de l'AI, la responsabilité de sa toxicomanie; c'est ce que le TFA a admis dans des cas d'alcoolisme, conformément à l'article 7 LAI (ATFA 1962, p. 101 = RCC 1962, p. 404). Or, des mesures de réadaptation ne sont octroyées que si elles peuvent avoir une influence sur l'invalidité, ce qui n'est pas le cas de la cure de désintoxication.

4. Vu que la cure de désintoxication ne constitue pas une mesure de réadaptation, la commission de recours doit se prononcer sur la demande de rente. A ce sujet, on doit aussi examiner si le traitement médical nécessaire, mais apparemment

non encore appliqué, a une influence sur le droit à la rente et si l'article 7 LAI est applicable à l'assurée (selon lequel les prestations peuvent être refusées ou réduites si l'invalidité a été aggravée intentionnellement ou par faute grave). Si l'assurée ne devait pas avoir les moyens personnels pour suivre cette cure de désintoxication ou n'en comprenait pas la nécessité, il faudrait éventuellement solliciter des prestations sociales ou recourir à une mise sous tutelle, mesures que justifierait le rapport officiel.

Arrêt du TFA, du 15 octobre 1963, en la cause H. R.

Articles 69 LAI et 85, 2^e alinéa, lettre b, LAVS. La forme du recours ne doit pas être soumise à des exigences trop strictes. Une déclaration écrite exprimant clairement la volonté du recourant de ne pas accepter la décision suffit. Confirmation de la jurisprudence. (Considérant 1.)

Articles 69 LAI et 85, 2^e alinéa, lettre d, LAVS. S'il y a recours, toute la décision doit, en principe, être réexaminée d'office. (Considérant 1.)

Article 12, 1^{er} alinéa, LAI; article 2, 1^{er} alinéa, RAI. Dans les cas de maladies avec symptômes de paralysie, les actes médicaux jugés nécessaires après le stade aigu et effectués dans une période limitée, pour rétablir ou développer des fonctions corporelles diminuées, sont réputés mesures médicales de réadaptation si leur absence risque d'entraîner une diminution durable et importante de la capacité de gain. (Considérant 2.)

Article 22, 1^{er} et 3^e alinéas, LAI. Vu que le Conseil fédéral n'a édicté aucune prescription particulière concernant l'octroi d'indemnités journalières « pour des jours isolés », ce sont les prescriptions générales qui sont applicables dans ces cas-là. (Considérant 3.)

Articolo 69 LAI; articolo 85, capoverso 2, lettera b, LAVS. La forma del ricorso non deve essere soggetta a delle esigenze troppo severe. Una dichiarazione scritta che manifesta in modo chiaro la volontà del ricorrente di non accettare la decisione è sufficiente. Conferma della giurisprudenza. (Considerando 1.)

Articolo 69 LAI e articolo 85, capoverso 2, lettera d, LAVS. Se è stato presentato ricorso, dev'essere riesaminata d'ufficio, in via di massima, l'intera decisione. (Considerando 1.)

Articoli 12, capoverso 1, LAI e 2, capoverso 1, OAI. Nel caso di malattie con sintomi di paralisi, le cure mediche necessarie dopo lo stadio acuto e eseguite entro un periodo limitato, al fine di ripristinare o migliorare le funzioni fisiche diminuite, sono considerate provvedimenti sanitari d'integrazione, se, omettendo di eseguirle, si arrischierebbe di diminuire in modo sostanziale e duraturo la capacità al guadagno. (Considerando 2.)

Articolo 22, capoversi 1 e 3, LAI. Siccome il Consiglio federale non ha emanato alcuna prescrizione particolare concernente l'assegnazione di indennità giornaliera « per giorni singoli », sono applicabili in detti casi le prescrizioni generali. (Considerando 3.)

L'assuré, né en 1930, est mécanicien de précision et travaille en qualité de contrôleur dans une entreprise. En novembre 1961, à la suite d'une infection fébrile, il

eut une inflammation des racines nerveuses (polyradiculitis) qui laissa des séquelles de paralysie aux muscles du bras et de la main gauches, aux muscles des fesses et de l'abdomen, ainsi qu'aux muscles de la jambe et du pied gauches. Il resta presque trois mois à l'hôpital et fut complètement incapable de travailler jusqu'au début de juin 1962. Le 4 juin 1962, il pouvait reprendre son activité de contrôleur à la demi-journée et le 1^{er} septembre 1962 à plein temps. Dès le 15 janvier 1962, il s'est rendu trois fois par semaine à l'hôpital pour suivre un traitement de gymnastique médicale qui fut continué après la reprise du travail à plein temps. En date du 26 janvier 1962, l'assuré s'est annoncé à l'AI. Par une décision du 6 juin 1962, la caisse de compensation l'informa que la commission AI avait décidé d'assumer les frais de béquilles, mais qu'en revanche elle refusait de prendre à sa charge les mesures médicales, considérées comme le traitement de l'affection comme telle.

L'assuré recourut, disant qu'il n'acceptait pas ce prononcé. En outre, il demandait les prestations suivantes :

- a. Remboursement des frais de taxi pour suivre le traitement de gymnastique médicale à l'hôpital du 15 janvier au 30 avril 1962;
- b. Remboursement des frais d'autobus et de tramway pour se rendre à l'hôpital à partir du 1^{er} mai 1962;
- c. Remboursement de la perte de gain due à l'application de la gymnastique médicale.

La commission cantonale de recours rejeta ce recours.

Le TFA a admis, pour les motifs suivants, l'appel interjeté par l'assuré

1. Le 6 juin 1962, l'assuré fut informé que la commission AI avait décidé, d'une part, de lui accorder des moyens auxiliaires, d'autre part, de lui refuser les mesures médicales. L'assuré ayant clairement exprimé dans son recours qu'il n'était pas d'accord avec le prononcé de la commission AI, c'est évidemment le refus des mesures médicales qui se trouvait attaqué. Comme l'a déjà expliqué le TFA à plusieurs reprises, la forme du recours ne doit pas être soumise à des exigences trop strictes; il suffit que le recours comporte une déclaration écrite exprimant clairement la volonté du recourant de ne pas accepter la décision (ATFA 1961, p. 286 = RCC 1962, p. 284). En outre, lorsqu'il y a recours, toute la décision doit, en principe, être d'office examinée (art. 85, 2^e al., lettre d, LAVS et art. 69 LAI). La commission de recours aurait donc dû se prononcer sur le droit aux mesures médicales même si l'assuré n'avait demandé que des prestations accessoires (remboursement des frais de transport et octroi d'indemnités journalières).

Par économie de procédure, le cas ne sera pas renvoyé à la commission de recours afin de déterminer le droit aux mesures médicales. Ce point sera cependant éclairci dans la présente procédure d'appel.

2. ...

Conformément à la pratique administrative, les actes médicaux jugés nécessaires dans les cas de maladie avec symptômes de paralysie, après le stade aigu, pour rétablir ou développer des fonctions corporelles diminuées, sont réputés mesures médicales de réadaptation si leur absence risque d'entraîner une diminution durable et importante de la capacité de gain. L'OFAS reconnaît comme mesures de réadaptation dans le cas présent — conformément à ladite pratique administrative — les exercices de gymnastique médicale visant à combattre la paralysie. En l'espèce, le TFA n'a aucune raison d'intervenir dans cette pratique administrative.

Le 15 janvier 1962, date à partir de laquelle l'assuré demande la prise en charge des mesures médicales, la phase aiguë était terminée; il s'agissait d'éliminer les séquelles de paralysie qui ne pouvaient être considérées comme un phénomène pathologique labile. En outre, on peut admettre que le traitement de gymnastique médicale, qui s'est déjà révélé efficace chez l'assuré encore jeune, ne devait être répété que pendant une période limitée au sens de l'article 2, 1^{er} alinéa, RAI.

Le fait que les mesures ont été appliquées sans avoir été ordonnées par la commission AI ne s'oppose pas à leur prise en charge. Conformément à l'article 78, 2^e alinéa, RAI (dans la teneur de l'arrêt du Conseil fédéral du 10 juin 1963), l'AI assume les frais de mesures de réadaptation qui, pour des motifs valables, ont dû être exécutées avant que la commission se soit prononcée, à condition que la demande ait été déposée au plus tard six mois après le début de leurs application. L'assuré, après avoir commencé le traitement ambulatoire de gymnastique médicale le 15 janvier 1962, c'est encore annoncé à l'AI le même mois. Il ne pouvait pas attendre le prononcé de la commission AI (fin mai 1962) pour commencer le traitement de gymnastique médicale vu que, en raison de ses charges familiales — il a un ménage avec quatre enfants — il devait reprendre au plus tôt son activité lucrative. En ce qui concerne les mesures qui ont suivi le prononcé de la commission AI et qui représentent, selon le présent arrêt, des mesures médicales de réadaptation, l'article 78, 2^e alinéa, RAI ne peut pas être opposé à l'assuré (ATFA 1962, p. 318 = RCC 1963, p. 122).

3. L'AI doit donc assumer les frais de la gymnastique médicale appliquée à l'hôpital depuis le 15 janvier 1962. En outre, l'assuré a droit, conformément à l'article 51, 1^{er} alinéa, LAI, au remboursement des frais de transport nécessaires à l'application des mesures de réadaptation. En ce qui concerne le montant des prestations (frais des mesures médicales et de transport), la commission AI devra encore se prononcer. Enfin, l'administration devra fixer les indemnités journalières revenant à l'assuré pendant la réadaptation. Conformément à l'article 22, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré a droit à une indemnité journalière pendant la réadaptation si, durant trois jours consécutifs au moins, il est empêché par les mesures de réadaptation d'exercer une activité lucrative ou présente une incapacité de travail d'au moins 50 pour cent. Dans le cas présent, il en résulte qu'à partir du 15 janvier 1962 et pendant toute la période d'incapacité de travail de 50 pour cent au moins — qui semble aller jusqu'à la fin d'août 1962 — l'indemnité journalière doit être accordée. En revanche, pour la période ultérieure, aucune indemnité journalière ne doit être accordée, vu que l'assuré n'était pas empêché d'exercer une activité lucrative pendant trois jours consécutifs au moins (l'assuré se rendait trois fois par semaine à l'hôpital et ne perdait chaque fois que deux heures). Certes, le Conseil fédéral est compétent pour fixer les conditions auxquelles des indemnités journalières pourront être allouées « pour des jours isolés » (art. 22, 3^e al., LAI); cependant il n'a pas fait usage de cette compétence; c'est donc la règle générale de l'article 22, 1^{er} alinéa, LAI qui est applicable.

4. ...

Arrêt du TFA, du 19 septembre 1963, en la cause E.P.

Articles 21, 1^{er} alinéa, LAI et 15, 2^e alinéa, RAI. Si un assuré demande à l'AI un véhicule à moteur personnel pour se rendre à son travail, sa faculté de se déplacer étant sensiblement réduite, peu importe que ces

difficultés-là soient causées par une infirmité de l'appareil locomoteur ou par d'autres affections.

Articoli 21, capoverso 1, LAI e 15, capoverso 2, OAI. Se un assicurato domanda all'AI un veicolo a motore personale per recarsi sul posto di lavoro, essendo la sua facoltà di spostarsi seriamente ridotta, non importa che queste difficoltà siano causate da un'infirmità dell'apparato locomotore o da altre affezioni.

L'assuré a été atteint de poliomyélite en 1940, à l'âge de 18 ans, et de tuberculose pulmonaire en 1945, avec rechute dix ans plus tard. Les séquelles de ces affections se traduisent par une diminution de la surface respiratoire, par suite notamment d'une scoliose (déviation de la colonne vertébrale) et d'une paralysie de la musculature abdominale. Une paralysie des jambiers antérieurs n'entraîne guère qu'un certain manque d'équilibre dans les montées, et la marche se fait sans canne. L'intéressé est demeuré en outre sujet à des bronchites récidivantes. — Après avoir commencé un apprentissage d'appareilleur, interrompu par la maladie, puis exercé divers métiers, l'assuré a suivi un stage dans un centre de réadaptation. Il travaille depuis 1957 comme ouvrier tourneur dans une entreprise où il gagne normalement sa vie. Ayant dû quitter l'appartement qu'il occupait jusqu'alors, il est domicilié depuis le 1^{er} avril 1962 à quelque 2,5 km. de l'entreprise. Le 4 septembre 1961, l'assuré a requis des prestations de l'AI sous forme d'un véhicule à moteur pour effectuer les trajets de son domicile à son lieu de travail. La Commission AI en a référé à l'OFAS. Celui-ci a estimé cependant que les séquelles de poliomyélite n'obligeaient pas l'assuré à utiliser un véhicule à moteur personnel pour se rendre au travail, et que sa faculté de se déplacer n'était pas sensiblement réduite. Suivant ces instructions, la commission a rendu un prononcé négatif.

L'assuré a recouru, invoquant en particulier la distance qui séparait son domicile de son lieu de travail et alléguant qu'il ne pouvait faire en tram que la moitié à peine du trajet. Il a produit en outre une déclaration de son médecin traitant, qui insistait notamment sur les troubles de la ventilation pulmonaire et les dangers de bronchites, sur l'impossibilité de rentrer à domicile pour le repas de midi sans véhicule à moteur et sur l'importance d'un tel repas pour se maintenir en santé. L'autorité cantonale de recours a estimé que les séquelles dont souffrait le recourant limitaient sensiblement sa faculté de se déplacer; qu'il ne pourrait garder son emploi sans l'obligeance d'automobilistes, qui bien souvent le transportaient, d'autant plus que l'horaire de travail ne lui permettrait même pas de rentrer chez lui pour le repas de midi; que les conditions d'octroi d'une voiture automobile étaient réalisées. Aussi a-t-elle admis le recours et reconnu à l'assuré le droit à la remise en prêt d'un véhicule à moteur par l'AI.

Le TFA a admis pour les motifs ci-après l'appel formé contre ce jugement par l'OFAS:

1. Les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit, autant qu'ils remplissent les conditions légales, « aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à améliorer leur capacité de gain, à la rétablir, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage » (art. 9, 1^{er} al. LAI). Les mesures de réadaptation que l'AI prend ainsi à sa charge comprennent notamment l'octroi de moyens auxiliaires (art. 8, lettre d, LAI).

Aux termes de l'article 21 LAI, l'assuré peut prétendre les moyens auxiliaires « qui sont nécessaires à sa réadaptation à la vie professionnelle et qui figurent dans

une liste que dressera le Conseil fédéral». La liste dressée par le Conseil fédéral figure à l'article 14 RAI; celui-ci prévoit, sous lettre g, la remise aux invalides de véhicules adaptés à leur infirmité, véhicules dans l'énumération desquels figurent les voitures automobiles légères. L'article 15, 2^e al., RAI précise à ce propos que des véhicules à moteur sont fournis « aux seuls assurés qui peuvent d'une manière durable exercer une activité leur permettant de couvrir leurs besoins et qui ne sont pas en mesure de se rendre à leur travail sans un véhicule à moteur personnel ». Le texte allemand de cette disposition réglementaire ajoute, ce que ne font pas les textes français et italien, que la faculté de se déplacer de l'assuré doit être sensiblement réduite (« Wegen wesentlicher Gehbehinderung »).

L'OFAS soutient que seule une atteinte des jambes, empêchant l'assuré de se rendre au travail sans véhicule à moteur personnel, satisfait aux conditions mises par l'article 15, 2^e alinéa RAI à l'octroi d'un tel véhicule. Le juge cantonal conteste cependant à juste titre que la réduction de la faculté de se déplacer doive nécessairement provenir de l'état des jambes, à l'exclusion de toute autre infirmité. Ainsi que le TFA l'a reconnu dans des arrêts récents (voir arrêts F. H. du 2 septembre 1963, RCC 1963, p. 39, et J. F. du 10 septembre 1963, RCC 1963, p. 34), l'interprétation donnée par l'OFAS est trop restrictive. Elle crée une inégalité flagrante, en favorisant les seuls assurés qui souffrent de troubles des organes locomoteurs et en désavantageant, sans motif valable, ceux que d'autres atteintes rendent incapables de se déplacer par leurs propres moyens. Elle ne répond ainsi ni au sens des articles 9, 1^{er} al., et 21, 1^{er} al., LAI, ni aux termes des textes français et italien de l'article 15, 2^e al., RAI. Cette dernière disposition doit bien plutôt être déclarée applicable dès que, selon les constatations médicales, un véhicule à moteur est indispensable à l'invalidé pour se rendre au travail; peu importe, à cet égard, que la faculté de se déplacer soit limitée par des troubles de la déambulation proprement dite ou par d'autres infirmités.

2. Dans l'espèce, l'assuré travaille à plein temps comme ouvrier tourneur et peut exercer une activité lui permettant de couvrir ses besoins. Son emploi dans une entreprise durant depuis environ 6 ans, et rien n'en laissant prévoir la cessation, le caractère durable de cette activité est manifeste. La première des conditions mises par l'article 15, 2^e al., RAI à l'octroi d'un véhicule à moteur est ainsi réalisée, et il reste à voir si les infirmités de l'intimé rendent un véhicule nécessaire au sens des dispositions légales. Contrairement à l'avis du juge cantonal, il apparaît fort peu probable que tel soit le cas; la question ne peut cependant être tranchée définitivement en l'état, et sa réponse exige des compléments d'informations par les organes administratifs de l'AI.

Les troubles de la démarche ne se traduisent guère que par un certain manque d'équilibre dans les montées; aux termes d'un rapport d'enquête du 6 février 1962, l'assuré dit qu'il marche normalement au plat et à la descente. Le médecin traitant déclare d'ailleurs que ces troubles sont « sans importance ». Le dossier n'indique pas si le trajet que l'intimé ne peut accomplir avec des moyens de transports publics — trajet d'environ 1300 mètres, selon le jugement cantonal — présente des dénivellations importantes; cela étant, et sous réserve de vérification par les organes de l'assurance, l'atteinte des jambes ne saurait de toute évidence justifier l'octroi d'un véhicule à moteur.

Le médecin traitant met, il est vrai, l'accent sur la diminution de la surface respiratoire, par suite notamment d'une scoliose et d'une paralysie de la musculature abdominale. Toutefois, l'expérience montre que seules des réductions très considérables de la capacité vitale peuvent constituer une entrave sensible à des

déplacements de cet ordre. Or, l'ampleur de cette réduction n'est pas connue en l'espèce, et les indications du médecin traitant laissent bien plutôt supposer que la capacité vitale de l'assuré n'est pas réduite à un degré tel que l'usage des transports publics et le parcours du reste du trajet à pied en deviendraient impossibles, ou pour le moins pénibles au point d'être inexigibles. Il incombe néanmoins à la commission AI — qui ne l'a pas fait, l'autorité administrative de surveillance ayant interprété d'une manière restrictive la notion de « faculté de se déplacer sensiblement réduite » — d'examiner la situation de plus près et de requérir à cet effet toutes données médicales utiles.

Quant aux dangers de refroidissements et de bronchites et à l'impossibilité de rentrer à domicile pour le repas de midi, ils ne pourraient justifier l'octroi d'une voiture automobile que si l'assuré n'était pas en mesure de se rendre à son travail sans s'exposer, de ce fait, à la menace aiguë d'une diminution notable et de longue durée de sa capacité de gain. En effet, selon les dispositions légales — dans le cadre desquelles s'insèrent les prescriptions réglementaires — les conditions de l'octroi de moyens auxiliaires sont l'existence ou l'imminence d'une incapacité de gain et la nécessité de tels moyens pour réadapter l'assuré à la vie professionnelle, ou tout au moins pour sauvegarder une réadaptation acquise. Or, si les dangers de refroidissements et de bronchites excluent l'usage d'une motocyclette ou d'un vélomoteur — que le médecin déconseille résolument — ils ne semblent guère devoir interdire la marche sur des parcours relativement brefs. Il est invraisemblable, en outre, que la santé et la capacité de gain de l'assuré soient mis en péril par l'obligation de prendre le repas de midi non pas à domicile, mais au lieu de travail ou dans ses environs immédiats; de très nombreux ouvriers en Suisse agissent ainsi, et l'intimé aurait sans doute la faculté de le faire également. Seule une enquête complémentaire, à laquelle il appartient aux organes de l'AI de procéder, permettra cependant de faire toute la clarté voulue à cet égard.

PROCÉDURE

Arrêt du TFA, du 19 décembre 1963, en la cause I. O.

Articles 46 LAI et 66 RAI. En introduisant une demande de prestations, l'assuré ou son représentant légal exerce un droit qui lui est propre. En revanche, les autres personnes ou autorités énumérées à l'article 66 RAI ne peuvent agir que pour le compte de l'assuré ou de son représentant légal, c'est-à-dire à sa place et jamais contre sa volonté manifeste.

Articoli 46 LAI e 66 OAI. Presentando una richiesta di prestazioni, l'assicurato o il suo rappresentante legale esercita un diritto proprio. Per contro le altre persone o autorità enumerate all'articolo 66 OAI, possono agire soltanto per conto dell'assicurato o del suo rappresentante legale, vale a dire, in sua vece e mai contro la sua volontà manifesta.

L'assurée, née en 1948, est atteinte de débilité mentale (quotient d'intelligence de 65 seulement) et fréquente la classe des travaux pratiques de l'école spéciale. En dépit de l'insistance des autorités scolaires, le père de l'adolescente n'a pas voulu

présenter de demande à l'AI en vue d'obtenir des prestations en faveur de son enfant. Ce que voyant, la direction des écoles de la commune en prit l'initiative, au mois de novembre 1962, et demanda le versement — entre ses mains — d'un subside pour la formation scolaire spéciale de l'assurée. Vu l'opposition du père de l'assurée, la commission AI refusa les prestations. La caisse de compensation notifia cette décision à la fois au père de l'assurée et à la direction des écoles communales. La commission cantonale de recours rejeta le recours interjeté par la direction des écoles.

Le TFA a également rejeté l'appel de la direction des écoles. Voici ses considérants :

1. ...

2. Il est incontesté que l'exercice du droit à des prestations de l'AI exige la présentation d'une demande (art. 46 LAI) et que la qualité pour agir est déterminée par l'article 66 RAI. La question litigieuse porte, en l'espèce, uniquement sur l'interprétation qu'il convient de donner à cette règle, à savoir sous quelles conditions l'autorité qui assiste ou prend soin de l'assuré est habilitée à faire valoir son droit « pour lui » ou son représentant légal.

La présentation de la demande prévue à l'article 46 LAI n'a pas d'autre but que de faire valoir un droit vis-à-vis de l'assurance. Il s'agit donc d'une déclaration de volonté faite à cette fin et, par conséquent, d'un acte de libre disposition. Seuls « l'assuré ou son représentant légal » exercent toutefois, en vertu de l'article 66 RAI, un droit qui leur est propre. Les autres personnes ou autorités qualifiées pour agir en vertu des dispositions réglementaires précitées ne le sont que « pour » l'assuré ou son représentant légal, c'est-à-dire à sa place. Par conséquent, les organes de l'AI ne peuvent être obligés de prendre en considération une telle déclaration de volonté faite « pour » une personne possédant l'exercice des droits civils, quand celle-ci ne veut manifestement ni intervenir, ni charger autrui d'agir à sa place. Les motifs parfaitement compréhensibles de l'appelante ne peuvent en rien changer cette situation juridique claire.

Arrêt du TFA, du 5 juillet 1963, en la cause F. W.

Articles 81 LAI et 97, 1^{er} alinéa, LAVS. Si l'assuré fait valoir un changement de l'état de fait qui soit de nature à modifier la situation de droit, la caisse de compensation est tenue de rendre une nouvelle décision sujette à recours, même si cette dernière ne fait que confirmer une décision antérieure. (Considérant 2.)

Article 51, 1^{er} alinéa, LAI. Les frais de voyage ne doivent être remboursés que s'ils sont nécessaires à l'exécution de mesures de réadaptation. Les instructions de l'OFAS sur le remboursement des frais de voyage de l'enfant qui est placé dans une école spéciale et va faire visite à ses parents ne sortent pas de ce cadre. (Considérant 3.)

Articoli 81 LAI e 97, capoverso 1, LAVS. Se l'assicurato fa valere un cambiamento della situazione di fatto tale da modificare la situazione di diritto, la cassa di compensazione deve emanare una nuova decisione suscettibile di ricorso, anche se quest'ultima non fa altro che confermare una decisione anteriore. (Considerando 2.)

Articolo 51, capoverso 1, LAI. Si devono rifondere unicamente le spese di

viaggio necessarie all'esecuzione dei provvedimenti d'integrazione. Le istruzioni dell'UFAS concernenti la rifusione delle spese di viaggio dell'allievo di una scuola speciale che si reca a visitare i genitori restano nell'ambito di questa disposizione. (Considerando 3.)

L'assurée, née en 1953, atteinte de surdité et de mutité, suit depuis mai 1959 les cours d'un institut spécialisé dont elle est interne. Son père a demandé à l'AI des subsides pour la formation scolaire spéciale et la prise en charge des frais de déplacement de l'enfant, ainsi que de la personne qui l'accompagne, depuis l'institut jusqu'au domicile des parents deux fois par mois. Suivant le prononcé de la commission AI, la caisse de compensation a rendu le 16 mai 1960 une décision accordant un subside de cinq francs par jour aux frais d'école et de pension, ainsi que le remboursement des frais de voyage de l'institut au domicile une fois par mois au plus, pour l'enfant et la personne qui l'accompagne. Elle précisait que les frais de voyage de la personne accompagnante seraient pris en charge seulement jusqu'au moment où l'enfant serait à même de voyager seule, cette question devant être revue à fin 1962. La décision n'a pas été attaquée.

Le 25 mai 1962, le père de l'assurée a demandé la révision de la décision du 16 mai 1960, et réclamé la prise en charge des frais effectifs de deux voyages par mois, dès le 1^{er} avril 1960. La caisse de compensation a rejeté cette demande et confirmé sa décision du 16 mai 1960. L'autorité cantonale de recours a admis partiellement le recours interjeté contre cette décision en mettant à la charge de l'AI, dès le 25 mai 1962, sans préjudice d'une solution plus favorable que la caisse pourrait adopter dès le 31 décembre 1962, le coût de deux voyages par mois, la décision du 16 mai 1960 (un voyage par mois) étant maintenue en ce qui concerne les frais de voyage de la personne accompagnante.

Le TFA a admis l'appel de l'OFAS, interjeté contre ce jugement, en relevant notamment ce qui suit:

1. L'OFAS conteste l'exactitude du jugement cantonal d'un double point de vue. Il soutient, d'une part, que la décision administrative attaquée, du 5 octobre 1962, n'ouvrait pas de nouveau délai de recours en ce qui concerne les frais de voyage, que le premier juge est donc à tort entré en matière sur ce chef de conclusions; d'autre part, que le remboursement ne peut s'étendre à plus d'un voyage par mois et que le jugement est par conséquent erroné quant au fond également.

2. Les décisions des caisses de compensation passent en force de chose jugée si elles ne font pas l'objet d'un recours dans les trente jours dès leur notification (art. 84 et 97, 1^{er} al., LAVS, applicables par analogie en vertu des art. 69 et 81 LAI). Le juge ne peut alors plus les revoir, et la caisse n'a pas davantage la faculté d'ouvrir un nouveau droit de recours en rendant une nouvelle décision identique à la décision antérieure non attaquée en temps utile.

Il est cependant deux circonstances dans lesquelles, nonobstant l'entrée en force de sa première décision, la caisse a l'obligation de rendre une décision susceptible de recours. Il s'agit:

a. De la découverte de faits ou moyens de preuve nouveaux. Aux termes de la jurisprudence et par analogie avec les règles relatives à la révision des jugements (art. 85, 2^e al., lettre h, LAVS et 69 LAI; voir par exemple RCC 1957, p. 368 et 1963, p. 273), la caisse doit — à la demande de l'assuré — revenir sur sa décision en cas de découverte de faits ou moyens de preuve nouveaux (ou encore de crime ou délit ayant influencé la décision).

b. De changement de l'état de fait. Une décision ne vaut en effet que pour un état de fait donné. Si l'assuré fait valoir un changement de cet état de nature à modifier la situation de droit, la caisse non seulement peut, mais encore doit rendre une décision. Ce principe général est précisé en diverses matières par des dispositions particulières (voir p. ex. les art. 41 LAI et 86 à 88 RAI en matière de rentes et d'allocations pour impotents). La décision que doit rendre la caisse sera positive, si le nouvel état de fait modifie effectivement la situation de droit; elle sera négative si après examen cette situation ne s'en trouve pas modifiée. Dans l'un comme dans l'autre cas, la voie de recours sera ouverte.

Dans l'espèce, il n'y a pas eu découverte de faits ou moyens de preuve normaux au sens de la lettre a ci-dessus. A l'époque de la décision du 16 mai 1960 déjà, il était connu que l'enfant rentrait chez ses parents tous les quinze jours — voyage dont l'indemnisation était demandée dans la requête du 25 janvier 1960 — et que la possibilité ultérieure de retours hebdomadaires était envisagée. Aussi le juge cantonal ne s'est-il pas placé sur ce terrain, mais sur celui du changement de l'état de fait au sens de la lettre b ci-dessus. Postérieurement à la décision du 16 mai 1960, en effet, l'enfant n'a plus eu besoin d'être accompagnée par un adulte sur une partie du trajet dès l'automne 1961; l'institut a proposé à cette même époque un retour par semaine et cette proposition a été adoptée depuis septembre 1962, l'enfant voyageant désormais seule. On peut admettre, ainsi que l'a fait l'autorité de première instance, que ces éléments invoqués par l'assurée dans sa demande du 25 mai 1962 rendaient plausible un changement de l'état de fait de nature à modifier la situation de droit, que la caisse devait dès lors rendre une décision susceptible de recours — alors même que l'examen auquel elle a procédé l'amenait à maintenir la solution antérieure — que le juge cantonal pouvait par conséquent entrer en matière sur le recours interjeté contre cette décision. Il n'est toutefois pas nécessaire d'examiner plus attentivement les modalités de cette entrée en matière, l'appel de l'OFAS devant être admis pour des raisons matérielles.

3. Aux termes de l'article 51, 1^{er} alinéa, LAI, sont remboursés à l'assuré les frais de voyage en Suisse « nécessaires à l'examen du bien-fondé de la demande et à l'exécution des mesures de réadaptation ». L'article 90, 1^{er} alinéa, RAI précise que les dépenses remboursées comprennent « les frais de transport, un viatique et les frais accessoires indispensables, notamment les frais de transport et le viatique pour la personne qui doit nécessairement accompagner l'invalidé ».

Pour l'enfant placé dans un internat, seuls sont en règle générale nécessaires à l'exécution des mesures de réadaptation les frais de voyage occasionnés par la fréquentation de l'école, c'est-à-dire par le début et la fin des périodes d'enseignement (début et fin du trimestre ou semestre), ainsi que par les congés de longue durée (p. ex. vacances de Noël ou de Pâques). L'AI ne peut être tenue à de plus amples prestations que dans des cas exceptionnels, où des voyages plus fréquents seraient la condition même de l'exécution des mesures de réadaptation. La circulaire de l'OFAS, du 1^{er} septembre 1961, sur le remboursement des frais de voyage dans l'AI considère cependant que des visites réciproques peuvent être nécessaires pour maintenir le contact entre l'enfant et la maison paternelle durant une formation scolaire spéciale en internat; elles posent pour règle le remboursement des frais d'un voyage par mois pour l'assuré et, le cas échéant, pour la personne accompagnante. Cette règle pratique, qui tend à garantir une égalité de traitement au sein de l'internat, répond à une application des normes légales que l'on peut tenir en principe pour raisonnable, bien qu'extensive. Elle ne lie certes pas le juge; celui-ci n'a cependant lieu de s'en écarter que si elle n'est manifestement pas adaptée aux faits juridiques déterminants. Or, tel n'est manifestement pas le cas dans l'espèce, où l'administration n'a pas outrepassé son pouvoir d'appréciation en

appliquant la règle posée et en limitant ainsi à un par mois le nombre des voyages dont les frais sont assumés par l'AI.

Sans doute est-il concevable, voire vraisemblable, que des contacts plus fréquents entre l'enfant et ses parents deviennent souhaitables à un certain âge. Si la directrice de l'institut estimait en 1960 que des voyages hebdomadaires empêcheraient l'enfant de se stabiliser et de bénéficier au maximum de l'instruction reçue, elle relève dans une lettre qui a été adressée le 2 mars 1963 au père de l'intimée la nécessité éducative et caractéristique de telles visites. Il n'en découle toutefois pas que cette exigence serait la condition même de l'exécution des mesures de réadaptation aux frais desquelles l'AI doit participer, tout au moins pour la période en cause; et les organes de l'assurance étaient en droit d'admettre, au moment où ils ont été appelés à se prononcer, que les circonstances ne nécessitaient ni ne justifiaient une dérogation à la règle — généreuse et en soi déjà exceptionnelle — posée par les instructions administratives.

Arrêt du TFA, du 26 novembre 1963, en la cause H. K.

Articles 69 et 81 LAI, 84 et 97 LAVS. La décision concernant des mesures de réadaptation n'est valable que pour l'état de fait existant au moment où elle a été rendue. Si des faits nouveaux se produisent, qui soient de nature à modifier la situation de droit, l'administration doit, à la demande de l'assuré, rendre une nouvelle décision sur lesdites mesures. Confirmation de la jurisprudence. (Considérant 1.)

Articles 69 et 81 LAI, 84 et 97 LAVS. L'aggravation de l'état de santé n'est pas nécessairement considérée comme un fait nouveau si elle est inhérente à l'affection et prévisible. (Considérant 2.)

Articles 81 LAI et 97 LAVS. Il appartient aux organes de l'administration de déterminer, eu égard aux exigences de leurs fonctions, si une décision formellement passée en force doit être reconsidérée ou non. L'OFAS peut aussi leur adresser des directives appropriées. Confirmation de la jurisprudence. (Considérant 3.)

Articoli 69 e 81 LAI, 84 e 97 LAVS. La decisione concernente i provvedimenti d'integrazione è valida soltanto per la situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata emanata. Se si sono avverati dei nuovi fatti tali da modificare la situazione di diritto, l'amministrazione deve emanare, su richiesta dell'assicurato, una nuova decisione sui nuovi provvedimenti d'integrazione. Conferma della giurisprudenza. (Considerando 1.)

Articoli 69 e 81 LAI, 84 e 97 LAVS. Il peggioramento dello stato di salute non è considerato come un fatto nuovo se è inerente all'affezione e se, per esperienza, era prevedibile. (Considerando 2.)

Articoli 81 LAI e 97 LAVS. Spetta agli organi dell'amministrazione di stabilire, nell'ambito delle loro mansioni, se una decisione che ha formalmente acquistato forza di cosa giudicata, deve essere riesaminata o meno. L'UFAS può tuttavia impartir loro delle corrispondenti direttive. Conferma della giurisprudenza. (Considerando 3.)

L'assuré, qui est né en 1907 et souffre d'une grave coxarthrose, a présenté une demande de prestations à l'AI. Dans son rapport, le médecin déclara qu'à plusieurs

reprises, il avait déjà conseillé une opération. La clinique proposa également l'opération, en soulignant que les douleurs étaient devenues si aiguës que le patient se trouverait probablement, dans quelques mois, dans l'impossibilité de poursuivre son travail. Par décision du 20 novembre 1961, la caisse de compensation refusa de prendre en charge l'opération proposée, celle-ci ne pouvant être considérée comme une mesure de réadaptation. Cette décision ne fut pas attaquée et passa en force.

En septembre 1962, l'assuré fit derechef valoir ses prétentions auprès de l'AI. La commission AI refusa d'entrer en matière, l'assuré n'ayant allégué aucun fait qui n'eût été déjà connu lors du premier examen de novembre 1961. La caisse de compensation notifia ce prononcé de la commission AI à l'assuré le 19 novembre 1962 sous forme de décision. L'assuré recourut auprès de la commission cantonale de recours qui, le 10 juillet 1963, rejeta le recours et confirma la décision attaquée.

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

1. Les décisions des caisses de compensation passent en force si elles ne sont pas attaquées dans les 30 jours dès leur notification (art. 84 et 97, 1^{er} al., LAVS applicables par analogie en vertu des articles 69 et 81 LAI). A l'échéance de ce délai, le juge ne peut plus les revoir. L'administration n'a pas non plus la faculté d'ouvrir à l'intéressé un nouveau droit de recours en rendant une nouvelle décision identique à la décision antérieure passée en force; il faut éviter en effet qu'une nouvelle décision ne serve qu'à faire naître un délai de recours qui n'a pas été observé. Toutefois, les décisions portant sur des mesures de réadaptation ne valent que pour l'état de fait existant au moment où elles ont été rendues. Si des faits nouveaux susceptibles de conduire à des conclusions juridiques différentes apparaissent, l'administration est tenue, à la demande de l'assuré, de se prononcer à nouveau sur les mesures de réadaptation demandées (cf. arrêt en la cause F. W., RCC 1964, p. 123).

2. En l'espèce, la décision du 20 novembre 1961 refusant les mesures médicales demandées a passé en force, car elle n'a pas été attaquée dans le délai de 30 jours. La commission AI a écarté la nouvelle requête de l'assuré par un refus d'entrer en matière, jugeant qu'aucun fait nouveau n'était survenu depuis lors. Cette décision de non-entrée en matière a été confirmée par l'autorité cantonale de recours, à juste titre, car l'aggravation de l'état de santé alléguée par l'assuré ne doit pas être considérée comme un fait nouveau. Au moment de son premier prononcé, la commission AI savait, par le rapport médical, que la santé de l'assuré s'aggraverait probablement dans un proche avenir. La réalisation de ce pronostic ne constitue pas un changement de l'état de fait. En effet, lorsque l'aggravation de l'état de santé est inhérente à l'affection elle-même et prévisible, on ne peut affirmer, lorsqu'elle survient, qu'il s'agit d'un fait nouveau. On ne peut pas en conclure non plus que l'assuré se trouve dans une situation nouvelle. En effet, l'opération lui a été recommandée à plusieurs reprises et le diagnostic du médecin lui est sans doute connu depuis longtemps. L'appel s'avère ainsi non fondé.

3. Quant à savoir si la commission AI peut revenir sur son premier prononcé refusant des mesures médicales, c'est une autre question. Tel est le cas lorsque la première décision passée en force quant à la forme était indubitablement erronée et que la correction à apporter revêt une importance appréciable. Le juge ne peut toutefois pas l'y obliger. Il appartient aux organes de l'administration de déterminer, eu égard aux exigences de leurs fonctions, si une décision formellement passée en force doit être reconsidérée ou non. L'OFAS peut aussi leur donner des directives appropriées. (ATFA 1963, p. 86; RCC 1963, p. 273).

Allocations familiales

Arrêt du TFA, du 4 décembre 1963, en la cause M. S.

Article 9, 1^{er} alinéa, LFA. Le cumul des rentes d'orphelins de l'AVS et des allocations pour enfants prévues par la LFA est en principe admis. (Considérant 1.)

Droit aux allocations pour les enfants recueillis en cas de paiement de rentes d'orphelins de l'AVS. (Considéran^ts 2 et 3.)

Articolo 9, capoverso 1, LFA. La cumulazione delle rendite per orfani dell'AVS e degli assegni per i figli della LFA è, in via di principio, ammessa. (Considerando 1.)

Diritto agli assegni per i figli elettivi nel caso di pagamento di rendite per orfani dell'AVS. (Considerandi 2 e 3.)

En avril 1960, les époux S., exploitants d'un domaine agricole, ont recueilli dans leur ménage, pour une durée indéterminée, deux enfants (frère et sœur) nés en 1948 et 1949. Les parents par le sang sont divorcés; ils ne se préoccupent pas de leurs enfants et ne versent pas non plus de contribution d'entretien. Parce que des démarches seraient apparemment demeurées sans résultats, ni les parents nourriciers, ni l'autorité tutélaire compétente n'ont essayé d'amener les parents par le sang à remplir leurs obligations alimentaires. Dans ces conditions, ce sont les parents nourriciers qui ont assumé entièrement les frais d'entretien des deux enfants. Le 13 mars 1962, le père nourricier est mort. Sa veuve a simplement continué à garder les enfants recueillis auprès d'elle. Depuis le 1^{er} avril 1962, elle reçoit pour chacun d'eux, conformément aux articles 28, 3^e alinéa, LAVS et 49 RAVS, une rente simple d'orphelin de 55 francs par mois. La veuve a demandé les allocations prévues par la LFA pour les enfants recueillis. La caisse de compensation a refusé de faire droit à cette requête, en invoquant l'article 9, 1^{er} alinéa, lettre c, LFA; selon cette disposition, les allocations ne peuvent être octroyées que pour les enfants recueillis à l'entretien et l'éducation desquels l'allocataire pourvoit gratuitement et de façon durable. Etant donné que la veuve reçoit des rentes d'orphelins pour les enfants recueillis, elle n'est pas réputée pourvoir gratuitement à leur entretien.

La commission cantonale de recours a rejeté le recours déposé par la mère nourricière contre la décision de la caisse du 22 février 1963. Dans l'essentiel, elle a fait valoir ce qui suit: Selon la jurisprudence du TFA (arrêt en la cause Z., ATFA 1958, p. 202), l'entretien d'un enfant recueilli demeure gratuit si les prestations versées par des tiers représentent moins du quart de l'ensemble des frais nécessités par l'entretien de l'enfant recueilli. Il est évident que les rentes d'orphelins servies pour les enfants recueillis doivent être assimilées à des prestations de tiers, parce que ces rentes remplacent les contributions d'entretien que les parents ou l'un d'eux ont fournies de leur vivant. En l'occurrence, il n'y a pas de doute que les

rentes mensuelles de 55 francs chacune couvrent actuellement plus d'un quart des frais occasionnés par l'entretien des deux enfants. Les enfants recueillis n'étant dès lors pas entretenus gratuitement, les allocations pour enfants ne peuvent pas être versées conformément à l'article 9, 1^{er} alinéa, LFA.

Le TFA a admis l'appel interjeté par l'OFAS contre ce jugement, pour les motifs suivants:

1. La LFA ne contient aucune disposition interdisant l'obtention simultanée de rentes d'orphelins de l'AVS *et* d'allocations pour enfants. On peut en conclure que la loi, bien que ne le statuant pas expressément, admet en principe le cumul de ces deux prestations d'assurance. Comme le fait remarquer maintenant à juste titre l'OFAS, précisant ainsi sa manière de voir exprimée dans un précédent appel (voir arrêt du TFA en la cause R., du 9 septembre 1957), ce principe n'est toutefois pas valable sans aucune restriction: Lorsqu'il s'agit d'enfants recueillis, l'article 9, 1^{er} alinéa, lettre c, LFA, qui subordonne dans ce cas le droit aux allocations à des conditions spéciales, l'emporte évidemment sur le principe général. Aux termes de cette disposition, les enfants recueillis ne donnent droit aux allocations que si l'allocataire pourvoit gratuitement et de façon durable à leur entretien et éducation.

2. En l'occurrence, est seule litigieuse la question de savoir s'il y a gratuité ou non. A l'avis de la caisse et de l'autorité inférieure de recours, il n'y aurait pas gratuité, car les rentes d'orphelins servies aux deux enfants depuis la mort de leur père nourricier doivent être assimilées à des prestations versées par des tiers.

L'OFAS estime, en revanche, qu'une telle assimilation ne saurait être admise dans tous les cas.

3 a. Si, par suite du décès de ses parents par le sang ou de l'un d'eux, une rente d'orphelin est attribuée à un enfant recueilli, cette rente remplit la fonction d'une pension lorsqu'elle sert à couvrir les frais d'entretien de cet enfant. Ce n'est pas en vertu du droit des assurances que les parents nourriciers peuvent alors prétendre la rente d'orphelin; leur prétention éventuelle est bien plutôt fondée sur le contrat civil d'entretien passé avec le détenteur de la puissance paternelle, le cas échéant avec le tuteur ou l'autorité tutélaire compétente. Dans une pareille hypothèse, la rente d'orphelin doit donc être assimilée aux contributions d'entretien versées par des tiers et, partant, les parents nourriciers n'ont pas droit aux allocations pour enfants, l'enfant recueilli ne pouvant être considéré comme entretenu gratuitement, dans la mesure du moins où la rente d'orphelin couvre plus du quart de l'ensemble des frais d'entretien.

3 b. Autre est la situation lorsque la rente d'orphelin est versée à un enfant recueilli en raison du fait que l'un des parents nourriciers est décédé, comme c'est le cas en l'espèce. La rente remplace alors la contribution personnelle de ce parent à l'entretien de l'enfant. Si l'enfant était entretenu gratuitement jusque là et que l'époux survivant continue à s'en occuper aux mêmes conditions, l'attribution de la rente en question ne confère pas à l'entretien un caractère onéreux. Le versement d'une rente d'orphelin en cas de décès de l'un des parents nourriciers suppose, certes, que l'enfant ait joui gratuitement du statut d'enfant recueilli au moment de ce décès (art. 49, 1^{er} al., RAVS). Une telle rente est donc en quelque sorte assimilable à une indemnité pour le parent nourricier qui, dorénavant, s'occupe seul — et non plus avec son conjoint — de l'enfant recueilli.

La caisse de compensation verse des rentes d'orphelins pour les deux enfants, conformément à l'article 49, 1^{er} alinéa, RAVS. Elle considère donc que les enfants recueillis sont entretenus gratuitement et cela avec raison, vu l'état de fait donné.

La mère nourricière a donc droit aux allocations pour les deux enfants recueillis. L'autorité inférieure de recours est, du reste, également arrivée plus tard elle-même à cette conclusion, après avoir reconnu que les rentes d'orphelins pour les enfants en cause n'étaient pas payées — comme le jugement l'admettait par erreur — en raison du décès des parents par le sang ou de l'un d'eux, mais du fait de la mort du père nourricier. La rente, qui prend alors la place des prestations d'entretien fournies par le père nourricier, ne peut évidemment pas donner un caractère onéreux à l'entretien des enfants recueillis.

OFFICE FÉDÉRAL DES ASSURANCES SOCIALES

**Feuillets collants et modèles
pour
la circulaire concernant le remboursement
des frais de voyage dans l'AI**

(valables dès le 1^{er} janvier 1964)

Numéro de commande: 318.507.013

Prix: Fr. 1.30

AVS / AI / APG

**Liste des textes législatifs,
des conventions internationales,
et des instructions
de l'Office fédéral des assurances sociales**

Etat le 1^{er} janvier 1964

*(sans les modifications apportées par
la 6^e révision de l'AVS et la 2^e révision du régime des APG)*

Tirage à part de la RCC 1964, N° 1

Numéro de commande: 318.120.01

Prix: Fr. —.55

*

En vente à la Centrale fédérale des imprimés et du matériel
Berne 3

OFFICE FÉDÉRAL DES ASSURANCES SOCIALES

AVS / AI / APG

**Tables des cotisations
des
indépendants et non-actifs**

Valables dès le 1^{er} janvier 1964

Prix: Fr. 1.50

La brochure est en trois langues et contient les tables suivantes:
Cotisations des assurés ayant une activité indépendante et des salariés dont l'employeur est dispensé du paiement des cotisations; calcul de l'intérêt du capital propre engagé dans l'entreprise à déduire du revenu brut; cotisations dues par les assurés n'exerçant aucune activité lucrative; cotisations d'après l'échelle dégressive et inscription au CIC (montants mensuels).

En vente sous n° 318.114
à la Centrale fédérale des imprimés et du matériel, Berne 3



No 4 Avril 1964

**AVS
AI
APG**

**Assurance-vieillesse
et survivants**

Assurance-invalidité

**Allocations aux militaires
pour perte de gain**

RCC

Revue à l'intention
des caisses de compensation de l'AVS et de leurs
agences (communales),
des commissions AI et des offices régionaux AI,
ainsi que des autres agents d'exécution
de l'assurance-vieillesse et survivants,
de l'assurance-invalidité, des allocations aux militaires
pour perte de gain, des allocations familiales et
de l'aide à la vieillesse, aux survivants et aux invalides

SOMMAIRE

Chronique mensuelle	131
L'AVS de 1948 à 1964	132
La deuxième révision du régime des APG	139
L'entrée en vigueur de la convention avec la Yougoslavie	141
Les bons de voyage dans l'AI	142
Le régime allemand de sécurité sociale des artisans	144
Les infirmités congénitales, l'hérédité et la médecine moléculaire (suite et fin)	147
Problèmes d'application de l'AVS	153
Bibliographie	154
Petites informations	154
Jurisprudence: Assurance-invalidité	156

Rédaction: Office fédéral des assurances sociales, Subdivision AVS/AI/APG,
Berne 3.

Expédition: Centrale fédérale des imprimés et du matériel, Berne 3.

Abonnement: 15 francs par an; le numéro 1 fr. 50; le numéro double 2 fr. 50.
Paraît chaque mois.

Tirage: 1050

Dernier délai de rédaction du présent numéro : 4 avril 1964.

La reproduction est autorisée lorsque la source est indiquée.

CHRONIQUE MENSUELLE

La *Commission fédérale de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité* a siégé le 13 mars sous la présidence de M. Saxer, directeur, et en présence de M. Frauenfelder, directeur de l'Office fédéral des assurances sociales. Elle s'est prononcée, à l'intention du Conseil fédéral, sur la *modification des règlements d'exécution* résultant de la sixième révision de l'AVS et de la seconde révision du régime des APG. En outre, la Commission a entrepris une première discussion sur le projet d'une loi fédérale octroyant des *prestations complémentaires* aux vieillards, aux survivants et aux invalides; elle a décidé de se réunir à nouveau dès que ce projet serait mis au point sur la base des préavis des cantons, des associations faîtières de l'économie, des partis politiques et de quelques autres organisations.

*

Le délai référendaire des lois fédérales sur la *sixième révision de l'AVS* et la *deuxième révision du régime des APG* a expiré le 18 mars sans que le référendum ait été demandé. La loi modifiant celle qui concerne l'AVS est ainsi entrée en vigueur, conformément à une disposition de la loi même, au 1^{er} janvier 1964 avec effet rétroactif. L'entrée en vigueur de la révision du régime des APG a été fixée également au 1^{er} janvier 1964 par un arrêté du Conseil fédéral du 24 mars. Le texte des nouvelles dispositions est donné par des feuillets collants que l'on peut ajouter aux recueils « LAVS » et « LAPG » (cf. page de couverture 3 du présent numéro).

*

L'Office fédéral des assurances sociales a discuté avec des représentants des caisses de compensation cantonales et professionnelles, au cours d'une réunion qui s'est tenue le 19 mars sous la présidence de M. Granacher, certains problèmes d'information de l'opinion publique touchant la 6^e révision de l'AVS (communiqué à la presse, publications officielles).

*

D'après les résultats disponibles aujourd'hui, le *compte d'exploitation de 1963 de l'AVS* se solde à nouveau par un excédent de recettes. Les cotisations des assurés et des employeurs ont rapporté 1121 millions (1962: 1005 millions), tandis que les prestations se sont élevées à 1031 millions (1962: 987). Compte tenu des contributions des pouvoirs publics, du produit des intérêts et des frais

d'administration, l'excédent de recettes atteint 446 (354) millions. Ces résultats ne sont pas influencés par la 6^e révision de l'AVS, qui n'est entrée en vigueur que dès le 1^{er} janvier 1964.

Les *comptes d'exploitation de l'AI* donnent les résultats suivants: cotisations des assurés et des employeurs 112 (100) millions; contributions des pouvoirs publics 94 (84) millions; ensemble des dépenses 188 (168) millions. L'excédent de recettes s'élève à environ 19 (17) millions.

Dans le *compte des APG*, les recettes se sont élevées à 116 (104) millions et les dépenses à 88 (85) millions. Là aussi, la révision de la loi ne produira ses effets que dès le 1^{er} janvier 1964.

Le bilan et les chiffres détaillés du compte d'exploitation seront publiés dès qu'ils auront été approuvés par le Conseil fédéral.

*

Dans sa séance du 3 avril, le Conseil fédéral a pris, à propos de la révision de l'AVS et du régime des APG, trois arrêtés sur la modification du *règlement d'exécution de l'AVS*, de l'*ordonnance concernant l'assurance facultative des Suisses à l'étranger* et du *règlement d'exécution du régime des APG*. Il est prévu d'imprimer des feuillets collants qui donnent également le texte de ces dispositions modifiées et qui pourront être insérés dans les recueils de lois correspondants. De plus amples informations à ce sujet paraîtront dans le prochain numéro de la RCC.

L'AVS de 1948 à 1964

La sixième révision de l'AVS va être terminée. Au cours de ce mois, les rentes augmentées ont été payées pour la première fois. Le versement de la différence pour les trois premiers mois de l'année, conséquence de l'entrée en vigueur rétroactive de la révision, a déjà commencé. Les demandes concernant les nouveaux droits aux rentes (rentes de vieillesse des femmes âgées de 62 ans, rentes complémentaires pour les épouses de moins de 60 ans et pour les enfants, etc.) peuvent à présent être déposées.

On sait que la nouvelle loi du 19 décembre 1963 a une grande portée financière; cela ne signifie toutefois pas qu'il ne se soit jamais passé grand-chose dans ce domaine depuis l'introduction de l'AVS. C'est pourquoi une récapitulation de l'histoire de cette assurance ne semble pas inutile.

*

Le Département fédéral de l'économie publique, dont dépendait alors l'OFAS, fut chargé par le Conseil fédéral, en date du 25 janvier 1944, d'examiner si,

et le cas échéant sous quelle forme, un projet concernant l'AVS semblerait possible. Le 11 mai suivant, une commission d'experts de seize membres fut créée à cet effet; elle tint sa première séance le 1^{er} juin 1944. Cinq jours après, les Alliés débarquaient en Normandie, et la guerre entraînait dans une phase décisive. Certes, les hostilités allaient durer encore près d'un an, mais l'on pouvait déjà alors prévoir avec une certaine vraisemblance l'issue du conflit mondial. Notre pays était résolu à combattre la crise économique de l'après-guerre, qui semblait inévitable, et à en atténuer les conséquences le plus possible. Il est vrai que le genre de financement et l'organisation de la nouvelle assurance pouvaient prendre pour modèle le régime des allocations aux militaires, dont l'expérience avait été concluante; mais en ce qui concernait les prestations, une grande prudence était de rigueur. Ceux qui jettent aujourd'hui un regard presque dédaigneux sur les débuts de l'AVS oublient trop facilement dans quelles circonstances cette assurance est née et a été acceptée par le peuple suisse, lors d'une votation mémorable qui marqua en même temps le centenaire de la Confédération moderne.

Heureusement, les choses se sont passées autrement qu'on ne le craignait alors. Aujourd'hui, la situation — voir « haute conjoncture » — s'est renversée. Le législateur a suivi l'évolution économique et a réussi, moyennant six revisions (il y en a sept, si l'on compte exactement), à adapter l'AVS aux circonstances nouvelles.

*

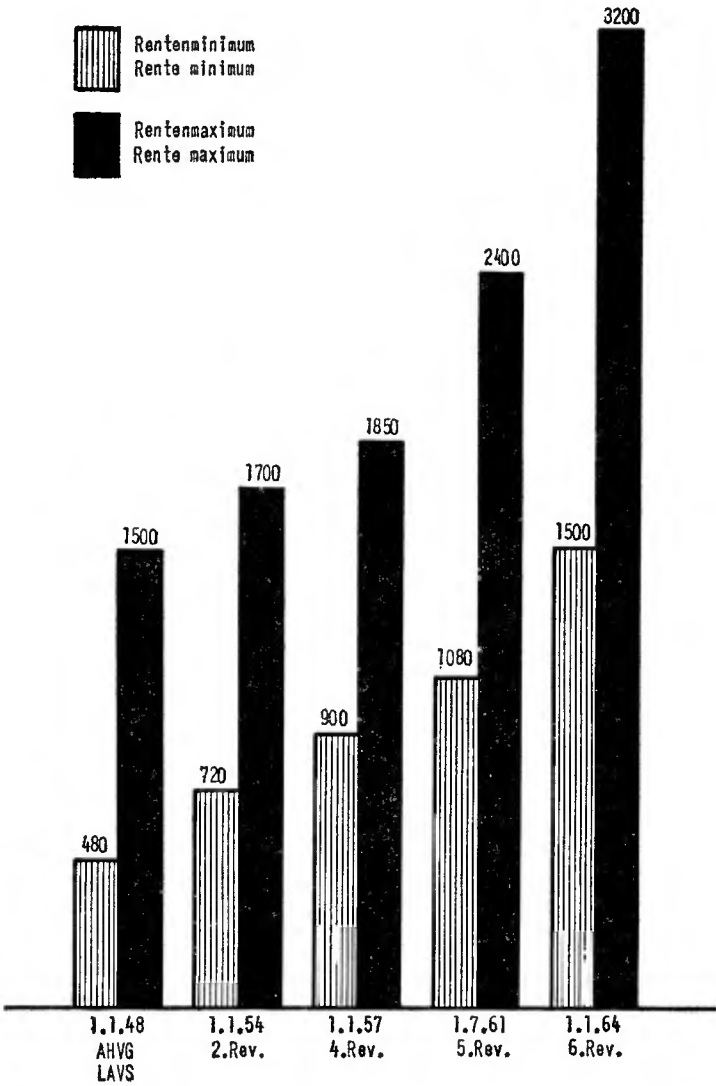
Ces améliorations de l'assurance visaient en général avant tout les *taux de rentes*. Tout le système repose sur la rente de vieillesse simple; les autres rentes se calculent sur cette base, selon un certain taux. La base de calcul est la formule de rentes énoncée à l'article 34 LAVS. Chaque augmentation des rentes ordinaires s'exprime par une modification de cette formule. Au lieu de nous perdre ici dans les détails, nous renvoyons à l'article publié dans la RCC 1962, p. 57. Le graphique 1 montre l'évolution du minimum et du maximum de la rente de vieillesse simple. La première et la troisième révision, qui ne touchaient que les rentes extraordinaires, manquent dans ce graphique. La rente ordinaire minimale a augmenté, depuis 1948, de 480 à 1500 francs, donc du triple (exactement à 313 pour cent); la rente maximale s'est élevée de 1500 à 3200 francs, soit du double (exactement à 213 pour cent). Ainsi, la solidarité entre grands et petits cotisants s'est encore renforcée.

*

Toutefois, les revisions ne se sont pas bornées à modifier les taux de rentes. Voici donc un bref aperçu de leurs innovations les plus importantes pour les assurés.

Les améliorations concernent en premier lieu les prestations. Cela n'est possible, cependant, que si l'assurance encaisse un montant suffisant de cotisations. Les cotisations plus importantes sont celles des assurés et de leurs employeurs. Dans ce domaine, les six revisions de l'AVS ont apporté des allègements sen-

Evolution de la rente de vieillesse simple de 1948 à 1964



sibles. Un grand pas a été franchi lors de la suppression, en 1954, des cotisations des bénéficiaires de rentes de vieillesse exerçant une activité lucrative. En 1957, le début de l'obligation de cotiser fut reculé de deux ans chez les jeunes gens exerçant une activité lucrative, dispensés désormais de payer des cotisations jusqu'au 31 décembre de l'année dans laquelle ils ont eu 17 ans révolus. En même temps, une réglementation plus souple était adoptée, dans l'intérêt des assurés comme de l'administration, pour les cotisations dues sur les rémunérations de minime importance provenant d'activités accessoires. Enfin, le législateur a élargi plusieurs fois le barème dégressif des cotisations pour travailleurs indépendants, grâce auquel les cotisations des assurés à faible revenu sont réduites sans qu'il en résulte une diminution de la rente. La valeur-limite a été augmentée de 3600 à 4800, puis à 7200 et 9000 francs; elle atteint à présent 12 000 francs.



Ces réductions de cotisations ont naturellement provoqué une nette diminution des recettes; d'autre part, les *améliorations de rentes* ont entraîné des dépenses supplémentaires plus importantes encore. Lorsqu'il sera question ci-dessous des conséquences ou charges financières des revisions, il faudra entendre par là la somme des recettes réduites et des prestations accrues. Ces données, cependant, ne tiennent pas compte des charges immédiates, mais seulement des *conséquences des revisions sur les finances de l'AVS à longue échéance*.

La *première revision*, entrée en vigueur en 1951, augmenta les limites de revenu pour les rentes extraordinaires. Sa charge financière, 12 millions par an, semble modeste aujourd'hui.

La *deuxième revision*, plus importante, entra en vigueur en 1954. D'après les calculs, on disposait alors d'un excédent de 70 millions. L'Assemblée fédérale, cependant, alla plus loin; elle décida de hausser encore une fois les limites de revenu pour les rentes extraordinaires et d'améliorer les taux de rentes correspondants. En même temps, les rentes ordinaires étaient augmentées. Au lieu des 70 millions prévus au budget, la deuxième revision coûta 83 millions.

La *troisième revision* est celle de 1956. Elle représente une concession aux « vieillards oubliés » et introduit une réglementation plus généreuse sur le droit aux rentes extraordinaires. Deux conditions restrictives sont supprimées: Dans la génération transitoire, le droit aux rentes ne dépendra plus des limites de revenu; l'échelonnement en classes urbaines, semi-urbaines et rurales est également abandonné. Les conséquences financières de cette revision s'élevèrent à 19 millions par an.

La *quatrième revision* (1957) dépassa toutes les précédentes par ses répercussions financières. Elle augmenta les taux des rentes ordinaires, favorisa les bénéficiaires de rentes partielles en doublant le nombre des années de cotisations, abaissa de 65 à 63 ans l'âge de la femme donnant droit à la rente de vieillesse et améliora en outre les rentes de survivants. Les ressortissants suisses

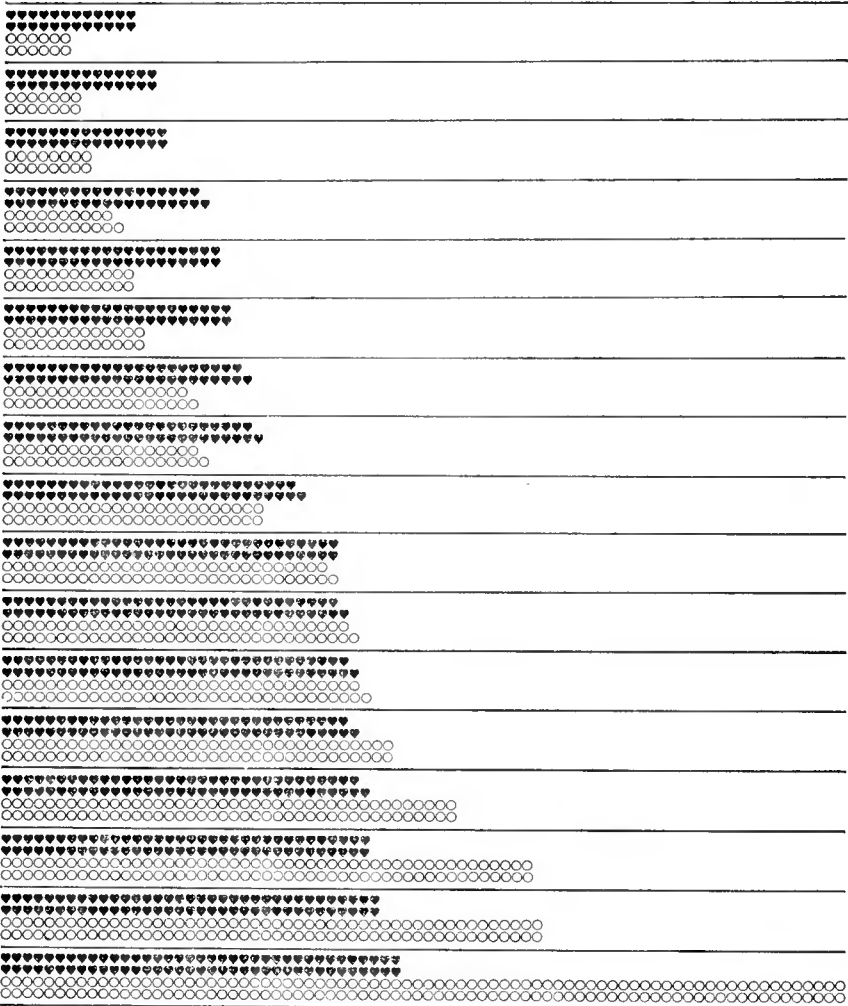
Rentes ordinaires et extraordinaires de l'AVS de 1948 à 1964

Années	Bénéficiaires en milliers	Sommes des rentes en millions de francs	Entrée en vigueur des revisions
1948	247	122	
1949	280	141	
1950	305	164	
1951	375	215	1 ^{re} rev. 1.1.51
1952	404	241	
1953	426	260	
1954	453	350	2 ^e rev. 1.1.54
1955	470	372	
1956	554	482	3 ^e rev. 1.1.56
1957	621	616	4 ^e rev. 1.1.57
1958	634	653	
1959	655	687	
1960	656	718	
1961	670	845	5 ^e rev. 1.7.61
1962	687	985	
1963 ¹	700	1 007	
1964 ¹	742	1 566	6 ^e rev. 1.1.64

¹ Estimations.

Bénéficiaires et paiements

- ♥ = dix mille bénéficiaires de rentes
- = dix millions de francs



domiciliés à l'étranger et appartenant à la génération transitoire purent dès lors recevoir des rentes extraordinaires, jusqu'à la limite de revenu. La charge financière qui en résulta fut de 157 millions.

On désigne généralement la revision du 1^{er} janvier 1960, malgré son importance, comme simple *revision d'adaptation*. Elle introduisit le calcul pro rata temporis des rentes en cas de durée incomplète des cotisations et fut provoquée par l'accroissement inattendu du nombre des travailleurs étrangers. L'influence de ce phénomène sur les finances de l'AVS ne pouvait, certes, être évaluée d'emblée, mais elle aurait certainement été très considérable sans la revision. La garantie d'un minimum de rente relativement élevé aurait fini par attaquer la substance financière de l'AVS; en d'autres termes, le versement de prestations aux salariés étrangers ayant travaillé en Suisse pendant peu de temps aurait entraîné un important déficit de l'assurance aux dépens des assurés fixés dans le pays d'une manière durable. C'est pourquoi une réforme s'imposait.

En outre, cette revision harmonisa le système de rentes de l'AVS à celui de l'AI et donna aux rentes transitoires le nouveau nom de rentes extraordinaires. Elle agrandit enfin les possibilités d'adhésion à l'assurance facultative.

La *cinquième revision* entra en vigueur le 1^{er} juillet 1961. Elle améliora, une fois de plus, la formule des rentes, qui subirent de ce fait des augmentations allant de 14,4 à 34,1 pour cent. Si ces dernières paraissent si différenciées, c'est parce que les revisions précédentes avaient favorisé plutôt les classes inférieures de cotisations et qu'il fallait, cette fois, établir une compensation.

Les rentes extraordinaires furent élevées au taux minimum des rentes ordinaires et les limites de revenu furent haussées en conséquence. Les répercussions financières furent, comme pour la quatrième revision, plus importantes que celles de toutes les revisions antérieures ensemble; on les estima à 385 millions.

Quant à la revision actuelle, la *sixième*, elle a été commentée à plusieurs reprises dans la RCC. Ses principaux éléments sont l'augmentation générale d'un tiers (le taux minimum augmente même davantage), la suppression des rentes partielles de l'ancien système, l'abaissement de 63 à 62 ans de l'« âge AVS » de la femme et l'introduction de rentes complémentaires pour les bénéficiaires de rentes de vieillesse ayant une épouse de 45 à 60 ans et des enfants. Les orphelins, donc aussi les enfants ayant droit à des rentes complémentaires, pourront prétendre une rente jusqu'à 25 ans (au lieu de 20) s'ils font un apprentissage ou des études. Les limites de revenu pour les rentes extraordinaires sont rehaussées d'un tiers, afin de garantir une amélioration aux bénéficiaires — peu nombreux, il est vrai — de rentes réduites. Les dépenses supplémentaires que la sixième revision occasionnera à l'AVS sont estimées, à longue échéance, à environ 800 millions par année; elles sont donc de nouveau plus élevées que celles des cinq premières revisions ensemble.

Le *tableau* et le *graphique 2* à la page 136 illustrent l'évolution des effectifs de bénéficiaires et des sommes de rentes. Ils montrent clairement que celles-ci ont augmenté sensiblement plus que le nombre des bénéficiaires. En 1964, effet de la longévité plus grande et de l'agrandissement du cercle des bénéficiaires, on

compte environ trois fois plus de bénéficiaires qu'en 1948 ; mais le total des rentes payées est aujourd'hui douze fois plus grand. Les effets des révisions successives apparaissent nettement ; ainsi, le nombre des bénéficiaires monte presque verticalement lors de la 3^e révision (suppression des limites de revenu pour les rentes extraordinaires) ou de la 4^e révision (abaissement de l'âge AVS de l'épouse). Les données relatives aux sommes des rentes illustrent ce qui a été dit dans cette récapitulation des six révisions. L'AVS peut être fière de son développement.

La deuxième révision du régime des APG

Ainsi que cela a été annoncé à la page 2 de la RCC 1964, les Chambres fédérales ont approuvé, le 19 décembre 1963, la *loi fédérale* sur la deuxième révision du régime des APG. Quant au fond, elles ne se sont écartées qu'à l'article 16 LAPG des propositions faites par le Conseil fédéral dans son message du 31 mai 1963 (RCC 1963, p. 278). Tandis que cet article prévoyait de porter la limite supérieure de l'allocation totale de 28 à 36 francs par jour, les Chambres fédérales l'ont fixée à 40 francs par jour. En outre, le nouveau droit permet de servir entièrement, en plus de l'allocation minimale de ménage ou pour personne seule, non seulement deux, mais trois allocations pour enfants et, de plus — ce qui est absolument nouveau — une allocation pour assistance. A ce propos, il y a lieu de relever que la garantie d'une allocation pour assistance se rapporte uniquement à la limite supérieure relative de 90 pour cent, c'est-à-dire que l'allocation pour assistance accordée pour la première personne entretenue ou assistée ne doit pas être réduite ou refusée parce que son octroi aurait pour effet le dépassement de cette limite. Néanmoins, les prescriptions de réduction des articles 14 LAPG et 12 RAPG prévalent. Malgré la garantie, l'allocation pour assistance ne peut donc pas dépasser la prestation du militaire, convertie en un montant journalier ; elle doit, le cas échéant, être limitée au montant qui équivaut à la différence entre le revenu et la limite de revenu applicable à la personne entretenue ou assistée.

Le délai d'opposition à la deuxième révision du régime des APG ayant pris fin le 18 mars 1964 sans que le référendum ait été demandé, le Conseil fédéral a mis la loi en vigueur *avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 1964*. Dès lors, tous les jours de service accomplis depuis le 1^{er} janvier 1964 donnent droit à une allocation calculée selon les nouvelles dispositions. Un versement effectué après coup compensera la différence entre l'ancienne et la nouvelle allocation, dans les cas où des allocations ont été versées d'après l'ancien droit pour des jours de service accomplis en 1964.

Comme la deuxième révision de la LAPG s'est limitée, dans l'essentiel, à l'augmentation des taux d'allocations, il n'y avait pas de raisons de soumettre le *Règlement d'exécution* (RAPG) à une révision générale. Les modifications de celui-ci ont pu être limitées à deux points :

Dans les travaux préliminaires (préavis des intéressés) comme dans les délibérations parlementaires relatives à la deuxième révision de la LAPG, il fut reconnu, certes, que l'augmentation des taux minimums des deux allocations de base, en général, et pour les services d'avancement, en particulier, faisait droit, dans une large mesure, aux revendications formulées par les étudiants accomplissant du service militaire. Toutefois, la proposition fut émise de faire, si possible, davantage encore en faveur des étudiants en modifiant les dispositions d'exécution, soit celles du RAPG.

C'est dans ce sens qu'aux articles 1^{er}, 2 et 5 RAPG, le terme « prouver » a été remplacé par « rendre vraisemblable ». De plus, l'article 1^{er}, 2^e alinéa, RAPG fut complété par la phrase suivante :

« Lorsqu'ils ont terminé leur formation professionnelle immédiatement avant d'entrer au service ou s'ils l'avaient terminée pendant la période du service militaire, il est présumé qu'ils auraient entrepris une activité lucrative. »

De façon analogue, l'article 2, 2^e alinéa, RAPG a été complété par la 2^e phrase suivante : « Lorsqu'ils ont terminé leur formation professionnelle immédiatement avant d'entrer au service ou s'ils l'avaient terminée pendant la période du service militaire, l'allocation se calcule sur la base du salaire initial versé dans la profession en question à l'endroit où le militaire voulait entreprendre l'activité indiquée. »

Dans la mesure où ces dispositions s'appliquent à des militaires qui ont terminé leur formation professionnelle avant d'entrer au service, la nouvelle réglementation correspond à celle qui est exposée aux pages 207 et 208 de la RCC 1962.

La deuxième révision du régime des APG a pour effet d'augmenter les taux d'allocations dans la mesure où les revenus du travail ont subi une hausse ces dernières années. Il a dès lors paru indiqué d'augmenter aussi les éléments de calcul de l'*allocation pour assistance* exprimés en chiffres. Par conséquent, la valeur du travail qui, selon l'article 9, 1^{er} alinéa, lettre b, RAPG, ne pouvait jusqu'à maintenant pas dépasser le montant de 150 à 180 francs par mois a été fixée à 210 et 240 francs par mois.

A l'alinéa 2 du même article, il aurait en soi été indiqué d'augmenter le montant de 5 francs par jour, prévu pour le logement et la nourriture du militaire, à 5 fr. 50 par jour conformément à l'article 11, 1^{er} alinéa, RAVS en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1962. Pour éviter de devoir procéder à des adaptations périodiques, il est renvoyé aux dispositions applicables du RAVS, de sorte que l'article 9, 2^e alinéa, 2^e phrase a la teneur suivante :

« De ce dernier montant, il faudra déduire la valeur de son revenu en nature déterminée selon les dispositions du règlement d'exécution du 31 octobre 1947 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants. »

Ainsi donc, actuellement, la valeur de la nourriture et du logement des personnes employées dans des entreprises non agricoles et du personnel de maison doit également être évaluée à 5 fr. 50 par jour, en appliquant la disposition précitée du RAPG, tandis que pour le personnel employé dans l'agriculture ou dans une entreprise mixte, les articles 10 et 12 RAVS sont applicables par analogie.

Enfin, les limites de revenu prévues à l'article 10, 1^{er} alinéa, lettre b, RAPG ont été augmentées de 360 à 540 francs ou, si les personnes entretenues ou assistées vivent avec le militaire ou entre elles, à 450 francs pour la première personne, à 300 francs pour la seconde et à 180 francs pour chacune des autres personnes entretenues ou assistées.

La révision du RAPG, comme celle de la loi, a été mise en vigueur *avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 1964*. Ainsi, la garantie d'une allocation pour assistance, qui est également valable rétroactivement au 1^{er} janvier 1964, peut déployer tous ses effets dans le sens de l'article 16 LAPG révisé. Les allocations pour assistance versées pour des services déjà accomplis en 1964 et fixées selon l'ancien droit doivent par conséquent être revues.

L'entrée en vigueur de la convention avec la Yougoslavie en matière d'assurances sociales

La convention relative aux assurances sociales, conclue entre la Suisse et la Yougoslavie le 8 juin 1962, est entrée en vigueur le 1^{er} mars 1964. Elle s'applique, du côté suisse, à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, à l'assurance contre les accidents professionnels et non professionnels et les maladies professionnelles, ainsi qu'au régime fédéral d'allocations familiales. Du côté yougoslave, elle est applicable aux branches correspondantes de la sécurité sociale.

Le nouvel accord est fondé sur le principe de l'égalité de traitement des ressortissants des deux Etats. Ainsi, la Yougoslavie garantit aux citoyens suisses le droit aux prestations de l'assurance-invalidité, vieillesse et survivants yougoslave aux mêmes conditions qu'à ses propres ressortissants, les périodes d'assurance suisses étant toujours prises en compte pour la durée minimale de cotisations prévue par la législation yougoslave lorsque cela est nécessaire à l'ouverture du droit aux prestations (totalisation des périodes d'assurance). En contre-partie, les ressortissants yougoslaves ont droit, déjà après une année entière de cotisations, aux rentes ordinaires de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse. Les ressortissants yougoslaves domiciliés en Suisse peuvent également prétendre les rentes extraordinaires de l'assurance-vieillesse, survi-

vants et invalidité aux mêmes conditions que les citoyens suisses lorsque certaines exigences relatives à la durée de leur résidence sur le territoire helvétique sont remplies.

En ce qui concerne l'assurance-accidents, la convention supprime la réduction des prestations frappant les étrangers en cas d'accidents non professionnels; elle introduit une réglementation particulière en cas d'aggravation des maladies professionnelles et une entraide administrative réciproque lorsque la victime de l'accident séjourne sur le territoire de l'autre Etat contractant.

Dans le domaine des prestations familiales, les ressortissants des deux pays ont droit aux allocations pour enfants, quel que soit le lieu de résidence des enfants.

La convention n'est pas applicable aux régimes d'assurance-maladie des deux Etats contractants. En revanche, certaines dispositions du protocole final de la convention facilitent le passage de l'assurance-maladie de l'un des Etats à celle de l'autre.

Les ressortissants suisses et yougoslaves résidant en Suisse, qui estiment avoir droit à des prestations de la sécurité sociale yougoslave, adresseront leurs demandes à la *Caisse suisse de compensation AVS, rue des Pâquis 52, à Genève*, qui les transmettra aux autorités compétentes yougoslaves et versera également, à l'avenir, les prestations yougoslaves aux ayants droit résidant en Suisse.

Les ressortissants yougoslaves résidant en Suisse, qui font valoir des droits envers l'AVS suisse, doivent adresser leurs demandes à la *caisse de compensation AVS compétente*, c'est-à-dire à celle à laquelle leur employeur ou eux-mêmes ont versé des cotisations en dernier lieu.

Pour de *plus amples renseignements* concernant la convention, les intéressés s'adresseront à la Caisse suisse de compensation à Genève ou à l'Office fédéral des assurances sociales à Berne.

Les bons de voyage dans l'assurance-invalidité

Le système des bons, introduit en 1960 en accord avec les entreprises suisses de transport, permet en principe de régler, sans argent comptant, les frais des voyages effectués en Suisse à l'aide des moyens de transport publics, si ces voyages sont nécessaires pour déterminer le droit aux prestations de l'AI et pour exécuter des mesures de réadaptation, et si l'assurance en assume les frais en vertu de l'article 51, 1^{er} alinéa, LAI. Il vise à éviter, d'une part, le paiement anticipé des frais de transport et la facturation par l'assuré, d'autre part le contrôle, par les organes de l'AI, des nombreuses factures ainsi établies, le versement des remboursements par la Centrale de compensation et le paiement par

la poste de montants généralement modiques. Comme les bureaux d'émission des entreprises publiques de transport remettent parfois aussi le viatique avec le billet, celles-ci reconnaissent ainsi le bon comme moyen de paiement et comme chèque.

Les entreprises de transport participant au service direct règlent leurs comptes, en produisant les bons qu'elles ont reçus, chaque mois, selon la procédure de décompte ordinaire, avec le contrôle du trafic de la Direction générale des CFF. Ce service facture, chaque mois également, le montant total à la Centrale de compensation en lui envoyant les bons. Voici les chiffres obtenus pendant les quatre premières années de l'AI :

Bons dont le compte a été établi par l'intermédiaire du contrôle du trafic des CFF

Années	Nombre de bons dont le compte a été établi	Frais de transport et viatiques dont le compte a été établi	Frais par bon en moyenne
		Fr.	Fr.
1960	11 444	110 454.65	9.65
1961	35 289	365 531.90	10.35
1962	45 566	535 064.35	11.75
1963	53 313	650 554.10	12.20
Total	145 612	1 661 605.—	11.40

A l'origine, seules les entreprises de transport participant au service direct ont adopté le système des bons. Plus tard, d'autres entreprises similaires publiques (compagnies d'autobus, de téléphériques, etc.) acceptèrent également les bons. Celles-ci ne peuvent, toutefois, régler compte avec le contrôle du trafic des CFF pour les prestations qu'elles ont effectuées dans le cadre de l'AI. Une réglementation spéciale assure, dans ce cas-là, leur coopération au système, en autorisant les entreprises qui ne participent pas au service suisse direct à envoyer les bons et à les facturer à la Centrale de compensation, sans passer par la Direction des CFF. A la fin de l'année 1963, il existait 31 conventions avec de telles entreprises.

Pendant les quatre premières années de l'AI, près de 150 000 bons ont été l'objet de décomptes avec la Centrale de compensation, représentant une somme totale de 1,7 million de francs. Ce chiffre comprend les frais de billet et d'abonnement des assurés et des personnes accompagnantes, les viatiques et les frais de transport des véhicules d'invalides, des poussettes et des bagages. Le nombre des titres de transport remis contre des bons et des colis expédiés est plus élevé que le nombre total des bons dont le compte a été établi, ceci grâce au nouveau système inauguré en automne 1961, permettant de toucher simul-

tanément plusieurs billets individuels au moyen d'un seul bon accompagné d'un état nominatif.

L'accroissement constant des bons et des frais qui en résultent montre combien ce système était nécessaire et combien il contribue à simplifier les formalités de remboursement des frais de voyage dans l'AI. Néanmoins, l'établissement des bons donne encore pas mal de travail aux organes de cette assurance. Grâce aux expériences faites, il a déjà été possible de simplifier encore les travaux administratifs dès le 1^{er} janvier 1964. Sur les parcours desservis par plusieurs entreprises de transport, un seul bon suffit maintenant pour l'assuré voyageant avec une personne accompagnante et pour les bagages expédiés par le même trajet. Si l'on considère qu'en 1963, environ 22 000 bons, soit 41 pour cent, ont été établis seulement pour des personnes accompagnantes, on voit que la nouvelle réglementation permet aux secrétariats des commissions AI et aux offices régionaux de réduire désormais d'environ deux cinquièmes le nombre des bons à établir. Cette simplification de la procédure, ainsi que la transformation de la formule désormais plus commode à utiliser, n'ont été possibles que grâce à l'obligeance et à la collaboration des entreprises suisses de transport.

Le régime allemand de sécurité sociale des artisans

L'institution de la protection des travailleurs salariés et de leurs familles est en République fédérale d'Allemagne, comme dans d'autres pays européens, au premier plan des préoccupations dans le domaine des assurances sociales. Aujourd'hui toutefois, l'Allemagne fédérale, suivant l'évolution moderne de la politique sociale, s'efforce également d'incorporer de plus en plus complètement les travailleurs indépendants dans la sécurité sociale. A côté des régimes classiques de l'assurance-pension des ouvriers, des employés et des mineurs¹, qui assument la protection des travailleurs salariés contre les risques de *vieillesse, d'invalidité et de décès* (prestations aux survivants) — ces risques étant aussi les seuls examinés dans le cadre de cet exposé — il existe actuellement des dispositions légales particulières en faveur des artisans et des agriculteurs indépendants. Cependant, alors qu'une réglementation applicable aux agriculteurs n'a été introduite que par la loi sur l'aide à la vieillesse pour les agriculteurs, en vigueur depuis le 1^{er} octobre 1957², les interventions des artisans en vue d'obtenir une protection efficace contre les vicissitudes de la vie avaient abouti en 1897 déjà à l'élaboration d'une première loi instituant une

¹ RCC 1957, pp. 247 et 300.

² RCC 1958, p. 384.

assurance pour les artisans. Malgré plusieurs modifications, cette loi ne répondit pas aux espoirs qui avaient été fondés sur elle. Ce n'est qu'avec la loi sur la prévoyance pour la vieillesse de l'artisanat allemand de 1938, affiliant les artisans indépendants à l'assurance-pension des employés, qu'une protection en cas de vieillesse et de décès vraiment satisfaisante put être instituée.

Le régime de sécurité sociale des artisans a également été remanié lors de la réforme générale des assurances-pensions de 1957, comportant une refonte complète des assurances-pensions des ouvriers, des employés et des mineurs. La loi sur l'*assurance-pension des artisans* (Handwerkerversicherungsgesetz) du 8 septembre 1960, actuellement applicable, est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1962. En voici les principales caractéristiques :

Les artisans étant normalement assujettis à l'*assurance-pension des ouvriers* pendant leur apprentissage ou leur compagnonnage, l'*assurance-pension des artisans* est rattachée à ce régime de sécurité sociale depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle loi. Malgré l'étroite union de ces deux régimes, la loi sur l'assurance-pension des artisans reste néanmoins, bien que dans une mesure limitée, une réglementation légale indépendante dont les dispositions sont valables tant que les prescriptions générales de l'assurance-pension des ouvriers ne sont pas applicables. Des règles particulières aux artisans existent principalement dans le domaine de l'obligation d'assurance, ainsi que dans le droit des cotisations.

Ne sont, en règle générale, *affiliés obligatoirement à l'assurance-pension des artisans* que les artisans inscrits dans les rôles de la Chambre artisanale allemande, exploitant leur propre entreprise. En revanche, ne sont pas assujettis les artisans engagés en qualité de salariés et les membres de la famille travaillant dans de telles exploitations. Actuellement, sur les quelque 750 000 artisans que compte la République fédérale d'Allemagne, seul un cinquième est inscrit à l'assurance-pension à titre d'assurés obligatoires.

Il n'est prévu aucune méthode de financement particulière pour l'assurance-pension des artisans. Les ressources comprennent, dans le cadre général de l'assurance-pension des ouvriers, les cotisations dues par toutes les personnes affiliées à ce régime, y compris les artisans, et les subventions versées par l'Etat.

Contrairement au droit antérieur, la durée de l'*obligation d'affiliation* à l'assurance-pension des artisans est, selon le droit en vigueur, *limitée dans le temps* mais indépendante, au demeurant, de l'âge, du sexe et de la nationalité de l'artisan ainsi que du montant de son revenu. En effet, le législateur a voulu garantir aux artisans indépendants un *minimum légal d'assurance laissant par ailleurs à leur libre initiative la constitution d'une protection plus étendue contre la vieillesse*. L'obligation d'assurance débute avec l'inscription de l'entreprise dans les rôles de l'artisanat et ne subsiste qu'aussi longtemps que l'artisan n'a pas versé à l'assurance-pension légale des cotisations obligatoires pendant au moins 216 mois, soit 18 ans. Ainsi par exemple, l'artisan qui peut justifier d'une période de cotisations obligatoire de 150 mois dans l'assurance-pension des ouvriers ne doit plus verser que 66 cotisations mensuelles à l'assurance-pension des artisans. Lorsque les 216 mois de cotisations ont été accomplis ou lorsque l'entreprise cesse d'exister, l'obligation d'affiliation à l'assurance-pension

des artisans est levée d'office. Toutefois, l'artisan peut demander son inscription à l'*assurance volontaire*, selon les normes prévues par l'assurance-pension des ouvriers. N'est pas assujéti à l'assurance obligatoire l'artisan qui bénéficie déjà d'une rente de vieillesse d'un régime légal d'assurance-pension, ou celui qui est déjà affilié à un autre régime d'assurance-pension et dont l'activité artisanale indépendante ne constitue qu'une occupation accessoire.

En revanche — exception faite des dispositions transitoires en faveur de certains cas particuliers — la nouvelle loi a supprimé la possibilité de satisfaire à l'obligation d'assurance par la conclusion d'un contrat d'assurance sur la vie.

Des prescriptions spéciales sont applicables à la détermination et au recouvrement des *cotisations*. Le montant des cotisations dues à l'assurance-pension des artisans — dont le taux s'élève à 14 pour cent — n'est pas proportionnel au revenu retiré de l'entreprise, mais il est fixé chaque année sur la base du revenu annuel moyen de toutes les personnes assujétiées à l'assurance-pension des ouvriers et employés. Les artisans versent donc une contribution forfaitaire déterminée et calculée, en règle générale, à nouveau chaque année. Toutefois, l'artisan peut payer des cotisations plus ou moins élevées dans le cadre des classes de cotisations prévues par l'assurance-pension des ouvriers, compte tenu du montant du chiffre d'affaires réalisé. L'assuré a ainsi la faculté de payer des contributions obligatoires dans une classe de cotisations supérieure à celle correspondant à la cotisation forfaitaire, la classe choisie ne pouvant cependant pas dépasser celle correspondant au douzième de son revenu annuel. D'autre part, il peut, le cas échéant, verser les contributions correspondant à l'une des quatre classes inférieures de cotisations durant l'année pendant laquelle le revenu annuel imposable de son entreprise est inférieur à la moitié du revenu brut annuel moyen mentionné ci-dessus. Par ailleurs, les cotisations sont à la charge exclusive de l'assuré et sont échues mensuellement. Lorsque certaines conditions particulières sont remplies, la cotisation peut être acquittée seulement tous les deux mois. Il en résulte une réduction de moitié de la charge des primes, mais la durée de l'obligation d'assurance se prolonge proportionnellement.

Le *droit aux prestations* est en principe régi par les prescriptions générales de l'assurance-pension des ouvriers. Toutefois, un certain nombre de dispositions relatives à la détermination de la pension, et plus particulièrement aux périodes d'assurance déterminant le droit à la rente, ont été modifiées. Par ailleurs, certaines notions comme la maladie, l'incapacité de travail, etc., ont été définies d'une manière différente de l'assurance des ouvriers, compte tenu de la situation spéciale de l'artisanat. Il est encore important de relever que les cotisations versées jusqu'alors à l'assurance-pension des employés sont transférées à l'assurance-pension des ouvriers.

Les infirmités congénitales, l'hérédité et la médecine moléculaire

(Suite et fin)¹

*L'intolérance au fructose*²

C'est à Zurich, il y a quelques années, que l'intolérance héréditaire au fructose a été reconnue pour la première fois et a pu être l'objet d'une analyse génétique et biochimique, grâce à la collaboration entre la section du métabolisme de l'hôpital cantonal, l'institut de biochimie et l'hôpital infantile. Depuis lors, la maladie a été observée dans beaucoup d'autres pays. Labhart a exposé, dans sa leçon inaugurale, l'histoire fascinante de la découverte et de l'exploration de cette maladie. Les patients souffrent de vomissements récidivants accompagnés d'états de choc. Autrefois, ils en mouraient assez souvent dès les premiers mois. Nous savons maintenant que ces symptômes sont conditionnés par l'absorption de fructose. Le patient reste en parfaite santé si son alimentation est exempte de fructose. Le fructose est un simple sucre qui se trouve dans tous les fruits, dans le sucre de canne et de betterave, et qui par conséquent est contenu dans de nombreux aliments. La cause du trouble est un défaut d'enzyme dans le foie; il manque la 1—phosphofructaldolase, qui est l'un des facteurs responsables du métabolisme du fructose. Les contre-coups de cette absence expliquent les symptômes de la maladie naguère incompréhensibles. Le caractère héréditaire récessif de la maladie a été prouvé par l'étude d'une grande famille avec une consanguinité anormalement élevée. Nous sommes capables aujourd'hui de reconnaître les symptômes de la maladie, dès le début, chez le nourrisson, capables aussi de prévenir ses conséquences par un simple régime et d'avertir les parents des risques que courent les enfants à venir.

*La fibrose du pancréas*³

La fibrose kystique du pancréas ou mucoviscidose fut reconnue comme maladie particulière pour la première fois en 1936 par Fanconi et Uehlinger. C'est le facteur de mortalité humaine le plus fréquent que nous connaissons aujourd'hui, plus précisément, la maladie héréditaire la plus fréquente dont l'issue est mortelle avant l'âge adulte. Elle se manifeste dès le premier âge sous forme de

¹ Voir RCC 1964, pp. 105-110.

² C'est le n° 202 de la liste de l'OIC.

³ C'est le n° 190 de la liste de l'OIC.

maladie chronique de l'intestin et des bronches et conduit à la mort dans les vingt premières années, à peu d'exceptions près, à la suite de complications pulmonaires et cardiaques. L'altération moléculaire primitive n'a pas encore été découverte, malgré des recherches intensives.

Un nouveau-né sur mille, environ, souffre de fibrose du pancréas. En Suisse, chaque année, une centaine d'enfants naissent avec cette maladie, et chaque année aussi, il meurt un nombre presque aussi élevé d'enfants plus âgés. Les deux parents, apparemment sains, sont des hétérozygotes, c'est-à-dire qu'ils portent le gène de la fibrose du pancréas en une dose unique, sans aucun phénomène morbide visible. Les patients eux-mêmes sont des homozygotes, c'est-à-dire qu'ils ont reçu, de chacun des deux parents, le gène responsable de la fibrose du pancréas et le portent en dose double. Telle est la situation classique de la maladie héréditaire récessive; elle est la même dans de nombreuses maladies héréditaires, en particulier dans l'intolérance au fructose. Que les deux parents soient hétérozygotes, et la maladie frappera en moyenne un enfant sur quatre; qu'un seul des parents soit hétérozygote, et l'autre exempt du gène porteur de la maladie, aucun des enfants ne sera malade. Le risque de mariages entre hétérozygotes est réellement grand parce que, parmi les proches d'un patient, un individu sur deux, trois ou quatre et, dans la population en général, un individu sur 16 environ est un hétérozygote qui porte le gène de la fibrose du pancréas sans le savoir. Pour l'intolérance au fructose, beaucoup plus rare, le danger est bien moindre.

De telles considérations laissent supposer que la plupart d'entre nous sont, sans le savoir, les porteurs de nombreux gènes d'affections héréditaires récessives. Ainsi s'explique le fait, connu d'ancienne date, que le danger de maladies héréditaires des enfants est spécialement grand dans les unions consanguines. Il s'agit de trouver les moyens de dépister les gènes défectueux chez des individus sains, afin de mettre ceux-ci en garde contre les mariages entre hétérozygotes porteurs de la même anomalie de gènes. Si l'on pouvait empêcher les mariages entre porteurs de gènes de la fibrose du pancréas, la maladie disparaîtrait, et avec elle bien des malheurs et des souffrances. Malheureusement, il n'est pas encore possible de déceler méthodiquement ce gène chez les hétérozygotes. On espère, néanmoins, y parvenir un jour, et la mise au point de méthodes de recherches biochimiques permettant de reconnaître avec certitude les porteurs hétérozygotes de gènes anormaux est un des buts principaux de la recherche médicale contemporaine. Ce but est effectivement déjà atteint pour certaines maladies héréditaires. A l'avenir, il devrait être possible de se fonder sur de telles recherches pour donner des conseils prématrimoniaux et de parvenir ainsi à une prophylaxie eugénique efficace.

Une autre question que pose la fibrose du pancréas est la suivante: Comment se fait-il qu'une maladie héréditaire, dont les victimes ne transmettent pas plus loin le gène responsable, puisqu'elles meurent avant d'avoir pu le faire, demeure aussi fréquente et n'ait pas disparu depuis longtemps? Il semble que la perte de gènes anormaux due à la mort prématurée des patients soit compensée dans la population d'une manière ou d'une autre, soit par de nou-

velles mutations, c'est-à-dire l'apparition répétée des mêmes anomalies de gènes, soit par le nombre anormalement grand des enfants d'hétérozygotes. La première hypothèse présuppose un échelonnement plus élevé des mutations que cela n'est admissible selon les expériences habituelles; elle doit donc être abandonnée. La deuxième suppose une supériorité biologique des hétérozygotes, telle qu'on la trouve avant tout dans le gène de la drépanocytose, ou anémie à hématies falciformes. La drépanocytose déjà citée est une maladie héréditaire très fréquente chez les Noirs; elle a une évolution mortelle comme la fibrose du pancréas chez nous. Il est curieux de constater que les hétérozygotes présentent une résistance frappante à la malaria et se reproduisent mieux dans leur milieu naturel que les individus non porteurs de cette anomalie de gènes. On peut supposer que les porteurs hétérozygotes du gène de la fibrose du pancréas possèdent un même avantage spécifique et biologique ou qu'ils l'ont possédé dans les conditions de vie des temps anciens, sinon la fréquence de la fibrose du pancréas serait inexplicable. La nature de cette supériorité biologique n'est pas connue actuellement; on peut imaginer une résistance particulière aux épidémies de peste et de variole, par exemple.

Les anomalies chromosomiques congénitales

Les individus porteurs de ces anomalies n'ont pas les 23 paires normales de chromosomes dans les noyaux de leurs cellules, mais un ou plusieurs chromosomes ou fragments de chromosomes en plus ou en moins. Comme il s'agit de centaines ou de milliers de gènes, la destruction de l'équilibre des gènes se traduit par des malformations multiples, le développement défectueux des glandes sexuelles ou la débilité.

Les anomalies ou aberrations chromosomiques congénitales ne sont en général pas héréditaires et, contrairement aux anomalies de gènes, n'apparaissent la plupart du temps qu'une fois dans une fratrie. Comme leurs porteurs n'ont souvent aucune capacité de reproduction ou meurent jeunes, elles ne sont pas transmises à des descendants. Elles proviennent en général d'un partage anormal des chromosomes lors de la formation des spermatozoïdes et des ovules dans les glandes génitales. A côté d'autres facteurs encore inconnus, l'âge avancé favorise ces anomalies. Si de telles cellules parviennent à la fécondation, l'individu qui en sera le fruit présentera dans toutes ses cellules une composition chromosomique anormale.

Plusieurs des maladies qui découlent de ces aberrations chromosomiques sont connues depuis longtemps. Leur origine, cependant, ne fut découverte qu'au cours de ces quatre dernières années, après que l'on eut mis au point des méthodes permettant d'apprécier à l'aide du microscope le nombre, la grandeur et la forme des chromosomes humains. Un nouveau-né sur 170 présente une anomalie de chromosomes grossière et facilement démontrable. La plus connue est le mongolisme, une forme particulière de la débilité, qui atteint environ un nouveau-né sur 500, et qui est due à une trisomie 21, c'est-à-dire à l'existence d'un chromosome 21 qui est triple au lieu d'être double. Le syndrome de Klinefelter est encore plus fréquent; c'est un aspect particulier de

malformation des testicules, dans laquelle on découvre, au lieu des deux chromosomes sexuels X et Y, trois chromosomes, à savoir deux chromosomes X et un Y. Aux anomalies de chromosomes plus rares appartient le syndrome de Turner, monosomie des chromosomes sexuels caractérisée par la petite taille et le développement anormal des ovaires, de même que les trisomies 13 et 18 qui se manifestent par des malformations multiples.

Comme les anomalies des chromosomes ont pu être étudiées d'une façon approfondie chez certains animaux de laboratoire longtemps avant que les chromosomes humains ne puissent être observés, notre connaissance actuelle des malformations congénitales des chromosomes humains a pu se développer grâce à un travail en commun des biologistes spécialistes de ces problèmes et des médecins.

Les questions suivantes se posent encore dans les recherches sur les chromosomes: Quelles sont les causes des anomalies si fréquentes du partage des chromosomes au moment de la formation des spermatozoïdes et des ovules? Pourquoi voit-on fréquemment des anomalies du chromosome X ou du chromosome 21, alors que d'autres chromosomes n'en présentent que rarement, et d'autres encore jamais? On cherche actuellement, par une nouvelle orientation du travail, à établir, en étudiant les particularités corporelles accompagnant différentes anomalies des chromosomes, dans quel chromosome, dans quel groupement de gènes se trouve localisé le gène responsable de ces particularités corporelles. Effectivement, on a des raisons de penser que dans le mongolisme, une enzyme déterminée, appelée phosphatase leucocytaire alcaline, est augmentée, et que ce gène-phosphatase semble localisé sur le chromosome 21. Une autre nouveauté est le fait que, contrairement à la croyance populaire, des jumeaux univitellins peuvent être différents si, à l'occasion de leur formation à partir d'un même ovule, le partage des chromosomes a été défectueux; il est même possible qu'un des jumeaux univitellins soit normalement mâle et l'autre femelle, avec un seul chromosome X, il est vrai.

Le travail d'équipe

Comme le montrent les exemples de l'intolérance au fructose, de la fibrose du pancréas et des aberrations chromosomiques, les recherches consacrées aux infirmités congénitales et à de nombreuses autres maladies ne sont possibles que grâce à une étroite collaboration entre cliniciens et chercheurs scientifiques. Leur point de départ est l'observation du clinicien, la reconnaissance d'une particularité qui peut avoir été déjà vue, mais qui n'a pas encore été jugée digne d'intérêt et susceptible d'amener de nouvelles découvertes. Remarquer les phénomènes particuliers, enregistrer ce qui est nouveau, voilà la tâche la plus importante du médecin chercheur, une tâche qu'aucun théoricien ne lui enlèvera et qu'il ne peut accomplir s'il n'a pas appris à observer et à examiner soigneusement et sans prévention. L'auteur de cet article aimerait citer en exemple son maître et prédécesseur, le professeur Fanconi, un observateur infatigable et perspicace, libre de préjugés et doué d'une grande expérience, qui, grâce à ses patientes recherches et à ses hypo-

thèses de travail, a reconnu le premier de nombreuses maladies, dont plusieurs ont gardé son nom, et qui a contribué ainsi aux progrès de la biochimie et de la génétique. C'est une des plus belles expériences qu'un clinicien puisse faire, d'éveiller l'intérêt des chercheurs, qu'ils soient morphologues ou physiologues, biochimistes ou généticiens, pour ses patients et pour ses propres travaux, et d'arriver, dans un effort commun, à répondre à une partie des questions posées.

Il n'est plus facile pour le clinicien, à notre époque où les méthodes de laboratoire et de statistique sont si développées, de participer activement à l'étude biochimique et génétique d'une maladie. Cette recherche demeure néanmoins fascinante. Même si, dans une grande clinique, quelques médecins seulement peuvent se vouer totalement ou partiellement à la recherche, le gain en est considérable pour toute la clinique. Le contact permanent avec des groupes de discussion et de travail scientifique éclairés ouvre les yeux de tout le personnel médical sur l'essentiel, améliore le travail en commun, encourage à des examens plus soignés et conduit à de meilleures méthodes de travail; il apprend à penser clairement, à interpréter d'une manière plus critique et à mieux formuler. La recherche scientifique médicale et le travail méthodique en équipes appartiennent ainsi aux éléments les plus importants de la formation de nos jeunes médecins. Inversement, le théoricien et le chercheur pur trouvent, dans une telle communauté de travail, la possibilité d'étudier des questions de principe grâce à une expérimentation naturelle — et les maladies sont, pour le biologiste, un matériel d'expérimentation naturelle.

La génétique humaine dans la recherche scientifique et l'enseignement

Ce qui vient d'être dit montre à quel point les connaissances en génétique humaine sont nécessaires à tout médecin, mais plus particulièrement aux pédiatres. Ces connaissances n'attirent pas seulement l'attention sur l'interdépendance des problèmes de génétique individuelle et sociale, mais permettent aussi de reconnaître l'influence du monde ambiant sur le devenir des maladies. Fait remarquable, c'est justement un spécialiste de la génétique humaine (Lenz) qui a reconnu l'origine non génétique des malformations des extrémités, nombreuses à un degré alarmant ces dernières années, surtout en Allemagne, et qui a, le premier, établi le rapport entre ces mutilations effroyables et l'absorption de tablettes de thalidomide au début de la grossesse. Lenz a ainsi préservé d'un sort tragique des centaines et des milliers d'enfants.

On est convaincu maintenant, dans de nombreux pays, de l'importance fondamentale de la génétique et de la médecine moléculaire pour l'avenir de la médecine en général. C'est pourquoi l'on a fondé, ces dernières années, de nouveaux instituts, créé des chaires de biochimie, de biologie moléculaire et de génétique humaine et développé l'étude de ces spécialités dans l'enseignement médical. Et pourtant, la génétique humaine, si importante au stade de l'enseignement clinique, n'est représentée dans toute la Suisse que par une seule chaire d'enseignement et n'a encore de place ni dans l'actuel plan d'études, ni dans le nouveau plan de réforme des études médicales. Cependant, un nombre croissant de bio-

chimistes, d'internistes et d'autres cliniciens abordent dans leur leçon inaugurale des problèmes de génétique, ce qui montre que les progrès de cette science font leur chemin dans les esprits. Autre fait réjouissant, grâce à l'aide accordée par le recteur, M. Hadorn, on a pu organiser, à Zurich aussi, des «tables rondes» où ces problèmes sont discutés; enfin, nos étudiants y vouent un intérêt tout particulier.

C'est le devoir de tout clinicien averti de montrer combien sont nécessaires l'enseignement de la génétique et, en général, l'enseignement et la recherche dans les disciplines scientifiques de base, et de prendre part à leur développement. Cet enseignement influence profondément la pensée biologique de l'étudiant et lui donne ainsi les moyens de suivre le développement toujours plus rapide de la médecine, non seulement pendant ses études, mais aussi plus tard et pendant toute la durée de son activité professionnelle. Les nouvelles acquisitions des disciplines de base de la science médicale et le travail en commun des cliniciens et des chercheurs sont le fondement de la recherche clinique. L'étude actuelle des bases profitera au patient de demain.

La médecine et le développement de l'humanité

Avant de terminer cet exposé, il y a lieu de répondre encore à certaines accusations, selon lesquelles les progrès de la médecine contrecarreraient la sélection naturelle, favoriseraient la multiplication des individus tarés et détérioreraient le potentiel héréditaire de l'humanité. Ce reproche n'est justifié qu'en partie. Nous espérons avoir démontré que le but de la médecine moderne, orientée vers la génétique, est le traitement médical de l'individu et la prophylaxie eugénique. Sans doute certains progrès de la médecine individuelle ont-ils une influence négative sur la génétique sociale; mais nous pouvons y opposer une série de possibilités de développements positifs. Ainsi, par la disparition de l'union consanguine, de nombreuses maladies héréditaires deviendront plus rares; il est vraisemblable que l'intolérance au fructose, par exemple, disparaîtra dans la prochaine génération des familles que nous connaissons. De plus, après l'extirpation de la malaria et l'élimination d'autres facteurs qui favorisent la prédominance de porteurs hétérozygotes de gènes anormaux, on pourra s'attendre au recul de certaines maladies héréditaires. Enfin, à l'avenir, grâce à une analyse génétique exacte, chaque individu conscient de ses responsabilités disposera d'une prophylaxie eugénique plus efficace. Ira-t-on plus loin et parviendra-t-on un jour à corriger les molécules d'ADN défectueuses? Pour le moment, cela semble douteux.

Pour conclure, n'oublions pas une chose: Malgré les grands progrès de ces dernières années, ce que nous savons de la biochimie et de la génétique, c'est-à-dire notre connaissance de l'origine et de l'avenir de la vie, est encore modeste, et notre horizon restreint. Il serait donc téméraire de faire des pronostics sur le développement futur de cette science.

Problèmes d'application de l'AVS

Gains versés aux traducteurs et interprètes

En principe, les traducteurs et les interprètes sont réputés exercer une activité salariée. Ils traduisent à domicile les textes qui leur ont été remis par un tiers ou fonctionnent comme interprètes dans des entrevues, congrès, assemblées, etc. Les caisses de compensation doivent signaler aux employeurs que les gains versés à de tels traducteurs et interprètes font partie du *salaire déterminant* et doivent être soumis aux cotisations paritaires.

Dans deux cas, cependant, ces gains seront exceptionnellement regardés comme *provenant d'une activité indépendante* . Le premier cas est celui du traducteur auquel un tiers, qui n'entretient pas avec lui des relations d'affaires suivies, confie la traduction d'un ouvrage entier (par exemple d'un livre). Dans le second cas, le traducteur tient un bureau de traduction, avec des locaux et un ou plusieurs employés, et supporte comme tel un risque économique. Les personnes qui travaillent à domicile pour le compte d'un tel bureau sont les salariés de son exploitant.

Les traducteurs et interprètes qui exercent leur activité pour une *organisation internationale gouvernementale* sont considérés comme des salariés dont l'employeur est dispensé du paiement des cotisations, à moins d'être exemptés eux-mêmes de l'assurance obligatoire. Ceux qui travaillent, en revanche, pour une *organisation internationale privée* (les organisations de ce genre n'étant pas libérées de l'obligation de cotiser) paient leur cotisation, que l'organisation retient sur leur salaire et verse à la caisse compétente avec la cotisation d'employeur.

BIBLIOGRAPHIE

Max Hunziker : **Le Fonds de compensation de l'AVS** (en allemand). Thèse de droit de l'Université de Zurich. 147 pages, avec tableaux et graphiques. Zurich, Juris-Verlag, 1963.

M. Meyer : **Pro Infirmis und Entwicklung der Behindertenhilfe**. Tirage à part de la Revue suisse d'utilité publique, Zurich, fasc. 5/6, mai-juin 1964, 6 pages.

L'épilepsie. « Pro Infirmis », Zurich, n° 9, mars 1964. Contient des articles de: *J. de Ajuriaguerra* et *J. Rey-Bellet*: Les troubles psychiques de l'épilepsie. *H. Landolt*: Les épileptiques, leur attitude devant la maladie, les réactions de leur entourage (en allemand). *J. Miribel*: L'enfant épileptique dans sa famille (en allemand). *R. Schweingruber*: La thérapeutique naturelle et l'épilepsie (en allemand). *H. Neidhart* et *M. Breitmeyer*: L'enfant épileptique à l'école. *H. Jost*: Quel est le rôle de l'assistante sociale dans l'aide aux épileptiques ? (en allemand). Les articles en allemand sont suivis de résumés français.

PETITES INFORMATIONS

Paiement de rentes à la Caisse cantonale vaudoise des retraites populaires

La Caisse cantonale vaudoise des retraites populaires, à Lausanne, ayant demandé que les bénéficiaires de rentes de vieillesse et de veuve de l'AVS puissent lui verser leurs rentes pour que celles-ci soient converties en rentes additionnelles, l'OFAS a donné suite à cette requête. Dans ces cas-là, l'ordre de paiement doit être donné par l'ayant droit sur une formule particulière que la Caisse des retraites populaires, d'entente avec l'OFAS, tient à la disposition des bénéficiaires de rentes AVS.

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

Lors de la votation populaire du 15 mars 1964, la nouvelle loi sur les allocations pour enfants aux salariés a été acceptée par 48 896 voix contre 19 540. Un commentaire détaillé de cette loi a paru dans RCC 1964, p. 101.

**Délais
de livraison
des imprimés**

La Centrale fédérale des imprimés et du matériel (CFIM) communique que pour contribuer à freiner la « haute conjoncture », elle fixera dorénavant à ses fournisseurs des délais de livraison plus longs. Il en résulte que les caisses de compensation devront, elles aussi, prévoir des délais plus longs pour la livraison des formules officielles avec impression spéciale. Les commandes de telles formules doivent donc être passées au moins *deux mois* avant l'épuisement du stock. De même, pour les formules en dépôt à la CFIM, il est recommandé de passer commande assez tôt, de manière que les retards éventuels des livraisons ne nuisent pas à la bonne marche des affaires dans les caisses de compensation. Signalons enfin que la prolongation des délais de livraison aura également une influence sur la publication des nouveaux imprimés (tables, directives, circulaires, etc.).

**Répertoire
d'adresses
AVS/AI/APG**

Page 16, caisse 81, Assurance.
Nouvelle adresse: Alfred-Escher-Strasse 9.
Les autres données ne changent pas.

**Nouvelles
personnelles**

M. *Th. Studer*, gérant de l'Office régional AI de Saint-Gall, a démissionné le 31 mars 1964. Son successeur est M. *Heinrich Niedermann*.

JURISPRUDENCE

Assurance-invalidité

RÉADAPTATION

Arrêt du TFA, du 11 novembre 1963, en la cause A. K.

Article 12, 1^{er} alinéa, LAI. Vu le caractère ambigu de la coxarthrose, une opération de cette affection n'est à la charge de l'AI que si elle vise de manière prépondérante la réadaptation professionnelle. (Refus dans le cas d'un agriculteur âgé de 60 ans.)

Articolo 12, capoverso 1, LAI. Visto il carattere ambiguo della coxartrosi, le spese per l'operazione di questa affezione sono assunte dall'AI, soltanto se l'intervento chirurgico è destinato in modo preponderante all'integrazione professionale. (Rifiuto nel caso di un agricoltore dell'età di 60 anni).

L'assuré, agriculteur né en 1902, souffre depuis des années d'une coxarthrose progressive du côté gauche. Le 13 novembre 1961, il fut envoyé dans une clinique chirurgicale par son médecin; l'examen tomographique de la hanche gauche révéla un gros kyste du sourcil cotyloïdien, de même qu'un kyste de la grosseur d'une noix environ à la tête du fémur avec un léger enfoncement. Ce diagnostic incita le médecin de l'hôpital à entreprendre déjà le 17 novembre 1961 une ostéotomie intertrochantérienne à gauche et une plastie de tissu spongieux. Le 20 novembre 1961, la commission AI reçut une demande de prestations de l'assuré. Elle refusa de prendre en charge l'opération et le séjour à l'hôpital, alléguant que ces mesures médicales, appliquées avant d'avoir fait l'objet d'un prononcé, n'étaient pas urgentes. La caisse de compensation notifia ce refus à l'assuré, tout en l'engageant à présenter en juin 1962 une demande de rente.

L'assuré recourut contre cette décision et demanda l'octroi d'une rente. La commission de recours admit le recours; elle décida que l'AI devait assumer les frais de l'opération et du séjour à l'hôpital selon le tarif en vigueur et qu'une indemnité journalière devait être accordée à l'assuré pendant la période de réadaptation.

Le TFA admit, pour les motifs suivants, l'appel interjeté par la caisse de compensation contre ce jugement:

1. La commission AI a refusé, pour des raisons formelles uniquement, de prendre en charge les frais de l'opération effectuée sans qu'elle l'ait ordonnée. Cependant, au

cours de la procédure de recours, la caisse de compensation se demanda également si l'opération constituait, somme toute, une mesure de réadaptation, et la commission AI se rallia à sa manière de voir. La commission de recours estima alors que les conditions formelles et matérielles étaient remplies pour la prise en charge de l'opération par l'AI. La caisse de compensation ayant motivé son appel seulement en alléguant que l'opération ne visait pas de manière prépondérante la réadaptation, il faut, en l'état de fait présent, examiner ce point en premier lieu.

2. Comme l'a précisé le TFA en appliquant l'article 12, 1^{er} alinéa, LAI, dans la cause H. H. (ATFA 1962, p. 308 = RCC 1963, p. 120), l'expérience montre qu'une seule et même mesure présente souvent simultanément certains caractères du traitement de l'affection comme telle et de la réadaptation. Il faut donc examiner d'abord si la mesure appartient au traitement de l'affection comme telle, qui relègue à l'arrière-plan les desseins (peut-être également présents) de réadaptation professionnelle; en règle générale, le caractère de traitement proprement dit l'emporte lorsque le but prépondérant est de guérir ou d'atténuer un état pathologique labile. Si ces mesures ne constituent pas le traitement de l'affection comme telle, il y a lieu ensuite d'examiner si elles visent avant tout la réadaptation professionnelle dans la proportion voulue ou si elles ont d'autres buts.

3. En règle générale, on ne peut affirmer que l'opération d'une coxarthrose vise essentiellement la guérison d'un état pathologique labile et qu'elle fasse partie du traitement proprement dit de l'affection. Même si, pour une hanche plus ou moins abîmée, on peut voir médicalement une stabilisation de l'affection (après la phase pathologique labile), il ne faut pas oublier que souvent l'arthrose elle-même — comme dans le cas présent — peut encore s'aggraver, ce qui entraîne des douleurs croissantes et d'autres troubles. Si l'on admet néanmoins un état en bonne partie stabilisé, on devra d'autre part appliquer les autres critères de l'article 12 LAI de façon plutôt restrictive. Si ces critères n'apparaissent pas clairement et si l'affection a un caractère indéterminé, l'opération de la coxarthrose ne représente pas une mesure de réadaptation.

Au moment de l'opération, l'assuré avait déjà 60 ans. Il avait donc derrière lui la plus grande partie de sa période d'activité. Celle-ci prend fin en effet, du point de vue de l'AI, à l'âge (65 ans) donnant droit à une rente de l'AVS. Pour la période subséquente, aucune mesure de réadaptation n'est accordée. Il faut aussi tenir compte du fait que l'activité d'un agriculteur exige un grand effort physique et que la période de convalescence et de réadaptation au travail après une opération de la coxarthrose peut durer assez longtemps. En examinant la situation au moment de l'opération — ceci constitue l'élément déterminant en l'espèce — et en tenant compte du caractère de l'affection, on doit constater que cette intervention ne visait pas de manière prépondérante la réadaptation au sens de la loi, mais avait d'autres buts. Cet examen est, en outre, confirmé par le résultat pratique de l'opération: selon une expertise médicale demandée par la caisse de compensation, l'assuré est atteint d'une invalidité probablement permanente (degré: 60 pour cent); ce sont surtout les fortes douleurs qui ont pu être supprimées par l'intervention chirurgicale. Or, si c'est la suppression des douleurs qui est prépondérante et que la capacité de gain ne s'en trouve pas influencée dans une plus large mesure, on ne peut pas dire que l'opération ait eu pour but essentiel la réadaptation professionnelle.

4. L'opération n'étant pas reconnue comme mesure de réadaptation, l'AI ne doit pas en assumer les frais. L'assuré n'a pas droit non plus à une indemnité journalière, vu que celle-ci n'est accordée, conformément à l'article 22 LAI, que pendant la période de réadaptation. Il est dès lors superflu d'examiner si les conditions prévues à l'arti-

cle 78, 2^e alinéa, RAI (dans la teneur du 10 juin 1963), pour la prise en charge d'une mesure appliquée sans avoir été ordonnée par la commission AI, sont remplies.

La demande la plus pressante de l'assuré concerne d'ailleurs l'octroi d'une rente. Présentée déjà durant la procédure de recours, cette demande est renvoyée à la commission AI; en ce qui concerne le début du droit à la rente, il faudra examiner si c'est la variante 1 ou 2 de l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI qui est applicable.

Arrêt du TFA, du 6 décembre 1963, en la cause E. H.

Article 12, 1^{er} alinéa, LAI. Dans le cas d'un assuré âgé de 58 ans, l'opération de l'otosclérose, qui dans 20 pour cent des cas ne permet pas d'obtenir une amélioration durable de l'ouïe, ne vise pas directement la réadaptation professionnelle.

Articolo 12, capoverso 1, LAI. Nel caso di un assicurato dell'età di 58 anni, l'operazione della otosclerosi, che nel 20 per cento dei casi non permette di ottenere un durevole miglioramento dell'udito, non costituisce un provvedimento sanitario destinato direttamente all'integrazione professionale.

L'assuré, né en 1904, souffre d'otosclérose, ce qui lui valut, dès l'âge de 35 ans, d'être déclaré inapte au service. De 1935 à 1962, il put remédier à cette infirmité par des appareils acoustiques. Le 12 novembre 1962, l'assuré demanda des prestations de l'AI, en alléguant notamment que son sixième appareil acoustique était fort usagé et que par conséquent il désirait se soumettre à une intervention chirurgicale, qui aurait lieu le 23 ou le 24 novembre 1962. L'assuré fut informé par décision de la caisse de compensation que l'opération proposée par le médecin ne pouvait être prise en charge, vu qu'elle constituait le traitement de l'affection comme telle. La commission de recours rejeta le recours présenté contre cette décision.

Le TFA, de son côté, rejeta pour les motifs suivants l'appel interjeté par l'assuré :

1. ...

2. Comme la commission de recours l'a constaté, l'opération de l'otosclérose effectuée en novembre 1962 ne constitue pas le traitement de l'affection comme telle; elle vise à améliorer un état défectueux stable et non à guérir ou à atténuer un état pathologique labile. En revanche, la commission de recours arrive à la conclusion que l'opération n'a pas pour but principal la réadaptation professionnelle au sens mentionné ci-dessus. Le TFA n'a aucune raison de s'écarter du jugement cantonal. Il faut relever d'abord que l'assuré, né en 1904, se trouvait en 1962, vers la fin de sa période d'activité; cette période, du point de vue de l'AI, s'achève lorsque l'assuré atteint l'âge donnant droit à une rente de l'AVS (65 ans pour les hommes), âge à partir duquel l'octroi de mesures de réadaptation est exclu (arrêt G. W., ATFA 1962, p. 312 = RCC 1963, p. 126). De plus, il est faux de prétendre que l'opération, en dépit de l'usage d'un appareil acoustique, est devenue indispensable, faute de quoi l'assuré aurait dû abandonner son activité professionnelle. En effet, selon l'argumentation non réfutée de la commission de recours, l'emploi d'un appareil acoustique aurait aussi permis à l'assuré de poursuivre une

activité professionnelle. Cela ressort d'ailleurs clairement des indications du médecin, qui décrit l'affection comme étant stabilisée et estime que l'exercice d'une activité est possible « avec un appareil acoustique ou après une opération réussie ». Selon la publication d'un spécialiste présentée en procédure de recours par l'assuré, les opérations de l'otosclérose effectuées selon les procédés les plus modernes ne permettent pas, dans 20 pour cent des cas, d'obtenir une amélioration durable de l'ouïe. Dans ces conditions, et vu la courte période d'activité que l'assuré a encore devant lui, on ne peut pas affirmer que l'opération effectuée en novembre 1962 vise directement la réadaptation professionnelle au sens mentionné ci-dessus. Comme il ressort de l'arrêt G. W. cité plus haut, les mesures médicales ne visent plus essentiellement la réadaptation professionnelle si l'assuré a déjà derrière lui une partie importante de sa période d'activité.

3. C'est donc à juste titre que l'administration et la commission de recours ont refusé de mettre à la charge de l'AI les frais de l'opération effectuée en novembre 1962. Puisque cette intervention ne constitue pas une mesure de réadaptation, il est superflu d'examiner s'il existe un empêchement légal formel à sa prise en charge ultérieure (ce que la commission de recours nie).

Ainsi qu'elle l'a déclaré en procédure de recours, la commission AI ne s'est pas prononcée sur la prise en charge d'une seconde opération prévue pour 1964; le TFA ne saurait donc entrer en matière sur ce point-là. Toutefois, l'assuré doit savoir, dès maintenant qu'un prononcé de la commission AI concernant cette seconde opération ne sera probablement pas différent du premier.

Arrêt du TFA, du 28 décembre 1963, en la cause R. T.

Article 78, 2^e alinéa, RAI. Exécution d'une opération pour des motifs valables en cas d'épiphyséolyse. (Considérant 1.)

Article 12, 1^{er} alinéa, LAI. Les actes médicaux en cas d'épiphyséolyse, en particulier toutes les mesures médicales appliquées dans les stades qui précèdent le stadium progrediens (stadium imminens et stadium incipiens), appartiennent en principe au traitement de l'affection comme telle. (Considérant 2.)

Si, dans le cas d'un assuré qui va atteindre l'âge de la formation professionnelle, l'évolution rapide de l'affection fait prévoir exceptionnellement que le stadium progrediens et l'état stabilisé sont imminents, une intervention chirurgicale, recommandée par le médecin, est réputée mesure de réadaptation de l'AI. (Considérant 3.)

Articolo 78, capoverso 2, OAI. Esecuzione di un'operazione per motivi importanti nel caso di epifisiolisi. (Considerando 1.)

Articolo 12, capoverso 1, LAI. Gli interventi medici in caso d'epifisiolisi, in modo particolare tutti i provvedimenti sanitari eseguiti negli stadi che precedono lo stadio progrediens (stadium imminens e stadium incipiens), fanno parte, in via di principio, della cura vera propria dell'affezione come tale. (Considerando 2.)

Se, nel caso di un assicurato che sta per raggiungere l'età della formazione professionale, lo sviluppo rapido dell'affezione lascia eccezionalmente pre-

vedere che lo stadium progrediens e quello stabilizzato sono imminenti, un intervento chirurgico, consigliato dal medico, è considerato provvedimento d'integrazione dell'AI. (Considerando 3.)

L'assurée, née en 1947, a perçu pour la première fois en juin 1961 une douleur au-dessus de l'articulation de la hanche gauche. Un médecin radiologue, consulté, ne parvint pas à établir un diagnostic pathologique sûr. Au début de l'année 1962, les douleurs augmentèrent; le 16 avril, le même médecin constata une épiphyséolyse de la tête du fémur (décollement de l'extrémité supérieure du fémur) du côté gauche et nota:

«Contrairement au diagnostic du 19 juin 1961, on voit maintenant sur la radiographie un aplatissement de la tête du fémur, qui étreint le col en direction de l'intérieur. La fente épiphysaire n'est plus visible. Sur la radiographie axiale, on remarque maintenant avec netteté un glissement dorsal de la tête, avec de petits ostéophytes sur la métaphyse. La tête a reculé d'environ 1 cm.»

En avril 1962, l'assurée subit une ostéotomie effectuée sous la tête du fémur gauche. Avant de quitter l'hôpital, elle reçut une attelle de Thomas. Un contrôle était envisagé au bout d'un délai de six mois.

Le 2 mai 1962, l'assurée demanda des prestations à l'AI. La commission AI décida la prise en charge de l'attelle et des contrôles nécessités par ce moyen auxiliaire; elle refusa, en revanche, d'assumer les frais de l'opération, celle-ci n'étant pas une mesure de réadaptation. La décision de refus des mesures médicales fut notifiée à l'assurée par la caisse de compensation le 21 septembre 1962. Un recours contre cette décision fut admis; l'autorité de recours mit à la charge de l'AI les frais de l'opération, du séjour à l'hôpital et des contrôles post-opératoires jusqu'au 31 décembre 1962, conformément au tarif.

L'OFAS a porté ce jugement cantonal devant le TFA. Voici ses arguments:

Selon l'expertise demandée au professeur Baumann, de Langenthal, en la cause J. S. (arrêt du 16 avril 1963, RCC 1963, p. 410), on peut distinguer trois stades dans l'évolution de l'épiphyséolyse: les stades *imminens*, *incipiens* et *progrediens*. Dans l'arrêt J. S., le TFA a jugé qu'une opération effectuée au troisième stade (qui aboutit à un état stabilisé) pouvait être considérée comme mesure de réadaptation au sens de l'article 12 LAI, alors que tous les autres actes précédents visaient principalement le traitement de l'affection comme telle. En l'espèce, l'histoire de la maladie et les radiographies montrent que l'affection opérée est une épiphyséolyse au stade *incipiens*. Par conséquent, les frais liés à cette opération ne peuvent être mis à la charge de l'AI, bien que l'assurée ait atteint l'âge où commence la formation professionnelle.

Après la circulation du dossier, le professeur Baumann a présenté au TFA le rapport suivant:

« Bien que j'aie défini, dans mon expertise, les trois stades classiques de la maladie, il ne faut toutefois pas schématiser la distinction entre les stades *incipiens* et *progrediens*. Je n'ai pas sous les yeux les radiographies de l'assurée, mais il faut considérer comme établi, en se fondant sur les diagnostics du radiologue, que le glissement de l'épiphyséolyse a fait des progrès rapides entre le 19 juin 1961 et le 16 avril 1962. Ce glissement d'un centimètre en arrière atteint ainsi, morphologiquement, un degré qui est très proche, sinon identique, de celui qui caractérise le stade *progrediens*. L'évolution objectivement constatée, étonnamment rapide, qui est survenue pendant la puberté vers un état stabilisé comportant une grave difformité, doit certainement être inter-

prétée comme un symptôme du stade *progreadiens*. Les circonstances décrites doivent également avoir motivé l'indication et l'exécution rapide de l'ostéotomie.

Je suis convaincu, par conséquent, qu'il s'agit, en l'occurrence, de mesures visant à éliminer un grave défaut, partiellement déjà existant, et à empêcher une aggravation imminente (opération et traitement consécutif). Ces mesures n'ont pu être remises à plus tard; elles ont donc été appliquées principalement dans l'intérêt de la formation professionnelle et de la réadaptation à la vie active ».

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

1. L'assurée ayant subi une opération sans prononcé préalable de la commission AI, il y a lieu de se demander d'abord si les conditions de prise en charge, telles qu'elles sont énoncées à l'article 78, 2^e alinéa, RAI (teneur du 10 juin 1963), sont remplies en l'espèce. Cette disposition prévoit que l'AI prend 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 six mois après le début de leur application. L'assurée a déposé sa demande le 2 mai 1962, soit une semaine après l'opération, si bien que le délai de six mois a été observé. L'épiphyséolyse ayant rapidement empiré et l'assurée étant empêchée par ses douleurs de marcher normalement, on peut parler ici de motifs valables justifiant une opération immédiate. Aucun obstacle formel ne s'oppose donc à la prise en charge par l'AI.

2. ...

Pour déterminer si un acte médical appliqué à un assuré mineur vise principalement la réadaptation professionnelle et s'il est de nature à améliorer la capacité de gain d'une manière durable et importante, il faut se fonder sur l'article 5, 2^e alinéa, LAI. Aux termes de cette disposition, les assurés mineurs, atteints dans leur santé physique ou mentale et qui n'exercent pas d'activité lucrative, sont réputés invalides si l'atteinte à leur santé aura vraisemblablement pour conséquence une incapacité de gain. Dans le cas des mineurs sans activité lucrative, il faut donc, en examinant si l'invalidité ouvre droit à des mesures de réadaptation, envisager le moment où ces jeunes assurés vont entrer dans la vie professionnelle. La pratique a montré que dans les cas d'affections typiquement juvéniles, qui représentent à vrai dire des phénomènes pathologiques labiles, des interventions chirurgicales uniques, visant à empêcher le mal d'atteindre l'état stable imminent (y compris les traitements indispensables avant et après l'opération), peuvent tout de même représenter des mesures de réadaptation. En ce qui concerne l'épiphyséolyse, il a été déclaré que la correction opératoire de la difformité au dernier stade, le plus grave, de cette affection (*status progreadiens*) était une mesure médicale de réadaptation lorsque le patient se trouvait à l'âge où commence la formation professionnelle; dans tous les autres cas, les actes médicaux se rapportant à l'épiphyséolyse, notamment les actes effectués dans les stades précédents (*imminens* et *incipiens*) font partie du traitement de l'affection comme telle (arrêt J. S. déjà mentionné).

3. Les arguments de cet arrêt J. S. restent valables en l'espèce. Toutefois, il appert du rapport du professeur Baumann que les deux derniers stades de l'épiphyséolyse (*incipiens* et *progreadiens*) ne peuvent, du point de vue de l'article 12 LAI, être distingués schématiquement de manière à conclure que seul le dernier puisse motiver la mesure médicale d'une correction de la difformité. Si l'évolution rapide de l'affection fait prévoir, exceptionnellement, à l'âge où commence la formation professionnelle, que le dernier stade, suivi d'une stabilisation du mal, est imminent, une intervention chirurgicale recommandée médicalement doit également être réputée mesure de réadaptation. En l'espèce, cette situation exceptionnelle se trouve réalisée; par conséquent,

l'opération visant à corriger la difformité représente une mesure médicale de réadaptation, d'autant plus que, comme le fait remarquer le professeur Baumann, l'aggravation étonnamment rapide pendant la puberté est le symptôme indubitable du stade *progrediens*.

Arrêt du TFA, du 27 décembre 1963, en la cause M. M.

Articles 12, 1^{er} alinéa, et 13 LAI. Les contrôles médicaux réguliers d'un adulte menacé de glaucome et de décollement de la rétine ne sont pas des mesures de réadaptation au sens de l'AI. (Considérant 1.)

Article 21, 1^{er} alinéa, LAI. Les lunettes ne sont pas à la charge de l'AI si l'assuré doit seulement se soumettre à des contrôles médicaux et que ceux-ci ne constituent pas des mesures médicales au sens des articles 12 ou 13 LAI. (Considérant 2.)

Articoli 12, capoverso 1, e 13 LAI. I controlli medici regolari di un adulto minacciato di glaucoma e di distacco della retina non sono considerati provvedimenti d'integrazione a sensi dell'AI. (Considerando 1.)

Articolo 21, capoverso 1, LAI. Le spese per gli occhiali non sono assunte dall'AI quando l'assicurato deve sottoporsi a dei controlli medici e quest'ultimi non costituiscono dei provvedimenti sanitari secondo l'articolo 12 o 13 LAI. (Considerando 2.)

L'assurée, née en 1913, est atteinte de myopie très prononcée. Depuis l'âge de 7 ans, elle porte des lunettes qu'on a dû renforcer de plus en plus avec les années; parallèlement, l'acuité visuelle des deux yeux a diminué peu à peu. L'assurée a présenté une demande de prestations à l'AI en mars 1961. Un oculiste a informé la commission AI qu'il faudrait éventuellement fournir des verres de contact. Le rapport d'une polyclinique ophtalmologique indique: « vision à distance 0,1 aux deux yeux, corrigée de près 0,4 aux deux yeux, à une distance de lecture de 10 cm. Réfraction: à droite — 25 sph., à gauche — 26 sph. »

Le rapport de la clinique ophtalmologique mentionne en outre que l'affection existe vraisemblablement depuis la naissance, qu'aucune mesure médicale particulière n'est nécessaire et que les lunettes actuelles de l'assurée sont suffisantes.

Par décision du 19 février 1963, la caisse de compensation a notifié à l'assurée que, conformément au prononcé de la commission AI, aucune mesure médicale relative à l'affection oculaire ne pouvait être octroyée et que les lunettes dont l'assurée avait besoin n'étaient pas à la charge de l'AI, puisqu'elles ne constituaient pas le complément important d'une mesure médicale.

L'assurée a recouru contre cette décision, faisant valoir qu'une rente lui était due et qu'il fallait essayer des verres de contact. L'autorité de recours rejeta ce recours.

Le TFA, de son côté, a rejeté, pour les motifs suivants, l'appel interjeté par l'assurée contre le jugement cantonal:

1. La polyclinique ophtalmologique estime que la myopie de l'assurée ne nécessite aucune mesure médicale particulière. L'OFAS, en revanche, déclare que l'assurée a besoin de contrôles médicaux réguliers pour menace de glaucome et décollement de la rétine. On peut admettre avec raison que de tels contrôles sont indiqués médicalement; ils ne font cependant pas partie des mesures médicales au sens de l'article 12 ou 13 LAI et ne sont dès lors pas à la charge de l'AI.

a. Les contrôles médicaux en question ne sont ni directement nécessaires à la réadaptation professionnelle, ni de nature à améliorer la capacité de gain au sens de l'article 12, 1^{er} alinéa, LAI. Le Conseil fédéral a arrêté en outre à l'article 2, 1^{er} alinéa, RAI, que les mesures médicales accordées aux conditions prévues à l'article 12, 1^{er} alinéa, LAI, comprenaient « des actes médicaux uniques ou répétés dans une période limitée ». Ainsi que le TFA l'expose dans l'arrêt F. J. (ATFA 1961, p. 318 = RCC 1962, p. 72), cette précision ne sort pas du cadre de la définition générale donnée par l'article 12 LAI. Les contrôles médicaux doivent être répétés, en l'espèce, pendant une durée illimitée; les conditions prévues à l'article 2, 1^{er} alinéa, RAI ne seraient donc pas non plus remplies.

b. En principe, les mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales sont octroyées aux mineurs (art. 13 LAI). Les assurés majeurs n'ont droit, conformément à l'article 85, 2^e alinéa, LAI, aux prestations prévues à l'article 13 LAI que « si l'infirmité congénitale peut être supprimée ou durablement atténuée par des mesures médicales de courte durée ». Au cas où la myopie de l'assurée majeure constituerait une infirmité congénitale, cette condition ne serait pas remplie en ce qui concerne les contrôles, car ceux-ci — comme il est dit plus haut — doivent être répétés pendant une durée illimitée; en outre, ils ne seraient pas de nature à supprimer ou atténuer l'infirmité congénitale.

2. Or, si les contrôles, seuls actes médicaux entrant en ligne de compte pour le moment, ne constituent pas des mesures de réadaptation, l'AI ne peut non plus assumer les frais de lunettes dont l'assurée a besoin. Car, conformément à l'article 21, 1^{er} alinéa, LAI, les lunettes ne sont fournies par l'AI que si elles sont le complément important de mesures médicales de réadaptation. Certes, le TFA, dans l'arrêt du 5 juillet 1963 en la cause B et M. W. (RCC 1963, p. 504), admet que l'AI doit accorder des lunettes aux mineurs lorsqu'elles servent à corriger une anomalie congénitale très prononcée de la réfraction au sens de l'article 2, chiffre 158, OIG; il n'est alors pas nécessaire de se demander si les lunettes sont le complément important de mesures médicales. En l'espèce, l'assurée majeure ne peut toutefois rien en déduire en sa faveur, même si la myopie aujourd'hui très prononcée devait être congénitale. La pratique administrative considère qu'en présence d'anomalies congénitales très prononcées de la réfraction, les lunettes constituent la seule mesure possible et nécessaire permettant d'atteindre le résultat visé, chez les mineurs, par l'article 13 LAI. Les assurés majeurs, eux, n'ont droit aux prestations de l'article 13 LAI qu'aux conditions restrictives de l'article 85, 2^e alinéa, LAI; il doit s'agir notamment de mesures de courte durée. Comme l'assurée devra probablement porter des lunettes sa vie durant, on ne saurait parler ici de l'obtention, par une mesure de courte durée, d'un résultat visé par la loi.

Point n'est besoin de déterminer encore si les verres de contact demandés par l'assurée doivent être assimilés à des lunettes, ainsi que l'admet l'autorité de première instance. De toute façon, les verres de contact ne pourraient être fournis par l'AI que s'ils permettaient d'atteindre un meilleur résultat que des lunettes. Cela ne ressort pas du dossier. Selon le rapport de la policlinique ophtalmologique, les lunettes suffisent; seul l'oculiste parle de la nécessité « éventuelle » de verres de contact. D'ailleurs, l'assurée déclare dans son appel qu'elle désire continuer de porter ses lunettes et n'aimerait les échanger que de temps à autre contre des verres de contact.

3. Comme l'autorité de première instance en a déjà décidé, le dossier sera renvoyé à la commission AI, qui examinera la question de la réadaptation professionnelle de l'assurée. Celle-ci travaille comme employée de maison, mais elle possède un

diplôme de commerce; il s'agira donc de voir si l'on ne pourrait pas lui procurer une place qui corresponde mieux à sa formation et à ses aptitudes (éventuellement après un reclassement). Au cas où la réadaptation ne réussirait pas, l'AI devrait se prononcer sur le droit à la rente; l'argument de l'autorité de première instance, comme quoi il n'y aurait pas d'invalidité motivant l'octroi d'une rente, ne s'opposerait pas à un tel examen, vu qu'aucune décision n'a été rendue à ce sujet.

Arrêt du TFA, du 17 décembre 1963, en la cause W. N.

Article 21, 1^{er} alinéa, LAI; article 16, 2^e et 3^e alinéas, RAI. Les dépenses nécessaires pour maintenir ou rétablir le bon fonctionnement et la sécurité routière d'un véhicule à moteur sont réputées frais de réparation et de remplacement; les dépenses courantes, faites pour que le véhicule soit toujours prêt à servir, font partie des frais d'entretien. L'usure normale des pneus est assimilée à la consommation du matériel d'entretien. En revanche, les frais de pneus de rechange ou de remise en état de pneus abîmés accidentellement font partie des frais de remplacement ou de réparation.

Articolo 21, capoverso 1, LAI; articolo 16, capoversi 2 e 3 OAI. Le spese necessarie per mantenere o ristabilire il buon funzionamento e la sicurezza di marcia di un veicolo a motore sono considerate spese di riparazione e di sostituzione. Le spese correnti, necessarie per poter sempre disporre del veicolo, fanno parte delle spese di manutenzione. Le spese per il cambio dei pneumatici normalmente usati fanno parte della manutenzione. Per contro le spese per la sostituzione o la riparazione di pneumatici danneggiati in seguito ad infortunio o ad altra causa di natura violenta, fanno parte delle spese di sostituzione rispettivamente di riparazione.

L'assuré, fonctionnaire des CFF, fut atteint de poliomyélite en 1944 et resta dès lors gravement handicapé dans sa marche. Depuis 1949, il travaille de nouveau dans les CFF et utilise une automobile pour se rendre à son travail. Conformément au prononcé de la commission AI, la caisse de compensation, en date du 24 août 1961, rendit une décision mettant à la charge de l'AI, dès janvier 1960, les frais de réparation et de remplacement de ce véhicule, en vertu de l'article 16 RAI.

Le 14 septembre 1962, l'assuré envoya à la commission AI les factures suivantes, acquittées, et demanda le remboursement des montants correspondants :

1 batterie	Fr. 137.—	
Travaux à la dynamo, etc.	» 87.50	
2 pneus à neige et chambres à air	» 161.—	
1 nouveau pneu	Fr. 70.—	
1 chambre à air réparée	Fr. 6.—	Fr. 76.—

La caisse de compensation, en date du 18 décembre 1962, répondit négativement, alléguant qu'il s'agissait exclusivement de frais d'entretien (art. 16, 3^e al., RAI). L'assuré ayant fait recours, l'autorité cantonale de recours décida que l'AI assumerait, conformément à l'article 16, 2^e alinéa, RAI, les 137 francs pour la batterie, les 161 francs pour les deux pneus à neige avec chambres à air, de même que les 70 francs

pour un pneu ordinaire, mais qu'elle ne prendrait pas en charge les 87 fr. 50 pour les travaux à la dynamo, ni les 6 francs pour la réparation de la chambre à air, vu qu'ils constituaient des frais d'entretien.

Le TFA a admis en partie, pour les motifs suivants, les appels interjetés par l'assuré et par l'OFAS contre le jugement cantonal:

1. Conformément à l'article 21, 1^{er} alinéa, LAI, l'article 16, 2^e et 3^e alinéas, RAI prévoit ce qui suit:

² L'assurance assume, à défaut d'un tiers responsable, les frais de réparation, d'adaptation ou de remplacement partiel découlant de l'usage normal d'un moyen auxiliaire fourni par elle. Lorsqu'il s'agit de véhicules à moteur, elle n'assume ces frais que dans la mesure où les réparations et renouvellements sont causés par l'utilisation du véhicule entre le domicile de l'assuré et son lieu de travail. Les menus frais sont cependant à la charge de l'assuré.

³ Les frais d'entretien de véhicules à moteur... ne sont pas assumés par l'assurance. Exceptionnellement, elle peut allouer une contribution jusqu'à concurrence de 50 francs par mois.

L'expression de « matériel de consommation » utilisée par l'OFAS pour les pièces et le matériel d'entretien est trop générale, et par conséquent ne peut pas servir de critère de démarcation. Par définition, une voiture automobile légère représente déjà en soi « du matériel de consommation », puisqu'elle est « finie » au bout d'une dizaine d'années. En principe, il semble juste de considérer comme *frais de réparation et de remplacement* ceux qui sont nécessaires au bon fonctionnement et à la sécurité routière d'une automobile privée, et comme *frais d'entretien* courants ceux qui doivent encore être faits pour que le véhicule soit toujours prêt à servir.

Or, une voiture ne fonctionne bien et n'offre toute sécurité que pour autant que le moteur, la boîte à vitesse, la direction, la suspension, l'installation électrique (qui inclut la batterie avec le contact et les feux), les freins et les pneus soient en ordre.

2. Si des pneus en bon état sont considérés comme un élément nécessaire au bon fonctionnement et à la sécurité d'un véhicule, il faut aussi considérer ce qui suit: L'usure normale des pneus dépend du nombre de kilomètres parcourus et présente donc des points communs avec la consommation du matériel d'entretien. Ceci posé, on est tenté d'assimiler l'usure des pneus à la consommation de l'essence et de l'huile dans l'application de l'article 16, 2^e alinéa, RAI. Si l'on assimilait tout de même le renouvellement des pneus usés au remplacement du matériel, la commission AI devrait examiner chaque fois si un nouveau pneu est réellement nécessaire (car l'emploi d'un pneu usagé, mais non encore hors d'usage, peut être prolongé par certaines mesures), et calculer dans chaque cas particulier dans quelle proportion les kilomètres parcourus par l'assuré ont servi au but de réadaptation prévu. Cela exigerait des complications administratives qui ne seraient pas proportionnées à l'intérêt social en jeu.

Vu ce qui précède, il se justifie, en application de l'article 21 LAI, de considérer l'usure normale des pneus sur le même plan que la consommation du carburant. En revanche, les frais occasionnés par la remise en état d'un pneu endommagé accidentellement, ou par l'achat d'un pneu de rechange, pour le remplacer, sont assimilés aux frais de remplacement ou de réparation.

3. Dans le cas présent, les frais de renouvellement de la batterie (137 francs) sont réputés frais de remplacement et sont donc à la charge de l'AI, tandis que l'achat de deux pneus à neige avec une chambre à air (161 francs) et d'un ordinaire (70 francs) rentre dans le cadre des frais d'entretien à la charge de l'assuré.

4. Il reste encore à examiner la facture de 87 fr. 50 pour les travaux à la dynamo, etc. L'assuré ne demande expressément que le remboursement des frais de « réparation de la dynamo », et l'OFAS explique dans son préavis que ce travail peut être considéré comme une réparation, « à l'exception du rechargement de la batterie et du remplacement d'une lampe ». Il n'y a aucune raison de s'écarter de cette opinion, d'autant moins que l'assuré ne refuse pas d'assumer lui-même les frais — d'ailleurs minimes — des deux dernières réparations mentionnées.

Arrêt du TFA, du 5 décembre 1963, en la cause M. B.

Article 16, 3^e alinéa, RAI. L'AI peut allouer pour les frais d'entretien d'un véhicule à moteur, une contribution jusqu'à concurrence de 50 francs par mois, si deux tiers des revenus considérés de l'assuré (et éventuellement de son épouse), additionnés à la contribution aux frais d'entretien, ne dépassent pas la limite de revenu fixée à l'article 42 LAVS. (Considérant 1.)

Article 16, 3^e alinéa, RAI. Dans le cas des assurés mariés, la limite de revenu pour hommes mariés, selon l'article 42 LAVS, est déterminante. Pour chaque enfant mineur, un montant forfaitaire, selon l'article 57, lettre e, RAVS, peut être déduit du revenu brut. (Considérant 2.)

Articolo 16, capoverso 3, OAI. L'AI può assegnare un sussidio mensile fino a un massimo di 50 franchi per le spese di manutenzione di un veicolo a motore, se due terzi dei redditi computabili dell'assicurato (e eventualmente di sua moglie), addizionati al sussidio per le spese di manutenzione, non sorpassano il limite di reddito stabilito dall'articolo 42 LAVS. (Considerando 1.)

Articolo 16, capoverso 3, OAI. Nel caso di assicurati coniugati, è determinante, giusta l'articolo 42 LAVS, il limite di reddito per gli uomini sposati. Per ogni figlio minorenne può essere dedotto dal reddito lordo, secondo l'articolo 57, lettera e, OAVS, un importo globale. (Considerando 2.)

L'assuré est marié et père d'un enfant né en 1948. Il était typographe lorsqu'en 1954, il fut atteint d'une grave poliomyélite qui entraîna la paralysie définitive des deux jambes. Il reçut une indemnité de 50 000 francs de l'assurance contre la paralysie infantile. Depuis l'automne 1956, il travaille de nouveau dans une imprimerie, mais en qualité de correcteur. Il parcourt chaque jour 4 fois 3 kilomètres pour se rendre à son travail au moyen d'une automobile qu'il a achetée en 1956, sur le conseil du médecin, et qu'il a fait transformer pour la conduite à la main. Après que la commission de recours eut invité l'AI, le 27 février 1961, à accorder une contribution de 50 francs par mois aux frais d'entretien de la voiture, à la suite d'un recours déposé par l'assuré, et que l'OFAS eut interjeté appel dans le délai légal, le TFA, dans son arrêt du 4 septembre 1961 (ATFA 1961, p. 251 = RCC 1961, p. 425) a renvoyé la cause à la commission AI pour élucider certains points et rendre un nouveau prononcé. Il déclarait que l'article 16, 3^e alinéa, RAI n'était applicable que si les deux tiers du revenu net de l'assuré (et éventuellement de son épouse), additionnés à la contribution de l'AI aux frais d'entretien, ne dépassaient pas la limite de revenu fixée à l'article 42 LAVS.

A la demande de la commission AI, l'office régional, en date du 13 juillet 1962, fournit les indications suivantes sur la situation financière de l'assuré:

	1959	1960	1961
	Fr.	Fr.	Fr.
Produit du travail et de la fortune	11 446	12 500	13 107
Déduction pour frais d'obtention du revenu:			
— frais de voiture			
(impôt, assurance-responsabilité civile, essence + huile, usure des pneus et matériel d'entretien)	Fr. 694.—		
— amortissements			
1/8 des frais d'achat qui se montent à Fr. 8185.—	Fr. 1023.—	1 717	1 717
Revenu net	9 729	10 783	11 390
	Au 1er janvier 1960	Au 1er janvier 1961	
	Fr.	Fr.	
Fortune	53 328	49 592	

En date du 28 janvier 1963, la caisse de compensation rendit une décision refusant la contribution aux frais d'entretien, vu qu'il ne s'agissait pas d'un cas pénible au sens de l'article 42 LAVS. L'assuré recourut et renouvela sa demande, qui fut rejetée par la commission cantonale de recours.

Le TFA, de son côté, a rejeté, pour les motifs suivants, l'appel interjeté par l'assuré:

1. En principe, un invalide dont la faculté de se déplacer est réduite doit supporter lui-même les frais d'entretien d'un véhicule à moteur personnel; l'AI ne peut accorder une contribution, et au maximum 50 francs par mois (art. 16, 3^e al., RAI), que dans les cas pénibles. On parle de cas pénible si les deux tiers des revenus considérés de l'assuré (et éventuellement de son épouse), additionnés à la contribution aux frais d'entretien, ne dépassent pas la limite de revenu fixée à l'article 42 LAVS. Les règles de calcul déterminantes sont contenues dans les articles 56 à 61 RAVS et 35, 1^{er} alinéa, RAI. Les frais d'obtention du revenu comprennent, notamment, selon l'article 57, lettre a, RAVS, les frais d'entretien de la voiture consacrés aux trajets sur le chemin du travail, de même que, dans les cas où la voiture a déjà été achetée avant le 1^{er} janvier 1960 (entrée en vigueur de l'AI), un amortissement adéquat. Le TFA se réfère au considérant 2 de son arrêt du 4 septembre 1961 (ATFA 1961, p. 254; RCC 1961, p. 425) concernant le cas présent et à ses arrêts ultérieurs en la cause M. D. du 3 décembre 1962 (ATFA 1962, p. 348; RCC 1963, p. 234), et P. C. du 14 décembre 1962 (RCC 1963, p. 171).

2. Pour l'année de cotisations 1960, il faut se fonder sur le revenu brut de 1959 (art. 56 et 59, 1^{er} al., RAVS). Conformément à l'article 57, lettre a, RAVS, les frais d'entretien concernant les 12 kilomètres du chemin du travail, y compris un amortissement adéquat (Fr. 1717.—), peuvent être déduits, de même que, selon

l'article 57, lettre d, 900 francs pour les primes d'assurances et les impôts, et selon l'article 57, lettre e, 900 francs pour un enfant mineur. Pour l'année de cotisations 1960, nous avons donc le résultat suivant (calcul fondé sur les revenus de 1959):

	Fr.	Fr.
Produit du travail + produit de la fortune		11 446
Fortune (au 1 ^{er} janvier 1960)	53 328	
Ne peut être pris en compte (art. 60 RAVS)	16 000	
Fortune prise en considération	<u>37 328</u>	
dont 1/15 ajouté au revenu (art. 60 RAVS)		<u>2 488</u>
Revenu brut		<u>13 934</u>
Déduction selon l'article 57 RAVS		
lettre a: frais d'entretien de voiture et amortissement	1 717	
lettre d: primes d'assurances + impôts	900	
lettre e: déduction forfaitaire pour un enfant	<u>900</u>	<u>1 517</u>
Revenu considéré		<u>10 417</u>

Les deux tiers de 10 417 francs font 6944; ils dépassent d'environ 2900 francs la limite de revenu pour hommes mariés fixée à 4000 francs jusqu'en juin 1961 (art. 42 LAVS, teneur du 22 décembre 1955). La commission AI et la commission de recours, elles, ont calculé les deux tiers du revenu de 1961 et ont appliqué la limite de revenu révisée, soit la somme de 4800 francs plus « l'allocation pour enfants » de 1500 francs = 6300 francs. Cette manière de faire n'est conforme ni à l'article 42, 1^{er} alinéa, LAVS selon lequel la limite de revenu pour hommes mariés est de 4800 francs (elle n'a aucun rapport avec la limite de revenu d'un orphelin de 1500 francs), ni à l'article 57, lettre e, RAVS — dont la base légale est l'article 42, 3^e alinéa, LAVS — selon lequel la somme forfaitaire à déduire du revenu brut de l'assuré est de 900 francs pour chaque enfant mineur. Les arguments de l'OFAS sont donc exacts.

En 1960, de même qu'en 1961 et 1962, il n'y a donc pas eu de cas pénible au sens de l'article 16, 3^e alinéa, RAI, bien que la limite légale de revenu de 4000 francs ait été haussée à 4800 francs à partir de juillet 1961 (art. 42 LAVS, teneur du 23 mars 1961; arrêt en la cause P. C., RCC 1963, p. 171).

RENTES

Arrêt du TFA, du 6 novembre 1963, en la cause H. A.

Articles 29, 1^{er} alinéa, LAI et 29 RAI. La période de 360 jours n'est pas interrompue si l'essai de reprise du travail, étant certainement au-dessus des forces de l'assuré, s'est terminé par un échec, même s'il a duré plus de 30 jours.

Articoli 29, capoverso 1, LAI e 29 OAI. Il periodo di 360 giorni non è interrotto se il tentativo di ripresa del lavoro, essendo provatamente al di

sopra delle forze dell'assicurato, è fallito, anche se esso ha durato più di 30 giorni.

L'assuré, né en 1909, souffre depuis plus de dix ans d'un ulcère du duodenum, auquel se sont ajoutés, il y a quelques années, de graves troubles de la circulation de la jambe droite. Le 14 février 1962, sa santé l'obligea de cesser son travail dans une tuilerie. La même année, il fut opéré (résection de l'estomac et sympathectomie droite). A partir du 24 août 1962, il travailla de nouveau à la tuilerie, d'abord à l'atelier, puis au bureau, mais il dut renoncer de nouveau le 3 octobre suivant. Le médecin confirma, en date du 4 janvier 1963, que l'assuré était totalement incapable de travailler.

En novembre 1962, l'assuré avait demandé des prestations de l'AI. Par décision du 1^{er} mars 1963, la caisse de compensation l'informa que l'AI ne pouvait lui accorder une rente; en effet, il n'avait pas été totalement incapable de travailler pendant 360 jours, puisque la reprise de son travail pendant plus de 30 jours avait interrompu ce délai.

Sur recours de l'assuré, la commission de recours ordonna à la caisse d'allouer une rente dès le 14 février 1963, soit après une durée ininterrompue de 360 jours d'incapacité totale de travail, si l'enquête de la commission AI révélait que l'assuré continuait à subir une incapacité de la moitié au moins. La commission de recours motiva ce jugement en alléguant que l'essai de reprise du travail en été 1962, ayant échoué, n'avait pas influencé le délai de 360 jours.

L'appel interjeté par l'OFAS fut rejeté par le TFA pour les motifs suivants :

1. ...

2. L'incapacité de gain n'est permanente, selon la première variante de l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI, que si elle est due à une atteinte stable de la santé physique ou mentale; elle doit donc subsister pendant toute la période d'activité qui reste à l'assuré. Un processus pathologique (atteinte labile à la santé) n'est en revanche pas censé entraîner une incapacité permanente de gain (arrêt en la cause M. S., du 22 septembre 1962, ATFA 1962, p. 246 = RCC 1963, p. 83). En l'espèce, l'atteinte à la santé est labile et non stabilisée; en outre, l'autorité de première instance n'exclut pas un reclassement de l'assuré dans la vie professionnelle. C'est donc à bon droit qu'une incapacité permanente de gain a été niée.

3. L'autorité de première instance estime que l'assuré a rempli, en février 1963, la condition d'incapacité totale de gain pendant une durée de 360 jours sans interruption; par conséquent, il aurait droit, depuis cette date, à une rente, s'il subit encore une incapacité de gain de la moitié au moins (mais non permanente), selon la seconde variante de l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI. Il est incontesté que l'assuré a été totalement incapable de travailler du 14 février au 24 août 1962, puis du 4 octobre 1962 au 14 février 1963. En revanche, l'OFAS estime que l'on ne saurait admettre une incapacité ininterrompue pendant 360 jours jusqu'en février 1963. Cette période n'est pas interrompue, selon l'article 29 RAI, par une reprise du travail ne durant que 30 jours au plus; mais l'assuré a travaillé plus de 30 jours en été 1962. A en croire les déclarations dignes de foi de l'assuré, cette reprise a cependant été un échec; l'assuré a été occupé d'abord quelque temps à la demi-journée à la tuilerie, puis, ne pouvant accomplir ce travail, il fut affecté au bureau, où il dut également renoncer à poursuivre. Il faut en conclure que l'assuré était empêché par sa santé de travailler à la tuilerie et au bureau. Or, on ne peut parler de capacité de travail que si l'assuré peut effectuer un travail correspondant à ses apti-

tudes et possibilités physiques, mais non lorsque le travail qu'il accomplit dépasse manifestement ses forces. Cette opinion est déjà exprimée dans le rapport des experts pour l'introduction de l'AI (p. 123), selon lequel la durée de 360 jours doit être réputée ininterrompue si les tentatives de reprendre le travail ont été vaines. Si l'article 29 RAI dit que la période de 360 jours d'incapacité de travail n'est pas interrompue par une reprise du travail de 30 jours au plus, cela peut signifier seulement qu'en cas d'activité de si courte durée pendant une longue période d'incapacité de gain, une capacité de gain est exclue d'emblée.

Puisque l'assuré était donc incapable de travailler lors de sa tentative d'activité en été 1962, l'autorité de première instance a admis avec raison que la condition d'incapacité totale de gain pendant 360 jours sans interruption au sens de l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI était remplie en février 1963. La commission AI devra encore examiner, conformément au jugement de première instance, si l'assuré a subi depuis cette date une incapacité de gain d'au moins 50 pour cent non permanente. Si oui, l'assuré a droit à une rente depuis février 1963.

Arrêt du TFA, du 27 août 1963, en la cause M. H.

Article 29, 2^e alinéa, LAI. Une assurée devenue invalide avant l'année qui a suivi son 17^e anniversaire n'a droit à une rente d'invalidité que depuis sa 20^e année, même si elle a payé des cotisations déjà avant 20 ans.

Articolo 29, capoverso 2, LAI. Un'assicurata diventata invalida prima dell'anno susseguente a quello in cui ha compiuto i 17 anni, ha diritto ad una rendita d'invalidità soltanto dopo aver compiuto i 20 anni, anche se ha pagato contributi già prima dei 20 anni.

L'assurée, née le 17 mars 1944, fut atteinte de poliomyélite dans son enfance. N'ayant pas été traitée avec tout le soin nécessaire, elle souffre encore des séquelles de cette affection, soit d'une grave déviation de la colonne vertébrale et de difformités des jambes avec difficultés de locomotion. On essaya en vain d'améliorer son état par des soins orthopédiques et des opérations; au contraire, le mal ne fit que s'aggraver. Selon le rapport médical, l'infirmité s'accroîtra encore et l'assurée aura constamment besoin d'un fauteuil roulant. Le père de l'assurée a occupé sa fille, dans la mesure de ses possibilités physiques, dans son atelier de broderie. Jusqu'à présent, l'AI a accordé les mesures de réadaptation suivantes: chaussures orthopédiques, frais de voyage, remise en prêt d'un fauteuil roulant et frais de traitement par un spécialiste.

Le 2 mars 1960, le père de l'assurée demanda en outre une rente d'invalidité pour sa fille, mais cette demande, considérée comme prématurée, fut rejetée par la caisse de compensation (décision du 19 novembre 1962) et par l'autorité de recours.

Le TFA a rejeté également, pour les motifs suivants, l'appel formé contre ce jugement:

En vertu de l'article 29, 2^e alinéa, LAI, l'appelante, qui est mineure, ne peut prétendre une rente d'invalidité. Une condition, en tout cas, fait défaut, celle de la survenance de l'invalidité après le 31 décembre de l'année dans laquelle l'assurée a eu 17 ans révolus. D'après le dossier, l'appelante est invalide déjà depuis son enfance. Conformément à l'article 85, 1^{er} alinéa, LAI, l'invalidité est réputée survenue lors de l'entrée en vigueur de la LAI le 1^{er} janvier 1960 (cf. arrêt M. H. du 28 novembre 1961, ATFA 1961, p. 339 = RCC 1962, p. 77); à cette date, l'appelante n'avait pas

encore 16 ans. Celle-ci ne peut donc prétendre une rente AI avant l'âge de 20 ans révolus; elle ne peut davantage prétendre une indemnité journalière, car selon l'article 22, 2^e alinéa, LAI, l'octroi d'une telle prestation avant l'âge de 20 ans est lié aux conditions énoncées à l'article 29, 2^e alinéa, de cette loi.

.....

Arrêt du TFA, du 16 octobre 1963, en la cause T. et F.E.

Articles 50 LAI, 20, 3^e alinéa, LAVS, 78 RAVS et 85, 2^e alinéa, RAI. Si des rentes accordées à tort ont été versées à une autorité en vertu de l'article 76, 1^{er} alinéa, RAVS ou 84 RAI, la créance en restitution ne saurait être compensée avec les rentes qui continuent à courir, étant donné que ce n'est pas l'ayant droit, mais l'autorité qui est tenue à restitution. (Considérant 2.)

Articles 85, 2^e alinéa, RAI et 79, 1^{er} alinéa, RAVS. Une créance en restitution contre une autorité ne saurait faire l'objet d'une remise. L'objection de l'autorité, comme quoi la restitution constitue une charge trop lourde pour l'assuré, doit juridiquement être écartée d'avance.

Articolo 50 LAI; articolo 20, capoverso 3, LAVS; articolo 78 OAVS e articolo 85, capoverso 2, OAI. Se delle rendite indebitamente assegnate sono state pagate ad un'autorità in virtù dell'articolo 76, capoverso 1, OAVS o 84 OAI, il credito per restituzione non può essere compensato con le rendite in corso, dato che non è l'avente diritto alla rendita che è tenuto alla restituzione, ma l'autorità. (Considerando 2.)

Articolo 85, capoverso 2, OAI; articolo 79, capoverso 1, OAVS. Un credito per restituzione verso un'autorità non può essere condonato. L'obiezione dell'autorità secondo la quale la restituzione costituisce un onere troppo grave per l'assicurato deve a priori essere considerata giuridicamente irrilevante.

L'assuré, né en 1923, souffrait depuis 1958 de douleurs dans le dos. En 1960, une tuberculose de la colonne vertébrale fut constatée, raison pour laquelle il dut se rendre dans un sanatorium du 1^{er} juillet 1960 à fin octobre 1961. Le 1^{er} juillet 1961, l'autorité d'assistance de sa commune d'origine présenta pour lui une demande de rente auprès de l'AI; elle demanda que la rente lui soit versée à elle. La commission AI fixa le degré d'invalidité à 100 pour cent en admettant que l'incapacité totale de travail due à la maladie existait depuis le 1^{er} juillet 1960. Par décision du 4 novembre 1961, la caisse de compensation accorda à l'assuré, dès le 1^{er} juillet 1960, mais jusqu'au 31 décembre 1961 au plus tard, une rente entière simple d'invalidité, ainsi que quatre rentes complémentaires correspondantes pour sa femme et ses trois enfants mineurs, en précisant que ces rentes devaient être versées à l'autorité d'assistance.

Par prononcé du 4 avril 1962, la commission AI n'accorda plus qu'une demi-rente à l'assuré à partir du 1^{er} janvier 1962; elle signala à la caisse de compensation que le délai de 360 jours prévu par l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI, n'avait pris fin que le 1^{er} juin 1961, de sorte que la rente entière d'invalidité octroyée à l'origine n'aurait dû être accordée que dès cette dernière date. Sur ce, la caisse de compensation fit savoir à l'intéressé, le 5 juin 1962, que dès le 1^{er} janvier 1962 il avait droit à une demi-rente AI avec les rentes complémentaires correspondantes, qui seraient versées à l'autorité d'assistance. Elle releva en outre que la rente AI entière et les rentes

complémentaires avaient été versées à tort pour la période du 1^{er} juillet 1960 au 31 mai 1961. Simultanément, la caisse de compensation compensa la demi-rente AI due rétroactivement à l'assuré dès le 1^{er} janvier 1962, pour un montant total de 972 francs, avec la créance en restitution de 3069 francs, et notifia à l'autorité d'assistance un ordre de restitution de 2097 francs.

Le 20 juin 1962, l'autorité d'assistance transmet une demande de remise de l'ayant droit à la caisse de compensation en la préavisant favorablement. Le bénéficiaire de rente y allègue que son exploitation de paysan de montagne est lourdement grevée de dettes, qu'il ne dispose d'aucun argent comptant, qu'il doit de plus entretenir ses parents âgés et qu'il n'est plus que partiellement capable de travailler, raisons pour lesquelles il serait obligé de vendre une partie de son bétail si la caisse de compensation maintenait son ordre de restitution. La caisse de compensation refusa la remise parce que, selon l'article 79 RAVS, les autorités d'assistance ne peuvent pas objecter qu'elles seraient mises dans une situation difficile.

Le Conseil communal de la commune de domicile recourut contre cette décision de refus, en faisant valoir que l'assuré avait touché la rente de bonne foi et que la restitution constituerait pour lui une charge trop lourde. Il releva en outre que le bénéficiaire n'était pas indigent et qu'il ne s'agissait dès lors pas d'un cas d'assistance. L'autorité d'assistance n'avait accepté ces versements de rentes que pour procéder, au nom de l'assuré, au désendettement de l'exploitation agricole. Enfin, il était douteux que la compensation d'une partie de la créance en restitution avec le paiement rétroactif de la demi-rente AI de 972 francs fût compatible avec l'esprit de l'AI. L'autorité de première instance écarta le recours.

Le TFA a admis les appels interjetés par le Conseil communal et l'assuré en ce qui concerne la compensation, mais les rejeta pour le reste et cela pour les motifs suivants:

1. ...
2. ...

La compensation litigieuse ne peut être considérée comme valide que si les deux créances en question sont compensables. Bien que les rentes incontestablement versées à tort fussent destinées à être utilisées pour l'assuré, la créance en restitution de la caisse de compensation peut être exercée uniquement contre l'autorité d'assistance, soit contre la commune, car c'est à elle que les rentes ont été versées selon la décision du 4 novembre 1961. Or, l'autorité d'assistance n'était pas le représentant légal de l'assuré au sens de l'article 78 RAVS, mais une autorité. Etant donné que la décision du 4 novembre 1961 n'a pas fait l'objet d'un recours et qu'elle est dès lors devenue entièrement exécutoire, les organes juridictionnels n'ont — contrairement à l'avis de la commune — pas à examiner si le versement en question était en tous points conforme à l'article 76, 1^{er} alinéa, RAVS. Il suffit de constater que ce n'est qu'en vertu de l'article 76 RAVS que la caisse de compensation était autorisée à verser la rente à l'autorité d'assistance, sur demande de laquelle ce versement fut d'ailleurs effectué, comme cela ressort du mémoire d'appel.

Si c'est la commune, et elle seule, qui est tenue à restitution, il en découle qu'il est impossible de compenser une partie de la créance en restitution, du fait que les deux créances en jeu ne sont pas compensables. En effet, la caisse de compensation n'a aucune créance en restitution contre l'assuré et ne peut dès lors procéder à une compensation à son égard; par rapport à la commune, il n'existe pas de créance qui pourrait faire l'objet d'une compensation puisque son droit d'exiger le versement de la rente en vertu de l'article 76, 1^{er} alinéa, RAVS, pour autant qu'il ait été établi

par une décision entrée en force, se limite au *versement* seulement. Or, un tel droit ne peut, de par sa nature même, faire l'objet d'une compensation.

Outre cette impossibilité, de nature juridique, de procéder à la compensation précitée, de telles opérations de compensation sont également contraires à l'esprit de la jurisprudence concernant l'article 20, 3^e alinéa, LAVS (cf. ATFA 1956, p. 60 = RCC 1956, p. 194). Elles sont de plus incompatibles notamment avec l'article 76 RAVS; cette disposition ne saurait être appliquée abusivement pour recouvrer des créances en restitution dans des cas où — comme en l'espèce — l'assuré, à la charge de l'assistance, ne peut pas faire valoir sa bonne foi et sa propre situation difficile dans la procédure de remise. De plus, selon l'article 76, 3^e alinéa, RAVS, l'autorité d'assistance est tenue d'utiliser la rente uniquement pour « l'entretien de l'ayant droit et des personnes à sa charge ». Or, c'est précisément ce que la compensation empêcherait, sans que la caisse de compensation puisse faire en sorte que, pour la période durant laquelle la compensation a lieu, l'ayant droit ait touché l'équivalent de sa rente, intégralement compensée, à un titre autre que celui d'une éventuelle indigence.

Par conséquent, la demande formulée sous chiffre 3 du mémoire d'appel doit en principe être approuvée.

3. Sous chiffre 2 du mémoire d'appel, il est proposé d'annuler la décision de restitution de la caisse de compensation du 5 juin 1962, ainsi que le refus d'accorder la remise (décision du 5 juillet 1962), et de mettre l'assuré au bénéfice d'une remise de la restitution des rentes indûment touchées (3069 francs).

Etant donné que seule la commune est tenue à restitution, l'assuré n'est pas légitimé à présenter une demande de remise. L'unique question qui se pose est donc celle de savoir s'il peut être fait remise à la commune de l'obligation de restituer 2097 francs, montant qui a été exigé en restitution par décision du 5 juin 1962 entrée en force.

Aux termes de la dernière phrase de l'article 79, 1^{er} alinéa, RAVS, les autorités auxquelles les rentes ont été versées conformément à l'article 76, 1^{er} alinéa, RAVS, ne peuvent invoquer le fait qu'elles seraient mises dans une situation difficile. Il n'y a aucune raison de douter que cette disposition soit conforme à la loi, d'autant moins que la jurisprudence a, dès l'origine, interprété la notion de « charge trop lourde » dans un sens strictement économique et qu'elle serait dès lors de toute façon arrivée au même résultat. La commune ne saurait donc invoquer le fait que sans remise, une charge trop lourde en résulterait pour *elle*. D'autre part, contrairement à l'opinion exprimée par la commune, l'argument selon lequel la restitution constituerait une charge trop lourde pour l'assuré doit d'avance être écarté, car, du point de vue du droit des assurances sociales, l'assuré se situe complètement en dehors de la procédure en restitution dirigée contre l'autorité d'assistance, ainsi que cela ressort de la deuxième phrase de l'article 78 RAVS et, en outre, de la dernière phrase de l'article 79, 1^{er} alinéa, RAVS.

Si donc les autorités ne peuvent invoquer le fait que la restitution les mettrait dans une situation difficile, la « remise de l'obligation de restituer ne peut donc pratiquement pas leur être accordée » (cf. arrêt du TFA, du 14 juillet 1953, en la cause Office des tutelles de K., RCC 1953, p. 449). La demande de remise doit donc être rejetée.

Feuillets collants pour les recueils AVS, AI et APG

Modifications de la LAVS

selon la loi fédérale du 19 décembre 1963

Numéro de commande: 318.300.1 - Prix: Fr. 1.—

Modifications de la LAI

selon les lois fédérales du 19 décembre 1963
sur la revision de l'AVS et de l'assurance militaire

Numéro de commande: 318.500.2 - Prix: Fr. —.15

Modifications de la LAPG

selon la loi fédérale du 19 décembre 1963

Numéro de commande: 318.700.2 - Prix: Fr. —.25

*

*En vente à la Centrale fédérale des imprimés et du matériel
Berne 3*

OFFICE FÉDÉRAL DES ASSURANCES SOCIALES

**Tables de calcul
des allocations journalières APG
et
des indemnités journalières AI**

Valables dès le 1^{er} janvier 1964

Ces tables indiquent les montants journaliers des allocations pour personnes seules et des allocations de ménage, seules ou combinées avec les allocations pour enfants. Les bases de calcul sont les salaires horaires pour une semaine de travail normale de 40 à 57 heures, le salaire des quatre dernières semaines, le salaire mensuel et le revenu annuel du travail. La brochure est bilingue (allemand/français) et comporte un index à encoches.

*

*En vente sous N° 318.116
à la Centrale fédérale des imprimés et du matériel, Berne 3*

Prix: Fr. 1.70



No 5 Mai 1964

**AVS
AI
APG**

**Assurance-vieillesse
et survivants**

Assurance-invalidité

**Allocations aux militaires
pour perte de gain**

RCC

Revue à l'intention
des caisses de compensation de l'AVS et de leurs
agences (communales),
des commissions AI et des offices régionaux AI,
ainsi que des autres agents d'exécution
de l'assurance-vieillesse et survivants,
de l'assurance-invalidité, des allocations aux militaires
pour perte de gain, des allocations familiales et
de l'aide à la vieillesse, aux survivants et aux invalides

SOMMAIRE

Chronique mensuelle	175
A propos de la jurisprudence du TFA dans le domaine de l'AI en 1963 . . .	176
L'écoulement du travail des commissions AI en 1963	192
Travailleurs détachés selon la convention avec la France	194
La circulaire sur la procédure à suivre dans l'AI	195
Problèmes d'application de l'AVS	198
Problèmes d'application de l'AI	198
Bibliographie	200
Petites informations	201
Jurisprudence: Assurance-invalidité	202
Allocations familiales	214

Rédaction: Office fédéral des assurances sociales, Subdivision AVS/AI/APG, Berne 3.

Expédition: Centrale fédérale des imprimés et du matériel, Berne 3.

Abonnement: 15 francs par an; le numéro 1 fr. 50; le numéro double 2 fr. 50. Paraît chaque mois.

Tirage: 1050

Dernier délai de rédaction du présent numéro: 4 mai 1964.

La reproduction est autorisée lorsque la source est indiquée.

CHRONIQUE MENSUELLE

La traditionnelle *conférence annuelle des commissions AI* s'est réunie le 30 avril sous la présidence de M. Naef, de l'Office fédéral des assurances sociales; les secrétariats des commissions AI, les offices régionaux AI et les caisses de compensation y étaient également représentés. La conférence a été consacrée, cette fois, au thème « La réadaptation des débilés mentaux ». M. J. de Ajuriaguerra, professeur à Genève, présenta, le matin, un exposé en français sur la débilité mentale considérée du point de vue médical; l'après-midi, M. E. Montalta, professeur à Fribourg, parla en allemand de la débilité mentale envisagée du point de vue de la pédagogie curative. Ces conférences furent suivies d'une discussion animée sur les aptitudes des débilés mentaux à recevoir une instruction pratique.

*

L'*Exposition nationale suisse* de 1964 a ouvert ses portes le 30 avril. Dans le secteur « Les échanges », les assurances privées et sociales y sont présentées en même temps que les institutions de prévoyance en faveur du personnel d'Etat et d'entreprise. La RCC aura encore l'occasion de montrer quels principes les organisateurs ont adoptés pour y exprimer et représenter l'idée d'assurance.

Ceci exige un personnel capable de répondre aux questions des visiteurs et de donner tous renseignements utiles sur les diverses branches d'assurance. Les assurances privées et sociales se sont partagé le soin de fournir à cet effet le personnel compétent pour toute la durée de l'Expo ou pour quelque temps seulement. Dans le domaine des assurances sociales et de la prévoyance de droit public en faveur du personnel, M. E. Schmocker, gérant de la caisse de compensation CIVAS à Lausanne, a bien voulu se charger, bien qu'étant déjà très occupé, de recruter le personnel de service et d'information et de le diriger pendant la durée de l'Expo, où il bénéficie actuellement de la collaboration de vingt fonctionnaires des caisses de compensation. Lors d'une séance qui s'est réunie à Lausanne le 22 avril, le personnel permanent et les exposants en fonction jusqu'à fin juillet ont été initiés par divers orateurs aux choses de l'assurance privée et sociale.

A propos de la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances dans le domaine de l'assurance-invalidité en 1963

L'AI est une assurance sociale aux aspects très variés, qui a de nouveau donné beaucoup à faire au Tribunal fédéral des assurances (TFA) en 1963. Comme les années précédentes (cf. RCC 1962, p. 176 et 223 ; 1963, p. 190), les arrêts les plus importants de l'autorité judiciaire suprême en 1963 vont être examinés attentivement dans l'article ci-dessous, avec leurs répercussions dans la pratique. Cet exposé ne prétend pas donner un tableau systématique complet de la jurisprudence très abondante et diverse en matière d'AI, mais présente au lecteur les innovations principales. Les mesures de réadaptation et les prestations en espèces ont été traitées séparément ; un troisième chapitre a été consacré à la procédure.

I. Les mesures de réadaptation

Le droit aux prestations de l'AI reste très discuté, en particulier dans le domaine des mesures médicales de réadaptation ; de là le grand nombre d'arrêts du TFA. Alors qu'il n'a eu à trancher que peu de cas concernant les mesures de réadaptation d'ordre professionnel, le TFA a dû s'occuper à plusieurs reprises de l'octroi de moyens auxiliaires et principalement de la motorisation des invalides sur le chemin du travail. La jurisprudence commencée en 1962 a été confirmée et développée.

1. Les mesures médicales

En cours d'exercice, le TFA a dû rejeter de nombreuses demandes de mesures médicales, vu que les prestations de l'AI se limitent strictement aux actes médicaux destinés à la réadaptation durable des assurés à la vie professionnelle. Ainsi, l'AI n'a pas été tenue d'assumer les frais dans plusieurs cas, parce qu'il s'agissait de traitements de l'affection comme telle ou que les actes médicaux appartenaient *principalement* à de tels traitements.

Relevons entre autres les affections suivantes, dont le traitement n'a pas été pris en charge par l'AI : les ulcères trophiques avec lésions des os, l'adiposité,

l'agoraphobie provenant d'une infirmité congénitale (art. 2, chiffre 98, OIC) et nécessitant un traitement prolongé, la toxicomanie auto-destructive aux soporifiques, la maladie de Buerger avec élimination des troubles de la circulation par la pose d'artères artificielles ou par amputation, les fractures des membres ainsi que les corrections secondaires de fractures après une guérison vicieuse, les réductions et les enclouages, et d'autres affections des membres, telles que les maladies de Dupuytren et de Sudeck (dystrophie et diminution de la mobilité, atrophie et ankylose). Même dans des cas où l'on n'avait pas affaire au traitement proprement dit de l'affection, le TFA a refusé des prestations de l'AI parce que les actes médicaux devaient être répétés d'une façon durable; la question de savoir si cette répétition constante servait à sauvegarder la capacité de gain a dû rester inconsiderée (RCC 1963, p. 460).

Lorsque des assurés, qui approchaient de l'âge ouvrant droit à la rente de vieillesse, ont demandé des mesures médicales de réadaptation limitées dans le temps ou uniques, la jurisprudence n'a pas considéré le temps pendant lequel le requérant pourrait encore lui-même exercer une activité lucrative, mais la fin théorique de l'activité lucrative ou « fin de la période d'activité », c'est-à-dire le moment où naît le droit à une rente de vieillesse. Le TFA n'a pas tenu compte, dans ces cas-là, du résultat subjectif des mesures médicales.

Au cours de l'exercice, le TFA a rendu près de dix arrêts dans des cas de *coxarthrose*; dans plusieurs cas, l'assuré étant âgé de 60 à 64 ans déjà, la prise en charge de l'opération a été refusée.

La question de la prise en charge de mesures médicales s'est aussi posée dans le cas d'autres affections de la hanche, entre autres *l'épiphyseolyse* du fémur (décollement épiphysaire pendant la croissance). Se fondant sur une expertise du professeur Baumann à Langenthal, le TFA a divisé l'évolution de cette affection en trois phases (cf. RCC 1963, p. 411); la prise en charge n'a été accordée que pour la correction opératoire d'une difformité au stade « progressifs » et le traitement préliminaire et consécutif (RCC 1963, p. 410). Deux arrêts ultérieurs ont confirmé cette jurisprudence. Dans l'un d'eux, les frais de l'opération avant la troisième phase ont été assumés toutefois à titre exceptionnel; en effet, l'assuré se trouvait à l'âge de la formation professionnelle, et le développement rapide de l'affection faisait supposer qu'il en résulterait dans un proche avenir un état stabilisé avec séquelles.

Dans les cas de *scoliose idiopathique* où, conformément à une autre expertise du professeur Baumann, il faut également distinguer trois phases (phases évolutives initiale et tardive et phase stabilisée après maturité du squelette), le TFA a accordé la prise en charge de l'opération à une assurée qui allait atteindre l'âge de la formation professionnelle. Cependant, il a limité cette prise en charge aux cas les plus graves, tandis que le traitement conservateur, suffisant dans la plupart des cas, n'est pas à la charge de l'AI (RCC 1963, pp. 300 et 408).

Pour les *hernies discales*, le TFA a considéré le traitement conservateur, la laminectomie (ablation de la partie postérieure d'une vertèbre) et la greffe osseuse (destinée à consolider la colonne vertébrale et à supprimer la mobilité

douloureuse) comme traitement de l'affection comme telle et a refusé de les mettre à la charge de l'AI (RCC 1963, pp. 299 et 416).

Un cas de *maladie de Scheuermann* et de *spondylolisthésis* présente un intérêt particulier dans cette série d'arrêts. Le TFA y a déclaré en effet qu'il fallait refuser la prise en charge du traitement de la première affection, à moins que celle-ci n'ait eu un effet causal sur le spondylolisthésis reconnu, lui, comme infirmité congénitale. Au cas où l'opération serait reconnue comme mesure de réadaptation, il faudrait se demander si le traitement conservateur éventuel nécessité par la maladie de Scheuermann ne fait pas partie de l'ensemble des mesures pendant le traitement opératoire (RCC 1963, p. 420). Sur la base de l'expertise que le professeur Baumann a faite pour le TFA dans une autre cause (RCC 1963, p. 414), le spondylolisthésis a été désigné comme une affection non congénitale; il n'a, en effet, encore jamais été constaté chez un nouveau-né. Cependant, le TFA s'est référé à la liste des infirmités congénitales établie par le Conseil fédéral, liste où cette affection figure. Il n'a toutefois pas traité la question d'une éventuelle infirmité congénitale, vu que l'assuré avait déjà 39 ans et que l'infirmité n'avait pas nécessité un traitement pendant sa minorité. N'étant pas reconnus comme des mesures de réadaptation, l'enraidissement par spanarthrodèse, qui permettait de prévenir de nouveaux phénomènes dégénératifs, et le traitement subséquent au moyen d'un corset plâtré ne devaient pas être assumés par l'AI.

Au cours de l'exercice, le TFA a de nouveau dû se prononcer sur des cas de *poliomyélite*. L'arrêt de principe suivant mérite particulièrement notre attention. Une infirmière, née en 1931, a été atteinte de poliomyélite en 1955. Malgré de graves séquelles, elle a continué à exercer sa profession. Portant un appareil de cuisse, une articulation du genou à verrou, une ceinture pelvienne, un appareil à extension élastique continue du tibia, un corset en lamelles d'acier et des supports plantaires, elle peut marcher à l'aide de cannes-béquilles. Elle a besoin d'une cure de bains annuelle pour sauvegarder sa capacité de gain. Les frais de cette cure ont été assumés par l'AI en 1960 et 1961, mais refusés en 1962 sur la base de la jurisprudence du TFA. Ce tribunal a rejeté l'appel de l'assurée, en alléguant que la cure de bains ne pouvait pas être comptée au nombre des actes médicaux répétés dans une période limitée au sens de l'article 2, 1^{er} alinéa, RAI. Vu l'état de l'assurée, il fallait admettre qu'une cure de bains annuelle serait nécessaire pendant une période indéterminée. L'AI ne pouvait en assumer les frais, car, même si cette cure était indiquée du point de vue médical, elle ne constituait pas un élément propre à améliorer ou à préserver la capacité de gain de façon durable et importante (RCC 1963, p. 460).

En outre, un cas *d'hémiplégie* est intéressant (RCC 1964, p. 36). Ici aussi, on a distingué trois phases après la survenance d'attaques apoplectiques et de leurs séquelles (hémiplégie): 1) phase où l'on cherche à surmonter le choc et où l'on agit par des médicaments sur l'hémorragie et l'état des vaisseaux; 2) réadaptation fonctionnelle grâce à des mesures physiothérapeutiques; 3) mesures thérapeutiques à répéter périodiquement pour lutter contre les paralysies

ou infirmités fonctionnelles restantes. Le TFA a déclaré que des prestations de l'AI entraient en considération tout au plus dans la deuxième phase; même alors, il faut examiner si les mesures visent en premier lieu la réadaptation professionnelle ou d'autres buts et, dans le premier cas, si elles sont de nature à améliorer la capacité de gain de façon durable et importante. L'étendue des prestations de l'AI étant ainsi délimitée, la cause fut renvoyée à la commission AI afin qu'elle procède à un examen plus approfondi du cas.

Pour apprécier les cas de *strabisme*, le TFA a admis la pratique administrative qui se fonde sur les propositions du comité de la Société suisse d'ophtalmologie et a été approuvée par la majorité des ophtalmologistes (RCC 1963, p. 504). En outre, le TFA a décidé que, si cette affection apparaissait dans la première enfance (par exemple à l'âge de 2 ou 3 ans), il fallait admettre la présence d'une infirmité congénitale reconnue, pour autant que cette présomption ne soit pas réfutée par des motifs suffisants (RCC 1963, p. 500).

Le TFA a déclaré, dans un cas de *décollement de la rétine*, que l'opération faisait partie du traitement de l'affection comme telle; il n'a pas examiné si cette affection se rattachait à la myopie très prononcée existant depuis la naissance de l'assuré. En effet, le décollement de la rétine n'avait pas nécessité de traitement pendant la minorité de l'intéressé, et aucun droit ne pouvait dès lors découler de l'existence d'une infirmité congénitale (RCC 1964, p. 37). Après deux opérations, l'acuité visuelle a, il est vrai, continué de baisser à cause d'une cataracte progressive (*cataracta complicata*); l'assuré, qui avait pu diriger son propre bureau d'ingénieur jusqu'à ce moment-là, dut changer de profession (traductions techniques, travaux de rédaction et cours de langues).

Une ouvrière de fabrique âgée de 38 ans souffrait d'une modification cicatricielle de la cornée par suite d'inflammation; opérée, elle put reprendre son travail habituel. Le TFA déclara que dans ce cas, la *greffe de la cornée* était une mesure servant principalement à la réadaptation professionnelle de l'assurée et que les frais étaient à la charge de l'AI (RCC 1963, p. 495).

Dans le domaine des *infirmités congénitales*, il y a lieu de relever deux arrêts relatifs aux anomalies de la thyroïde. Dans l'un de ces cas, une fillette de 11 ans souffrait d'hypothyroïdisme congénitale (art. 2, chiffre 180, OIC) et présentait de ce fait un fort retard physique et mental. Les mesures médicales furent mises à la charge de l'AI, mais non pas, en revanche, un séjour dans un home à la montagne, où l'assurée avait été envoyée principalement pour des raisons familiales. Le TFA refusa toute prestation dans le cas, encore plus grave, d'une athyréose chez une assurée âgée de 27 ans, employée de maison, qui souffrait en outre d'infantilisme psychique. Les assurés majeurs n'ayant droit, conformément à l'article 85, 2^e alinéa, LAI, qu'aux mesures médicales de courte durée permettant de supprimer leur affection congénitale, une prise en charge des succédanés n'était pas possible, vu qu'ils devaient être administrés constamment pour compenser l'hormone vitale manquant par suite de l'absence de la glande thyroïde.

Le TFA a certes reconnu, dans un autre cas, la présence d'une infirmité congénitale (*chondrodystrophie*), mais il a refusé la prise en charge du traite-

ment appliqué par un chiropraticien, vu que celui-ci exerçait son activité sans autorisation cantonale et sans certificat de capacité, et qu'on ne saurait prétendre en outre que sa méthode soit reconnue efficace par la science médicale (RCC 1964, p. 85).

Notons, en passant, que le TFA doit s'occuper occasionnellement de cas présentant des singularités de faits, mais ne posant pas de problèmes juridiques. Il est arrivé, par exemple, qu'une assurée demande la prise en charge du traitement de son torticolis congénital, mais présente des factures concernant le traitement des suites d'un accident d'automobile !

2. La formation scolaire spéciale

Le TFA s'est prononcé à plusieurs reprises sur la notion de formation scolaire spéciale. Il a décidé, notamment, qu'un mineur qui reçoit parallèlement aux leçons de l'école publique, l'enseignement d'une classe spéciale ou de développement n'a pas droit à des subsides de l'AI pour cet enseignement, même s'il a besoin d'une formation scolaire spéciale (RCC 1963, p. 269). De même, de tels subsides ont été refusés dans le cas d'une assurée mineure séjournant dans un home où elle ne recevait pas une instruction scolaire à proprement parler, mais seulement une éducation destinée à la développer. Dans un autre cas encore, où l'assurée souffrait de graves difformités de la tête, des mains et des pieds, le tribunal arriva à la conclusion que le séjour en clinique était nécessaire uniquement par la formation scolaire spéciale et pour des raisons psychologiques, et que les mesures physiothérapeutiques appliquées pourraient également l'être au domicile de l'invalidé; il refusa donc la prise en charge des frais du séjour en clinique et n'accorda qu'un subside à la formation scolaire (RCC 1964, p. 82).

Le TFA a également refusé une contribution de l'AI en faveur d'un enfant atteint d'une infirmité congénitale, qui avait été admis dans un home non pas en vue d'un traitement médical ou d'une formation scolaire, mais parce que les parents n'étaient pas à la hauteur de leur tâche pédagogique, compliquée par les troubles psychiques de l'enfant (RCC 1962, p. 395). En revanche, dans un autre cas, il a accordé la prise en charge des frais de séjour dans un établissement balnéaire pour enfants, que dirigeait un médecin spécialisé et avec lequel l'OFAS avait conclu une convention tarifaire englobant la gymnastique médicale et la formation scolaire spéciale. Dans ce cas-là, en effet, l'enfant, gravement invalide, était soigné à domicile par sa mère, qui avait reçu une formation d'infirmière et lui appliquait toutes les mesures propres à atténuer son mal; son hospitalisation n'était pas nécessaire par une insuffisance de soins à domicile, mais parce que la mère se serait surmenée si elle avait dû le soigner sans interruption (RCC 1963, p. 498).

Une assurée âgée de 15 ans éprouvait de grandes difficultés à se déplacer, malgré une attelle de Thomas. Pour se rendre à l'école, elle devait se faire conduire à motocyclette par son père, ou prendre un taxi lorsque son père était empêché. Le TFA a accordé une indemnité kilométrique de 11 centimes

pour les trajets à motocyclette et le remboursement des frais de taxi attestés, étant entendu que la contribution mensuelle à ces frais de transport était de 50 francs au maximum en vertu de l'article 11 RAI (RCC 1963, p. 466).

3. Les moyens auxiliaires

La question, encore controversée l'année précédente, de l'octroi de *lunettes* aux assurés faibles de la vue a été tranchée en 1963, le TFA ayant adopté la solution proposée par l'OFAS. En principe, des lunettes ne sont accordées par l'AI que lorsqu'elles servent à compléter des mesures médicales appliquées par l'oculiste. Lorsqu'elles servent à corriger une grave anomalie congénitale de la réfraction (art. 2, chiffre 158, OIC), les frais sont pris en charge par l'AI, sans qu'il soit nécessaire de se demander si les lunettes représentent le complément important du traitement d'un cas de strabisme reconnu comme infirmité congénitale ou du traitement d'une amblyopie congénitale. Le TFA a constaté que les lunettes constituaient, dans les cas de graves anomalies congénitales de la réfraction, la seule mesure possible et nécessaire permettant d'atteindre le résultat prévu par la loi; il se justifie donc dans ces cas-là d'accorder des lunettes, même si elles ne servent pas directement à la réadaptation et ne constituent pas le complément important de mesures médicales.

Pour beaucoup d'assurés qui possédaient une *prothèse* avant l'entrée en vigueur de la LAI, l'arrêt V. S. (RCC 1963, p. 306) présente un intérêt tout particulier. Le TFA y a disposé en effet que les prothèses nécessaires à la réadaptation professionnelle, donc qui devraient être fournies par l'AI, peuvent être *réparées* aux frais de cette assurance, même si elles ont été achetées avant le 1^{er} janvier 1960.

Le TFA s'est prononcé, dans plusieurs causes, sur le droit à la remise de *véhicules à moteur* en vertu de l'article 15, 2^e alinéa, RAI. Il a décidé que la motorisation d'un invalide aux frais de l'AI était admissible seulement lorsque le but visé par la réadaptation l'exige absolument, c'est-à-dire seulement lorsque l'assuré ne peut, à cause de son invalidité, aller à son travail ni à pied, ni à vélo, ni avec les moyens de transport publics (RCC 1963, p. 303). C'est ainsi qu'un pasteur atteint d'une grave atrophie musculaire au bras droit et à la jambe droite, par suite de poliomyélite, a obtenu une automobile, car il ne peut utiliser une bicyclette et n'aurait pas besoin d'une automobile dans l'exercice de sa profession s'il était valide (RCC 1963, p. 422). Si l'invalide habite si loin de son lieu de travail que même un homme valide aurait avantage à utiliser sa propre voiture pour s'y rendre, il n'a pas droit à un véhicule aux frais de l'AI. En revanche, tout ce qu'on peut exiger de l'invalide, c'est de s'établir dans la région de son lieu de travail; une prescription l'obligeant à habiter à proximité immédiate de son travail limiterait par trop le libre choix du domicile.

Un assuré amputé muni d'une prothèse de la cuisse bien adaptée peut, en principe, parcourir à pied 300 mètres et utiliser les transports publics, si sa capacité de se déplacer n'est pas réduite encore par d'autres affections (par

exemple affections de l'autre jambe ou complications du moignon ; RCC 1963, p. 357). Pour de petits trajets qui ne peuvent être effectués qu'au moyen d'un véhicule à moteur, l'assuré peut utiliser un scooter, à moins que des raisons d'ordre médical ne l'en empêchent (RCC 1963, p. 272).

Le TFA a admis que l'octroi d'un véhicule à moteur peut être justifié non seulement par une infirmité des organes locomoteurs, mais aussi par d'autres affections susceptibles de gêner sensiblement la marche, par exemple des difficultés respiratoires dues à une tuberculose des poumons. Ce qui est déterminant, c'est de savoir si l'assuré a besoin d'un véhicule à moteur pour se rendre à son travail, avec attestation médicale à l'appui (RCC 1964, p. 39). Dans un cas, la question suivante s'est posée : Que doit-il arriver si l'assuré a droit, en raison de son invalidité, à une automobile pour aller à son travail, mais ne peut conduire cette voiture, souffrant de crises cardiaques subites accompagnées de pertes de connaissance ? Le TFA a jugé en l'espèce que l'AI ne pouvait fournir, à titre de moyens auxiliaires, que des objets propres à aider l'invalidé. Si ce but n'est pas atteint, l'intéressé n'a pas droit à la remise de cet objet. En ce qui concerne les véhicules à moteur, l'objet n'est utile que lorsque l'invalidé peut conduire en toute sécurité. La police refuse le permis de conduire à toute personne qui ne peut « conduire avec sûreté un véhicule automobile » (RCC 1964, p. 34).

Le TFA a dû examiner en outre la question des frais de réparation et d'entretien des véhicules à moteur. Les frais de réparation pour des voyages privés et les menus frais occasionnés par les trajets professionnels ne sont pas pris en charge par l'AI. Dans un arrêt (RCC 1964, p. 164), le tribunal a précisé la distinction à faire entre les frais de réparation et les frais d'entretien. L'usure normale des pneus rentre dans le cadre des frais d'entretien, tandis que le remplacement d'un pneu endommagé par un accident fait partie des frais de réparation.

Les conditions donnant droit à la remise du véhicule doivent être remplies par l'invalidé lui-même. Ainsi, lorsque l'assuré est un grand invalide, mais que l'activité lucrative propre à couvrir les besoins est exercée par l'épouse non invalide, il n'y a pas droit. Le TFA a également dû rejeter la demande d'un assuré souffrant d'une grave paralysie, qui déclarait avoir besoin d'une automobile pour trouver du travail. Considérant que l'assuré avait gagné à peine le minimum vital pendant des années et que plusieurs essais de placement par l'office régional étaient restés sans succès, le tribunal a conclu qu'on ne pouvait guère compter, dans ce cas, sur une réadaptation professionnelle.

Dans le cas d'une assurée aveugle et sourde, qui exerce une activité lucrative, mais ne peut se rendre à son travail ni avec un chien-guide, ni avec un véhicule personnel, le TFA s'est prononcé sur le moyen auxiliaire qui pourrait être accordé. Il a déclaré à ce propos que l'énumération des moyens auxiliaires à l'article 14, 1^{er} alinéa, RAI n'était pas exhaustive. Dans ce cas spécial, des trajets en taxi entre le lieu de travail et le domicile représentent un moyen auxiliaire adéquat (RCC 1963, p. 360).

II. Les prestations en espèces

En matière de prestations en espèces, il y a lieu de relever qu'à l'issue de la quatrième année d'AI, les lignes générales du système ont été clairement dégagées. C'est ainsi notamment que, dans un domaine aussi délicat que l'évaluation de l'invalidité, l'on dispose actuellement d'une jurisprudence si abondante qu'il est possible de résoudre d'une manière objective et partant uniforme la plupart, sinon la totalité des cas susceptibles de se présenter dans la pratique.

A. LES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Dans un arrêt de principe en la matière (cf. RCC 1963, p. 35), le TFA avait précisé que, pour pouvoir prétendre une indemnité journalière pendant le délai d'attente, il fallait, d'une part, que la commission AI ait ordonné l'application d'une mesure de réadaptation et que, d'autre part, l'exécution de cette mesure n'ait pas été retardée par l'état de santé de l'intéressé.

Cette double condition a été précisée et complétée depuis lors. Dans deux arrêts successifs, le TFA a examiné la question du droit à une indemnité journalière pour la période d'attente antérieure au prononcé de la commission AI, lorsque ce prononcé a été retardé indûment.

Dans le premier arrêt (RCC 1963, p. 470), il eut à s'occuper d'un assuré qui, atteint de cécité progressive, dut cesser toute activité en juillet 1961. Ce cas, signalé à l'AI en mars 1960 afin d'obtenir des mesures médicales et, plus tard, un placement éventuel, fut soumis à l'office régional en décembre 1960. Celui-ci n'entreprit effectivement des démarches que lorsqu'il eut appris que l'assuré avait cessé toute activité (mi-juillet 1961); elles aboutirent au placement de l'intéressé au début d'octobre 1961. La caisse de compensation accorda une indemnité journalière à partir de la date de la décision relative aux mesures de réadaptation (décembre 1961); l'assuré obtint de la commission de recours que l'indemnité lui soit accordée dès août 1961. L'OFAS déféra ce jugement cantonal au TFA, en alléguant que l'assuré avait lui-même demandé, pour plus tard seulement, d'éventuelles mesures de reclassement, que les organes de l'assurance n'avaient aucun motif d'accélérer leurs démarches tant que l'assuré avait un emploi, que ces organes avaient par conséquent agi avec toute la diligence requise, et concluait à l'octroi d'une indemnité journalière à partir de la date du prononcé de la commission (4 octobre 1961). Le TFA ne s'est pas rallié à ce point de vue. Il a considéré que l'article 18 RAI, selon lequel le droit à l'indemnité journalière naît à la date du prononcé de la commission AI pour le temps précédant l'exécution de la réadaptation, suppose implicitement une étroite corrélation entre le prononcé et la demande de prestations,

si le cours de la procédure a été normal ; or, le cours de la procédure cesse d'être normal si le temps écoulé entre la demande de prestations et le prononcé dépasse toutes les limites objectivement admissibles. C'est le cas lorsqu'un prononcé intervient dix mois après le mandat de placement et plus de dix-huit mois après le dépôt de la demande ; il n'y a pas lieu alors de rechercher en outre si le retard est ou non imputable à faute aux organes de l'assurance. Le TFA a admis en conséquence que l'assuré avait droit à l'indemnité journalière dès le 1^{er} août 1961.

Dans l'autre arrêt (RCC 1963, p. 362), le TFA a nié, en revanche, qu'il y ait eu retard injustifié de la part de l'administration, ouvrant droit à une indemnité journalière pour la période qui a précédé l'exécution des mesures de réadaptation. L'assuré, qui souffrait de coxarthrose bilatérale, avait dû cesser toute activité le 21 avril 1961. Admis en clinique le 23 mai, après s'être annoncé à l'AI déjà le 25 mars, il en ressortit le 22 juin suivant après avoir subi une opération. Par prononcé du 14 septembre, notifié à l'intéressé par décision du 1^{er} décembre 1961, la commission AI décida de prendre en charge les frais d'intervention médicale et d'allouer une indemnité journalière depuis la date d'entrée à l'hôpital. Cette décision fut confirmée en dernière instance par le TFA, qui annula le jugement cantonal allouant une indemnité journalière pour la période ayant précédé l'exécution de la réadaptation. Le TFA a tout d'abord précisé que dans les cas d'urgence où l'exécution de la mesure médicale doit être entreprise immédiatement, avant même qu'une demande ait été déposée, une indemnité journalière peut être accordée au plus tôt dès l'application de la réadaptation. En l'espèce, certes, la demande avait précédé la réadaptation, mais rien n'indiquait qu'il y ait eu urgence. Dès lors, le prononcé de la commission AI (du 14 septembre), qui avait suivi de quelques mois seulement l'entrée à l'hôpital (23 mai), était conforme au cours naturel de la procédure ; dans l'hypothèse la plus favorable pour l'assuré, la commission AI n'aurait pu se prononcer au plus tôt qu'après l'entrée à l'hôpital, ce qui excluait automatiquement l'octroi d'une indemnité pour la période antérieure.

Le TFA a en outre nié le droit à une indemnité journalière pour la période d'attente *postérieure* au prononcé de la commission AI, dans les cas où l'assuré retarde lui-même et sans motif valable l'exécution des mesures de réadaptation ordonnées. Dans un cas (RCC 1963, p. 507), il a en effet jugé qu'un assuré n'a pas droit à une telle prestation pour la période d'attente lorsqu'il a, pendant un certain temps, attendu l'application des mesures de réadaptation ordonnées, mais qu'il a lui-même retardé ces mesures pendant des mois. Cette attitude de l'intéressé fait présumer qu'il n'« attendait » pas l'exécution de la mesure ordonnée ; il en serait allé différemment s'il avait profité de la première occasion qui lui avait été offerte pour s'y soumettre. Le TFA fait remarquer à juste titre que si l'on adoptait une solution différente, il pourrait en résulter qu'une fois la mesure de réadaptation ordonnée, l'assuré qui ne veut pas ou pas encore s'y soumettre toucherait l'indemnité journalière et déclarerait alors qu'il ne veut pas encore ou pas du tout la réadaptation.

On peut dès lors résumer comme suit les conditions d'octroi d'une indemnité journalière pour le délai d'attente :

- a. Le droit prend naissance en principe dès le *prononcé* de la commission AI, à condition que celui-ci n'ait pas été retardé indûment (cf. RCC 1963, pp. 362 et 470) ;
- b. L'attente de l'exécution des mesures de réadaptation doit être due à des raisons étrangères à l'assuré (par exemple manque de place dans un établissement hospitalier) ; elle ne doit donc pas être conditionnée par l'état de santé (cf. RCC 1963, pp. 35 ss) ou par l'attitude négative de l'assuré lui-même (cf. RCC 1963, p. 507).

B. LES RENTES

1. La notion d'invalidité

Au cours de l'année écoulée, le TFA a eu à s'occuper à diverses reprises de psychopathes, présentant une tendance marquée à la criminalité, et s'est demandé s'il y avait lieu de considérer ces psychopathes comme des invalides au sens de l'AI. Le problème était d'importance, car la délimitation entre les troubles graves du caractère (psychopathie) et le comportement délictueux (notamment lorsqu'il s'agit de délits de mœurs) est fort délicate dans la pratique, surtout si le sujet est au surplus un débile mental n'ayant qu'une capacité de discernement restreinte. Dans un arrêt précédent, le TFA avait posé en principe que l'internement d'un psychopathe « en raison de ses dispositions délictueuses » ne permettait pas d'admettre une invalidité au sens de la loi.

Cette jurisprudence a été précisée depuis lors (RCC 1963, p. 307). Il s'agissait en l'espèce d'un assuré atteint d'une certaine débilité mentale, et qui manifesta très tôt des déficiences de caractère. Placé dans une maison d'éducation, il s'y signala par sa cleptomanie. Peu après son licenciement, à l'âge de 17 ans, il commença à commettre des actes contraires à la pudeur envers des enfants. Condamné à quatre mois d'emprisonnement, sa peine fut commuée en internement conformément à l'article 14 CPS. Par la suite, il fut condamné encore à diverses reprises pour infractions contre la propriété et contre les mœurs, la dernière fois en septembre 1962.

Saisi du cas en appel, le TFA précisa qu'il convenait de distinguer soigneusement entre la psychopathie, d'une part, et les tendances délictueuses, d'autre part. Pour que l'assuré puisse être considéré comme invalide, il faut que sa psychopathie présente une gravité telle qu'elle empêche l'assuré de tirer profit de sa capacité de travail ; en d'autres termes, il doit exister entre l'aberration psychique et l'incapacité de gain une relation directe de cause à effet. Or, une telle relation fait défaut lorsque l'impossibilité de travailler provient non pas de l'aberration psychique de l'assuré, mais essentiellement de son comportement criminel (qui lui a valu une condamnation à une peine privative de liberté). En pareil cas, l'on ne saurait parler d'une invalidité au sens de l'AI.

Dans un arrêt ultérieur, le TFA s'est encore demandé si une telle solution était justifiée dans les cas de criminels reconnus irresponsables au sens de l'article 10 CPS. Sans trancher définitivement la question, il a néanmoins laissé entendre que seul un état d'irresponsabilité permanent ou de longue durée pouvait être considéré comme atteinte à la santé mentale au sens de l'article 4 LAI.

2. L'évaluation de l'invalidité

Bien que l'évaluation de l'invalidité donne souvent lieu à des litiges, rares sont les arrêts qui innovent en ce domaine. Voici néanmoins quelques précisions utiles sur la détermination des revenus hypothétiques servant à fixer le taux d'invalidité :

Le TFA a dû se prononcer (RCC 1963, p. 365) sur le revenu hypothétique qu'un assuré aurait obtenu s'il n'était pas devenu invalide. Victime d'un accident où il avait perdu deux doigts de la main gauche, à l'âge de 15 ans, l'assuré mena à chef son apprentissage de monteur sur machines, mais n'exerça jamais ce métier. Huit ans durant, il travailla comme colporteur, à l'exception d'une année où il fut brosseur pour officiers dans une caserne. Afin d'obtenir le bénéfice d'une rente entière, l'assuré soutint en procédure d'appel que s'il n'était pas devenu invalide, il aurait gagné, en tant que brosseur, 10 200 francs; ce montant, comparé au revenu effectif actuel (2900 francs) obtenu en tant que colporteur, démontrait selon lui que son invalidité dépassait deux tiers. Le TFA ne se rangea pas à cet avis. Considérant que l'assuré avait appris dans sa jeunesse le métier de monteur sur machines, le TFA admit qu'il fallait prendre en compte le gain qu'il aurait réalisé en cette qualité (soit 8400 francs), même si en fait il n'avait jamais exercé ce métier en raison de son handicap physique, qui ne l'avait pourtant pas empêché de terminer son apprentissage. En revanche, le revenu acquis en tant que brosseur, activité exercée pendant une courte durée et peu adaptée à longue échéance au caractère de l'intéressé, ne pouvait en aucun cas entrer en ligne de compte.

Partant de considérations analogues, le TFA a jugé dans un autre arrêt (RCC 1963, p. 472), qu'il y avait également lieu de se fonder sur le revenu moyen provenant de la profession apprise pour déterminer le revenu hypothétique que l'assuré aurait acquis sans son invalidité, même si en fait cette profession n'a jamais été exercée. Cette jurisprudence apporte un complément utile aux règles de l'article 26 RAI.

En revanche, lorsqu'il s'agit de déterminer le gain hypothétique d'un *indépendant*, les règles de l'article 26 RAI ne sont pas applicables (RCC 1963, p. 427). Il s'agissait en l'occurrence de fixer le degré d'invalidité d'un assuré qui, atteint de paralysie partielle et d'enraidissement de la main et du genou gauches, depuis l'âge de 10 ans, avait repris l'exploitation agricole de son père. Ne pouvant ni traire ni soulever des charges trop lourdes, l'intéressé s'était vu obligé d'engager un trayeur à qui il versait un salaire annuel de 7400 francs, ainsi que des journaliers pour effectuer les travaux pénibles qu'il ne pouvait pas faire lui-même. Pour fixer le gain hypothétique que l'intéressé aurait

obtenu sans son invalidité, le TFA s'est fondé sur le revenu effectif net de l'exploitation (après déduction de l'intérêt du capital engagé, des primes versées à des caisses-maladie et autres assurances), tel qu'il ressortait de la taxation fiscale. Considérant que s'il n'était pas atteint dans sa santé, l'assuré aurait effectué lui-même la traite du bétail, il a ajouté au revenu fiscal (10 000 francs) le montant du salaire du trayeur (7400 francs), soit au total 17 400 francs, représentant le gain hypothétique à prendre en considération. Par contre, le TFA n'a pas tenu compte de la rémunération versée aux ouvriers (soit 1500 francs par année), estimant que la fonction dirigeante de l'intéressé qui se trouvait à la tête d'une grande entreprise de plaine compensait largement la perte d'activité correspondante.

3. Le début du droit à la rente

Différents arrêts de principe, rendus au cours de l'année 1962 (cf. notamment RCC 1963, pp. 83 et 229 ss), ont tracé une ligne de démarcation nette entre l'invalidité permanente et la maladie de longue durée, question essentielle pour fixer le début du droit à la rente. Il peut arriver toutefois qu'une affection non stabilisée, et dont l'évolution est incertaine au départ, se stabilise peu à peu et laisse des séquelles durables, entraînant une diminution de la capacité de gain présumée permanente. L'évolution — non prévisible — d'une maladie de longue durée vers une invalidité permanente soulève un double problème. Quant au fond, l'on doit se demander si l'évolution ultérieure remet en question le délai d'attente de 360 jours prévu à l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI. D'autre part, du point de vue de la procédure, il convient de savoir quel est le moment idéal auquel la commission AI doit se placer pour rendre son prononcé.

Un arrêt du TFA (RCC 1963, p. 367) répond précisément à ces questions. Il s'agissait en l'espèce d'une assurée qui fut atteinte en juin 1960 d'un infarctus du myocarde, compliqué peu après d'une embolie cérébrale avec hémiplégie gauche. Se fondant sur un rapport médical établi en mai 1961, qui précisait que l'état de santé de l'intéressée était susceptible d'amélioration et qu'il y avait même lieu d'envisager dans quelques mois la reprise d'une activité restreinte, la commission AI traita le cas comme une maladie de longue durée, justifiant l'octroi d'une rente à l'expiration du délai de 360 jours d'incapacité totale de travail. En cours de procédure judiciaire, le médecin traitant revint sur ses déclarations antérieures, estimant qu'il fallait à présent compter avec une invalidité permanente quasi totale. Appelé à se prononcer sur le cas, le TFA jugea que cet élément nouveau — existence d'une invalidité permanente — ne justifiait pas une reconsidération rétroactive du cas. Tant que l'affection n'était pas stabilisée et qu'on pouvait compter raisonnablement avec une amélioration de l'état de santé, il fallait traiter le cas comme une maladie de longue durée. Or, au moment où la commission AI a été appelée à se prononcer — soit en septembre 1961 — l'affection n'était pas stabilisée, une amélioration de l'état de santé étant même considérée comme possible. C'est dès lors à juste titre que

la rente n'a été accordée qu'à l'expiration du délai de 360 jours dès la survenance de l'affection.

Cet arrêt appelle encore une remarque. Dans les derniers considérants, le TFA relève à juste titre que, même si le premier rapport médical n'avait pas été si optimiste, on n'aurait pas pu admettre une invalidité permanente dès le début; celle-ci n'existe qu'à partir du moment où il est possible de déterminer les séquelles durables de l'affection (cf. RCC 1962, p. 355). On peut dès lors en déduire que si l'état de santé s'était stabilisé avant l'échéance du délai de 360 jours, la rente aurait pu être accordée dès la date de la stabilisation (et non pas seulement à l'expiration dudit délai).

En ce qui concerne la détermination de l'*incapacité totale de travail de 360 jours*, dans les cas de maladie de longue durée, le TFA a précisé la jurisprudence stricte qu'il avait adoptée précédemment (cf. RCC 1963, p. 229). Il avait admis en effet qu'une tentative de reprise du travail de plus de 30 jours devait être considérée comme ayant interrompu la période de 360 jours d'incapacité totale de travail, même si cette tentative s'était terminée par un échec. Dans un nouvel arrêt (RCC 1964, p. 168), le TFA, considérant qu'on ne peut parler d'une capacité de travail que lorsque l'activité de l'assuré correspond à ses aptitudes, a jugé qu'on ne saurait tenir compte d'une tentative de travail, excédant même le délai prévu à l'article 29 RAI, lorsque le travail fourni durant la période en cause excède manifestement les forces de l'assuré.

4. La revision des rentes

En cette matière, le TFA a rendu un arrêt important. Il confirme le principe selon lequel la revision doit prendre effet, si la personne ou l'autorité qui y est astreinte manque à l'obligation de renseigner prévue à l'article 77 RAI, dès le moment où les faits déterminants pour le droit à la rente auraient dû être signalés, et non pas seulement — comme c'est généralement la règle — depuis la date de la décision révisée. Dans l'arrêt en question (RCC 1963, p. 514), l'assuré, qui souffrait de troubles psychiques, avait été soigné dans un établissement psychiatrique, puis placé sous tutelle en vertu de l'article 369 CCS. Libéré de l'établissement hospitalier en mars 1961, il se rendit chez sa sœur, où il gagna comme manœuvre 400 francs par mois depuis mai 1961 jusqu'en avril 1962; depuis lors, il a repris une activité à son lieu de domicile dans son ancien métier. Ni l'assuré, qui bénéficiait d'une rente entière d'invalidité, ni son tuteur ne signalèrent ces faits nouveaux à la caisse compétente. Celle-ci, se fondant sur un prononcé de la commission AI qui avait réduit le taux d'invalidité à 54 pour cent, exigea la restitution du trop versé depuis mai 1961. Le TFA considéra que seuls les faits déterminants pour le droit aux prestations doivent être signalés aux organes compétents, et non pas tout changement quel qu'il soit; il jugea que la reprise du travail par l'assuré, dès que cette tentative avait permis d'espérer quelque succès, aurait dû être signalée par le tuteur. En omettant de le faire, le tuteur avait manqué à l'obligation de renseigner, en sorte qu'une partie des prestations touchées à tort devait être remboursée.

III. La procédure

Depuis mai et juin 1963, date de nos derniers commentaires (RCC 1963, pp. 207 et 251), divers arrêts du TFA traitant de questions de procédure ont été publiés. Les lignes ci-dessous ont pour objet d'en dégager l'essentiel. Il s'agira néanmoins d'un aperçu forcément limité, car nombreux sont les points de procédure qui ne peuvent guère être traités séparément des problèmes de droit matériel auxquels ils sont intimement liés. En outre, dans divers domaines, notamment celui de l'article 78, 2^e alinéa, RAI, il convient d'attendre encore que la jurisprudence du TFA se soit stabilisée pour que l'on puisse en tirer des conclusions utiles.

1. La nécessité de notifier les décisions de refus en bonne et due forme

Dans un arrêt (RCC 1963, p. 266), le TFA a rappelé que seules les caisses de compensation ont qualité pour notifier les décisions, comme le dispose expressément l'article 60, 1^{er} alinéa, LAI. Ce sont les caisses qui notifient aux intéressés les décisions des autres organes de l'AI qui les concernent. Si donc une commission AI constate qu'un assuré n'a pas droit aux prestations demandées, il est essentiel qu'elle ne se borne pas à en informer simplement l'assuré, mais qu'elle charge la caisse de compensation compétente de lui notifier une décision en bonne et due forme; faute de quoi l'assuré serait privé des moyens de recours que lui offre la loi, ce qui pourrait constituer une sorte de déni de justice.

2. La revision des décisions en matière de réadaptation

Un article précédent a été consacré à la reconsidération des décisions administratives et à la jurisprudence dégagée par le TFA à ce sujet (RCC 1963, p. 251). Il s'agissait de la correction de décisions de caisses déjà passées en force, et dont on s'aperçoit après coup qu'elles sont erronées. Le problème de la revision de décisions de caisses est différent: en engageant une procédure de revision administrative, on ne met pas en cause le bien-fondé de la décision au moment où elle a été prise (ce serait alors une procédure de reconsidération), mais on fait valoir que, depuis cette date, l'état de fait s'est modifié de façon telle qu'un nouvel examen est nécessaire. Il n'est pas question d'annuler purement et simplement la décision antérieure passée en force, mais de lui substituer pour l'avenir, ou à partir du moment où s'est produit un changement déterminant de l'état de fait, une nouvelle décision.

Il existe des dispositions concernant la revision des rentes AI (art. 41 LAI et 86 à 88 RAI), mais ni la loi sur l'AI, ni le règlement d'exécution ne prévoient expressément la revision des mesures de réadaptation. Celles-ci présentent pourtant, lorsqu'elles sont octroyées sous forme de prestations périodiques

(par exemple les subsides à la formation scolaire spéciale, art. 19 LAI, et les contributions aux frais de pension, art. 20 LAI), une analogie certaine avec les rentes.

Dans un arrêt (RCC 1964, p. 123) le TFA a émis l'avis que les articles 41 LAI et 86 à 88 RAI ne sont que des dispositions particulières destinées à préciser, en matière de rentes, le principe général suivant : Une décision ne vaut que pour un état de fait donné. Si l'assuré fait valoir un changement de cet état de fait, qui soit de nature à modifier la situation de droit, la caisse non seulement *peut*, mais encore *doit* rendre une nouvelle décision.

Sans que le TFA le dise expressément, il semblerait donc que l'on puisse transposer dans le domaine des prestations périodiques de réadaptation (en l'espèce, il s'agissait de frais de transport périodiques) certaines règles applicables à la revision des rentes. Les conclusions qui se dégagent de cet arrêt, quant à la façon de traiter de telles demandes de revision dans le domaine de la réadaptation, correspondent d'ailleurs aux directives de l'OFAS concernant la revision des rentes, du 26 novembre 1962 : il convient d'examiner en premier lieu « si l'assuré fait valoir un changement de l'état de fait qui soit de nature à modifier la situation de droit ». Dans la négative, le requérant recevra une décision de non-entrée en matière. Dans l'affirmative, au contraire, la commission AI devra procéder à un nouvel examen du cas et rendre un nouveau prononcé sur le fond.

Dans un arrêt (RCC 1964, p. 126), le TFA a précisé ce qu'il fallait entendre par « des faits nouveaux qui soient de nature à modifier la situation de droit ». Il s'agissait d'un assuré de 56 ans souffrant de coxarthrose. Dans un premier prononcé, qui fut notifié sous forme de décision de caisse, la commission AI avait refusé de mettre à la charge de l'AI l'opération envisagée, celle-ci représentant à son avis non point une mesure de réadaptation, mais le traitement de l'affection comme telle. Cette décision passa en force. Dix mois plus tard, l'assuré réitéra sa demande en signalant une aggravation considérable de son état et en déclarant qu'à défaut d'opération, il serait obligé d'abandonner sa profession. Le TFA a jugé que cette aggravation était inhérente à l'affection et que la commission AI avait prévu cette évolution au moment où elle avait refusé, dans son premier prononcé, de considérer l'opération envisagée comme une mesure de réadaptation au sens de l'AI ; que par conséquent la commission AI était habilitée à écarter la nouvelle demande par une décision de non-entrée en matière, le changement de circonstances invoqué par l'assuré n'étant pas de nature à modifier la situation de droit.

Remarquons, au sujet de cet arrêt, que le TFA a considéré le changement de l'état de santé non pas pour lui-même, mais uniquement par rapport à la situation de droit. Comme la situation de droit varie suivant le genre des prestations requises (mesures médicales, moyens auxiliaires, rentes, etc.), la valeur de fait nouveau n'a, du point de vue juridique, aucun caractère absolu. Ainsi, une même aggravation de l'état de santé peut entraîner une élévation du degré d'invalidité et justifier éventuellement la revision d'une décision de rente, mais non point la revision d'une décision de refus de mesures médicales.

3. La force juridique des décisions portant sur des mesures de réadaptation de durée limitée

Comme on le sait, les décisions de cotisations ou d'allocations familiales ne déploient leurs effets, en jurisprudence constante, que pour une période limitée (RCC 1960, p. 353 et 1962, p. 84). Ce point présente une importance particulière lorsqu'une décision a été revue en instance de recours ou d'appel et a ainsi acquis force de chose jugée quant au fond. A l'issue de la période fixée, l'autorité administrative peut donc apprécier à nouveau l'état de fait dans son ensemble sans être liée par la jurisprudence antérieure.

Dans un arrêt (RCC 1964, p. 82), le TFA a jugé que les décisions relatives à des mesures de réadaptation de durée limitée se trouvent dans une situation juridique analogue. En l'espèce, la situation était la suivante: l'assuré avait notamment obtenu, par une première décision, des subsides à la formation scolaire spéciale depuis le 1^{er} janvier 1960 jusqu'à Pâques 1965, ainsi que des mesures physiothérapeutiques du 1^{er} janvier 1960 au 31 décembre 1961. Puis, dans une seconde décision, les mesures physiothérapeutiques furent prolongées jusqu'à Pâques 1965. L'assuré pouvait-il exiger que la commission AI revoie, pour la période débutant au 1^{er} janvier 1962, l'ensemble de ses droits envers l'AI, alors même que la situation de fait n'avait subi aucun changement appréciable depuis 1960 ? Oui, a déclaré le TFA: Tout comme les décisions de cotisations AVS et d'allocations familiales LFA, les décisions portant sur des mesures de réadaptation limitées dans le temps ne sont valables que pour une période déterminée. Le cas peut donc être revu entièrement pour la période suivante, alors même que la situation de fait ne se serait pas modifiée.

4. Questions d'ordre juridictionnel

a. Les limites du pouvoir d'intervention du juge

Dans un cas (RCC 1964, p. 41), la caisse de compensation avait rendu une décision refusant le paiement de mesures médicales. La mère de l'assuré écrivit alors à la commission de recours que si l'on refusait les mesures médicales demandées pour son enfant, elle exigeait au moins une contribution aux frais de soins à domicile. La décision de non-entrée en matière rendue par le juge cantonal avait fait l'objet d'un appel, le TFA a eu l'occasion, dans cette cause, de préciser les limites du pouvoir d'intervention du juge.

En premier lieu, le TFA a confirmé que les prétentions nouvelles de l'assuré, qui n'ont encore été l'objet d'aucune décision de caisse, doivent être d'abord examinées par les organes administratifs de l'assurance. Tel est le cas même quand ces prétentions sont formulées pour la première fois dans une lettre à l'autorité de recours.

En second lieu, le TFA a rappelé que le juge n'est saisi d'une affaire que s'il y a véritablement recours, c'est-à-dire si une décision de caisse a été attaquée, est devenue litigieuse. Mais y a-t-il recours lorsque, dans sa lettre à l'autorité de recours, l'assuré ou son représentant se borne à demander des pres-

tations nouvelles, et ne manifeste pas expressément son opposition à la décision de la caisse ? Le TFA a répondu négativement ; en pareil cas, il n'y a pas recours, et l'autorité juridictionnelle ne peut que rendre une décision de non-entrée en matière.

b. L'effet juridique des décisions juridictionnelles de non-entrée en matière

Dans un arrêt (voir sous 4a), le TFA a aussi défini les effets juridiques d'une décision de non-entrée en matière rendue par l'autorité de recours : tant que la décision n'a pas été examinée quant au fond par le juge, elle n'a passé en force que quant à la forme. Si l'autorité administrative l'estime illégale, elle a donc le pouvoir de la révoquer. L'OFAS peut, le cas échéant, adresser des directives à ce sujet à la commission AI intéressée (cf. également RCC 1964, p. 126).

c. La rectification de décisions durant la procédure de recours

Le TFA a confirmé (RCC 1964, p. 89) sa jurisprudence antérieure en la matière (cf. notamment RCC 1962, pp. 426 et 448) : dès que le juge est saisi d'un recours, lui seul a le pouvoir de rendre une décision concernant l'objet du litige. La commission AI ne peut pas remplacer son prononcé litigieux par un nouveau prononcé ; elle a seulement la faculté de soumettre des propositions à l'autorité juridictionnelle compétente, qui jugera.

L'écoulement du travail des commissions AI en 1963

Depuis l'entrée en vigueur de l'AI, les secrétariats des commissions AI annoncent chaque mois à l'Office fédéral des assurances sociales le nombre des demandes de prestations déposées et des prononcés rendus durant la même période. Ces données permettent de suivre aisément l'évolution de l'activité des commissions AI ; elles n'apprennent rien, en revanche, sur la somme de travail que cela représente, aussi doit-on les interpréter avec la plus grande prudence.

Durant les deux premières années de l'assurance, soit en 1960 et 1961, on s'est contenté de communiquer le nombre des demandes déposées et des demandes traitées. Ces renseignements, toutefois, se sont bientôt révélés incomplets ; ils auraient pu conduire à une appréciation erronée du travail des commissions AI. Ils ne tenaient pas compte, notamment, des prononcés subséquents rendus par les commissions sur la base de la demande originelle et concernant de nouvelles mesures. Ils ignoraient également les prononcés pris par les commissions AI au cours de la procédure d'instruction, par exemple les

demandes d'expertise. A partir de janvier 1962, les prononcés subséquents ont donc été mentionnés séparément; il en alla de même des cas liquidés sans prononcé de la commission, c'est-à-dire traités directement par le secrétariat, lorsque par exemple un dossier doit être transmis à une autre commission pour des raisons de compétence ou que les conditions d'assurance ne sont pas remplies. On a également inclus dans la statistique mensuelle les autres prononcés des commissions AI, en particulier ceux relatifs à des demandes de renseignements complémentaires au cours de la procédure d'instruction.

Le nombre total des demandes déposées sur formules officielles a atteint 91 523 en 1960, pour tomber à 48 453 en 1961, puis à 41 617 en 1962; en 1963, il est remonté à 44 174, soit 42 952 demandes auprès des commissions cantonales AI et 1222 auprès des commissions AI de la Confédération.

La moyenne mensuelle est de 3681 demandes en 1963, contre 3468 en 1962. Les oscillations au cours du dernier exercice sont relativement faibles; le nombre le plus élevé a été atteint en mai avec 4104 demandes; le mois le plus faible fut le mois d'août, au cours duquel on n'enregistra que 3317 nouvelles demandes. Le rapport entre le nombre de ces demandes et la population résidente des cantons suisses montre qu'en moyenne, et pour chacune des années 1962 et 1963, 8 *habitants sur 1000* se sont annoncés officiellement à l'AI. Cette proportion est de 10 pour mille et au-dessus dans 5 cantons, le maximum absolu étant de 12 pour mille; 4 cantons ont une moyenne inférieure à 7 pour mille, la proportion la plus faible étant de 4 pour mille. Le groupe du centre, soit les 16 cantons ou demi-cantons où la proportion est de 7 à 9 pour mille, représente plus des quatre cinquièmes de la population suisse. Les cantons urbains sont en général au-dessous de la moyenne, alors que les cantons campagnards ont tendance à se situer au-dessus.

Si l'on tient compte des 14 108 demandes en suspens au 1^{er} janvier 1963, le nombre théorique des demandes à examiner en 1963 s'est élevé à 58 282. Jusqu'au 31 décembre 1963, on avait traité 44 284 demandes et il en restait 13 998 en suspens, c'est-à-dire un peu moins qu'une année auparavant. Ces cas en suspens représentent en moyenne le travail de trois mois et demi. Si certaines commissions AI sont pour ainsi dire à jour, d'autres ont encore des retards importants. Une enquête complémentaire a permis de déceler que 30 pour cent de ces retards étaient dus à des rapports médicaux qui se faisaient attendre; le même pourcentage de cas est encore à l'examen dans les secrétariats AI, et les 40 pour cent qui restent sont à l'étude auprès des commissions elles-mêmes, des offices régionaux AI et des services sociaux mandatés par l'AI.

Durant l'année 1963, les commissions AI ont rendu 89 248 prononcés, soit environ 5000 de plus qu'en 1962. Avec les 1558 dossiers traités par les secrétariats directement, ce sont 90 806 cas qui ont fait l'objet d'un prononcé en 1963. Il est curieux de constater que le nombre des premiers prononcés est tombé de 45 020 en 1962 à 42 726 en 1963, alors que les prononcés subséquents, rendus sur la base de la demande originelle, sont passés dans le même laps de temps de 27 939 à 34 035, ce qui fait une augmentation d'un quart environ. Il sera intéressant de suivre cette évolution dans les années à venir.

Si l'on établit le rapport entre les 88 496 prononcés des commissions cantonales AI et la population de résidence, on compte dans l'ensemble environ 16 prononcés pour 1000 habitants. Cette proportion n'est cependant qu'une moyenne et varie sensiblement d'une commission à l'autre. Les raisons de ces différences doivent être recherchées avant tout dans la façon dont les commissions AI ont organisé le réexamen ou la revision des cas.

Travailleurs détachés selon la convention avec la France

Les quatorze conventions bilatérales en matière d'assurances sociales actuellement en vigueur que la Suisse a conclues — celle qui a été signée avec la France le 9 juillet 1949 est, soit dit en passant, la plus ancienne à l'heure actuelle — règlent toutes la situation des *travailleurs salariés envoyés temporairement d'un pays contractant sur le territoire de l'autre*. En règle générale, ces travailleurs qui émigrent pour un temps relativement court sont exemptés pour une durée de douze mois au moins de l'affiliation aux branches de la sécurité sociale de leur lieu de séjour temporaire visées par la convention; les possibilités de prolongation de cette exemption, une fois le délai d'une année écoulé, varient selon les accords. Seule la convention avec la France fait exception, la première période d'exemption étant considérablement plus courte, à savoir de trois mois. Passé ce délai, l'organisme compétent du pays où le travailleur séjourne provisoirement peut autoriser une prolongation du délai initial (cf. art. 3, § 1^{er}, de la convention franco-suisse) ce qui, selon la pratique observée par les autorités françaises, n'était toujours possible que pour une nouvelle période de 3 mois et pouvait se répéter plusieurs fois en cas de nécessité.

L'expérience a montré que cette réglementation était peu rationnelle du point de vue administratif. Etant donné que, jusqu'à ce qu'une modification de la procédure puisse être introduite par la revision de la convention, un certain temps s'écoulera encore, les autorités compétentes des deux pays ont convenu, au cours de pourparlers concernant des problèmes communs de sécurité sociale, de *simplifier quelque peu les formalités*. Désormais, *le délai initial d'exemption de trois mois se renouvellera par tacite reconduction jusqu'à ce que la période de détachement ait atteint douze mois au total*. Le travailleur salarié muni de l'attestation prescrite établissant sa qualité d'envoyé temporaire, et dont le séjour dans l'autre pays se prolonge, ne devra dès lors présenter une demande de prolongation de la période d'exemption de l'AVS du pays de son lieu de séjour temporaire qu'après l'expiration d'une année; il présentera alors seulement une nouvelle attestation.

La circulaire sur la procédure à suivre dans l'assurance-invalidité

Lors de l'entrée en vigueur de l'AI, les organes de l'assurance se sont trouvés en face de problèmes tout à fait nouveaux, non seulement en ce qui concerne l'application du droit matériel, mais aussi dans le domaine de l'organisation et de la procédure. Afin de permettre tout de même à l'assurance de fonctionner rapidement, il a fallu rédiger et envoyer à ses organes le « Bulletin de l'AI », des circulaires, directives et instructions pour des cas d'espèce, etc. La matière étant relativement complexe, ces communications devaient inévitablement être assez abondantes, d'autant plus qu'en 1960, année de l'introduction de la LAI, elles étaient en outre destinées à suppléer le règlement d'exécution encore en préparation. Le besoin s'est fait sentir très tôt de condenser en un tout ce matériel juridique épars, de manière à faciliter le travail des organes de l'AI. L'OFAS décida donc de compiler l'ensemble de ces directives en tenant compte également de la jurisprudence et des expériences faites; il résolut de revoir aussi, à cette occasion, les formules utilisées dans l'AI, et de leur apporter les améliorations nécessaires.

L'OFAS estima que les questions générales de procédure devraient être l'objet d'une circulaire séparée, pour autant qu'elles puissent être dissociées du droit matériel; qu'en revanche les problèmes de procédure propres à tel ou tel genre de prestations devraient être traités dans des circulaires spécialement consacrées à l'octroi de ces prestations-là. Il pensa en outre que l'élaboration des nouvelles formules et circulaires ne devrait être entreprise qu'avec la collaboration des organes de l'AI, de façon à tenir compte non seulement de considérations juridiques, mais aussi des problèmes pratiques qui se posent aux organes chargés de l'application de la loi.

Procédure et formules allant de pair, il était indiqué de les traiter simultanément. Une commission spéciale fut constituée à cet effet; elle se composait de membres des commissions AI et de leurs secrétariats, de collaborateurs des offices régionaux AI et des caisses de compensation. Elle se réunit une première fois à Berne le 24 mai 1962. Une sous-commission issue de la commission plénière fut chargée d'examiner les problèmes généraux de procédure; il lui appartenait d'étudier les projets de formules et de circulaires établis par l'OFAS. Elle se réunit deux fois, les 26 et 27 juin et les 29 et 30 novembre 1962. Ses délibérations aboutirent à un projet de circulaire qui fut soumis le 19 juillet 1963 à la commission plénière. Le 1^{er} avril 1964, la « Circulaire sur la pro-

cédure à suivre dans l'AI » ¹⁾ entrant en vigueur, et il convient de la commenter brièvement.

La circulaire, divisée en sept parties, débute par une introduction. Celle-ci rappelle que la circulaire contient des règles générales sur la façon de procéder à l'examen des demandes et à l'octroi des prestations de l'assurance; quant aux règles spéciales de procédure en rapport avec l'octroi de certaines prestations, elles figurent dans les circulaires portant sur l'application du droit matériel et prévalent sur les directives générales de la circulaires sur la procédure.

Les deux premières parties de la circulaire sont les plus considérables. Elles ont pour objet *la procédure à suivre lors du dépôt et lors de l'instruction de la demande*. Les règles relatives aux délais de dépôt de la demande sont parmi les plus importantes (art. 48 LAI et 78, al. 2, RAI). L'inobservation de ces délais conduit fréquemment, en effet, au refus de prestations de l'AI pour des raisons de forme. Dans le domaine de la réadaptation, l'OFAS s'est efforcé de trouver une solution qui sauvegarde aussi largement que possible les intérêts des assurés tout en respectant les dispositions légales (N^{os} 35 à 53). La réglementation correspond dans l'essentiel aux principes déjà commentés dans la RCC 1963, p. 389. Ainsi, la règle valable jusqu'à présent est abrogée conformément au supplément du 26 juin 1963 de la circulaire du 28 mai 1962 concernant le paiement des mesures de réadaptation.

En ce qui concerne l'instruction de la demande, la circulaire prévoit expressément que les commissions AI doivent établir d'office tous les faits nécessaires à l'examen du bien-fondé de la demande et déterminer en outre l'ensemble des prestations dues au requérant, même si celui-ci ne les a pas toutes expressément demandées (N^{os} 86 et 87). Elle insiste sur la nécessité de recueillir promptement toutes les pièces et renseignements médicaux nécessaires, avant même que soient étudiées les mesures d'ordre professionnel entrant en considération (N^o 88). On obtiendra ces indications au moyen du rapport médical (N^{os} 114 à 125) et, dans les cas spéciaux, par voie d'expertises (N^{os} 126 ss); celles-ci nécessiteront, suivant les circonstances, l'hospitalisation de l'assuré dans un établissement spécialisé ou un placement dans un centre d'observation (N^o 132). Les commissions AI peuvent encore utiliser d'autres moyens d'investigation. Elles peuvent se renseigner auprès des assurés, de leurs proches ou de tiers (N^{os} 98 à 113), demander aux offices régionaux AI des rapports sur les possibilités de réadaptation professionnelle (N^{os} 138 à 157) et inviter l'assuré à se présenter personnellement (N^{os} 158 à 161). En ce qui concerne le remboursement des frais d'instruction, la règle veut que seules peuvent être payées par l'AI les mesures ordonnées par l'organe AI compétent (N^o 163). Il est vrai que l'assurance peut prendre en charge les frais d'examen médicaux spéciaux (radiographies, électro-encéphalogrammes, électro-cardiogrammes, analyses du sang, etc.) exécutés en vue de l'établissement du rapport médical, sans même

¹⁾ En vente sous N^o 318.507.03 auprès de la Centrale fédérale des imprimés et du matériel, Berne 3, au prix de Fr. 1.60.

que ces mesures aient été préalablement ordonnées par la commission AI — si de toute évidence elles étaient indispensables à l'examen du bien-fondé de la demande (N° 121).

La troisième partie est consacrée à l'*octroi des prestations*. Dans la mesure du possible, la commission AI doit en principe se prononcer en même temps sur toutes les prestations entrant en considération (N° 175). La procédure à suivre devant la commission AI est réglée — à quelques exceptions près — par les cantons. Tous les membres de la commission AI appelés à participer à une séance doivent avoir la possibilité d'étudier préalablement les dossiers qui y seront discutés (N° 177). Quant aux caisses de compensation, leur tâche essentielle consiste à donner aux prononcés des commissions AI la forme de décisions en bonne et due forme, qu'elles notifient aux destinataires avec indication des moyens de droit (N°s 193 à 212). Pour l'exécution des décisions de caisse, la circulaire renvoie aux directives spéciales concernant les prestations en espèces et en nature (N° 213).

La quatrième partie règle la *compétence des caisses de compensation, des commissions AI et des offices régionaux AI* (N°s 214 à 242), et la cinquième partie traite de *l'appel aux services sociaux* (N°s 243 à 265). Les services sociaux ne sont pas des organes de l'AI; en revanche, ils peuvent collaborer à l'instruction de la demande et à l'exécution des décisions sur mandat de l'office régional ou — s'il ne s'agit pas de mesures d'ordre professionnel — de la commission AI. Ils doivent exécuter eux-mêmes le mandat reçu, sans faire appel à des tiers. Pour l'exécution du mandat et la présentation du rapport, les prescriptions concernant les offices régionaux AI leur sont également applicables dans l'essentiel (N° 261).

La communication des dossiers médicaux est réglée de la même manière, tant pour les services sociaux que pour les offices régionaux (N° 256). Ce faisant, on a considéré que ces organes devaient être convenablement informés pour pouvoir s'acquitter de leur mandat. Les dossiers médicaux ne peuvent toutefois leur être communiqués lorsque des raisons impérieuses de discrétion s'y opposent ou que, même accompagnées de commentaires, certaines pièces médicales ne seraient pas suffisamment intelligibles pour des non-médecins. En pareil cas, il est prévu que les renseignements médicaux nécessaires à l'exécution du mandat seront consignés dans un rapport établi d'après les indications du médecin de la commission AI, à l'intention de l'organe mandaté.

La sixième partie de la circulaire porte sur le *contentieux* et expose, d'une façon très générale, les voies de droit ouvertes aux assurés et l'organisation juridictionnelle (N°s 266 à 280). Quant à la septième et dernière partie, elle fixe *l'entrée en vigueur* de la nouvelle circulaire et abroge toutes les directives contraires (N° 281).

Problèmes d'application de l'AVS

A propos des tables de cotisations des assurés ayant une activité indépendante

Plusieurs caisses de compensation ont demandé selon quelles modalités ont été calculés les montants de cotisations tombant dans l'échelle dégressive inscrits dans les tables de cotisations des travailleurs indépendants. A l'emploi, les tables applicables naguère pouvaient faire surgir des différences dans la comptabilité, car il se trouvait alors que le montant annuel de la cotisation ne correspondait pas toujours au montant mensuel multiplié par 12. Pour éviter qu'il en aille ainsi, on a légèrement décalé, dans les tables « Cotisations des travailleurs indépendants et des salariés dont l'employeur n'est pas tenu de cotiser » (brochure 318.114 dfi — pages 6 et suiv.), certains montants annuels de cotisations (par rapport au calcul exact en pour-cent du revenu). Les écarts par le haut et par le bas ne dépassent pas 30 centimes par an. Il en résulte que tous les montants annuels sont maintenant divisibles par 12, ce qui élimine automatiquement les différences constatées jadis. On a ainsi pu, tout en restant dans le cadre légal, faire droit à une revendication pratique des caisses. Les cotisations ne doivent être calculées qu'à l'aide des tables publiées par l'Office fédéral des assurances sociales et approuvées par le Conseil fédéral.

Il y a enfin lieu de signaler ici une erreur d'impression qui s'est glissée dans les tables de cotisations citées ci-dessus. A la page 6, pour un revenu de 10 900 francs, la cotisation est de 457 fr. 80 et non de 457 fr. 60.

Problèmes d'application de l'AI ¹

Infirmités congénitales: reconnaissance dans des cas d'espèce

Par décisions des 18 et 22 février 1964, le Département fédéral de l'intérieur, se fondant sur l'article 3, 2^e alinéa, OIC, a reconnu comme infirmités congénitales dans des cas d'espèce *l'erythrodermia ichthyosiformis congenita* (rougeur

¹ Extraits du « Bulletin de l'AI » n° 52.

de la peau congénitale, progressive et inflammatoire avec formation de squames), *l'insuffisance surrénale idiopathique* et *la tumeur congénitale de la vessie* (fibro-rhabdomyon de la paroi de la vessie).

Il faut relever que l'érythrodermia ichthyosiformis congenita est une maladie rare dont la cause est inconnue. Il est donc possible que l'on se trouve plus tard en présence de symptômes similaires, mais qui ne constituent pas une infirmité congénitale au sens de l'article 13 LAI.

Les demandes de reconnaissance de ces affections comme infirmités congénitales doivent être adressées à l'OFAS, avec le dossier complet, pour tout nouveau cas à traiter.

Ligne de délimitation entre les mesures médicales et la formation scolaire spéciale en cas de séjour dans un établissement

Si un assuré mineur doit séjourner dans un établissement qui a aussi bien le caractère d'un établissement hospitalier ou curatif que celui d'une école spéciale, il faut, en ce qui concerne les différentes prestations de l'AI, déterminer si ce séjour a pour but principal l'application de mesures médicales ou si c'est la formation scolaire spéciale qui prime.

Si le séjour dans un établissement vise en premier lieu l'application de mesures médicales de l'AI (traitement dans un établissement au sens de l'article 14, 3° alinéa, LAI), les frais de logement et de pension dans la division commune sont entièrement à la charge de l'AI. Si le séjour dans l'établissement a pour but principal le traitement d'une affection comme telle, mais qu'en même temps l'enfant reçoit une formation scolaire spéciale, seule la contribution aux frais d'école est accordée — et non la contribution aux frais de pension.

Si c'est la formation scolaire spéciale qui prime, l'assuré a droit à la contribution aux frais d'école et aux frais de pension, tandis que les mesures médicales accordées sont tout au plus rétribuées selon le tarif du traitement ambulatoire.

La distinction susmentionnée doit clairement ressortir du prononcé de la commission AI.

Mesures médicales : prestations psychiatriques

a. La prescription

Les prestations psychiatriques de nature diagnostique et thérapeutique ne sont assumées par l'AI — comme toutes les mesures médicales — que si elles ont fait l'objet d'un prononcé de la commission AI compétente. Si ces mesures sont appliquées par des auxiliaires médicaux (par exemple des psychologues), elles ne sont à la charge de l'AI que si elles sont prescrites et contrôlées par un médecin.

b. Le remboursement des frais

Les factures relatives aux expertises et aux traitements psychiatriques, effectués par des médecins praticiens, sont honorées conformément au tarif de la CNA ou au tarif intérimaire de l'AI. Mises à part certaines prestations spéciales (p. ex. les électro-encéphalogrammes), on applique, pour les prestations diagnostiques et thérapeutiques, le taux valable pour les consultations; conformément au tarif intérimaire AI, on peut facturer, pour les consultations qui durent plus de 15 minutes, 6 francs par quart d'heure supplémentaire (plus l'allocation de renchérissement), pour autant qu'il n'y ait pas, en même temps, une autre prestation facturée.

Si les mesures sont appliquées dans une clinique, ce sont les tarifs conclus avec cet établissement qui sont applicables.

Il n'existe encore aucune convention tarifaire générale pour les prestations psychiatriques appliquées par des auxiliaires médicaux (par exemple des psychologues). La facturation se fera donc selon les tarifs locaux ordinaires; le taux maximum d'un honoraire est de 20 francs par heure.

Contrôle médical: prise en charge des frais

Les frais de contrôle médicaux ne sont pris en charge par l'AI que si ces derniers ont été ordonnés par une commission AI ou si la consultation fait partie d'une mesure médicale de réadaptation qui a été l'objet d'une décision. En revanche, si un centre de réadaptation ou une école spéciale fait procéder à un tel contrôle, par exemple lors de l'admission de l'assuré, les dépenses qui en résultent ne peuvent être mises individuellement à la charge de l'AI; elles sont au contraire à la charge du compte d'exploitation de l'institution. L'AI ne pourra en tenir compte que dans le calcul d'une subvention éventuelle aux frais d'exploitation, en vertu de l'article 73, 2^e alinéa, lettre a, LAI.

BIBLIOGRAPHIE

Arnold Gysin: **Soziale Ideen und rechtliche Strukturen in der Sozialversicherung.** Revue suisse des assurances sociales, 1964, fasc. 1, pp. 1-28. Editions Stämpfli & Cie, Berne.

Adelrich Pfluger: **Der Begriff der vorübergehenden und der dauernden Erwerbsunfähigkeit in der Sozialversicherung und in der Privatversicherung.** Revue suisse des assurances sociales, 1964, fasc. 1, pp. 29-55. Editions Stämpfli & Cie, Berne.

Karl Achermann: Die Stellung der ärztlichen Sachverständigen in der Sozialversicherung der Schweiz (avec résumé français). Tirage à part de la revue «Der medizinische Sachverständige», Berlin, pp. 53-56. Mars 1964.

PETITES INFORMATIONS

Nouvelles interventions parlementaires

Motion Barras, du 3 mars 1964

M. Barras, conseiller national, a présenté la motion suivante : « La loi fédérale du 20 juin 1952 modifiée la dernière fois le 16 mars 1962 met au bénéfice d'allocations pour enfants les petits paysans dont le revenu n'excède pas 5500 francs par année. Cette limite s'élève de 700 francs par enfant.

La hausse du coût de la vie qui se manifeste dans l'agriculture aussi bien que dans les autres professions entraîne une augmentation des revenus sans que le pouvoir d'achat s'améliore.

Le Conseil fédéral est prié d'examiner dans quelle mesure l'article 5 de la loi devrait être modifié pour adapter les limites de revenu à l'indice actuel du coût de la vie, comparativement à celui du mois de mars 1962. »

Répertoire d'adresses AVS/AI/APG

Page 21, caisse 106, FRSP.

Nouvelle adresse: 15, rue Pierre-Fatio, Genève.
Nouveau numéro de tél.: (022) 36 40 00.

Page 23, commission AI de Bâle-Ville.

Nouveau numéro de tél.: (061) 23 88 90.

Page 24, commission AI de l'Argovie.

Nouvelle adresse: Feerstr. 3, Case postale 139, Aarau.

JURISPRUDENCE

Assurance-invalidité

RÉADAPTATION

Arrêt du TFA, du 28 janvier 1964, en la cause R. K.

Article 12, 1^{er} alinéa, LAI. Dans le cas d'un enfant dont la hanche est abîmée par une ostéomyélite, une opération médicalement recommandée, qui guérit les graves séquelles de cette affection et préserve ainsi l'assuré d'une gêne sensible dans sa formation professionnelle et dans son activité lucrative futures, est une mesure médicale visant directement la réadaptation professionnelle.

Articolo 12, capoverso 1, LAI. Nel caso di un bambino la cui articolazione coxo-femorale è logorata da un'osteomielite (infiammazione del midollo osseo), un'operazione raccomandata dal medico che elimina questo grave difetto, preservando l'assicurato dalle sensibili conseguenze nella sua formazione professionale e nella sua futura attività lucrativa, è considerata provvedimento sanitario destinato direttamente all'integrazione professionale.

Au début d'octobre 1961, l'assurée, née en 1952, fut annoncée à l'AI. Un orthopédiste constata qu'elle souffrait des suites d'une ostéomyélite contractée dans sa petite enfance, avec une nécrose de la tête du fémur; la jambe gauche était raccourcie de 4 cm. et le radiogramme révéla ce qui suit:

« Cavité cotyloïde vide et plate; la tête et le col du fémur manquent; l'extrémité du trochanter se trouve près de l'aile iliaque, mais il n'y a pas eu formation d'une nouvelle articulation visible au radiogramme. » Dans un autre rapport, l'orthopédiste déclare qu'actuellement, un traitement n'est pas nécessaire (en dépit des difficultés de l'assurée à marcher et à se tenir debout); en revanche, il faudra vraisemblablement effectuer « dans les prochaines années » une ostéotomie dans la partie gauche de l'introchanter, et peut-être aussi une épiphysiodèse à l'extrémité distale du fémur droit. En même temps, Pro Infirmis informa l'AI que l'orthopédiste, en raison de la gravité du cas, proposait un examen par un autre spécialiste. Là-dessus, la commission AI décida de ne pas accorder de mesures médicales, vu que ces prestations visaient le traitement de l'affection comme telle.

Au cours de la procédure de recours, la commission cantonale de recours demanda le rapport d'un spécialiste. Celui-ci déclara que, entre temps, l'assurée avait été opérée;

cette intervention ne visait pas l'ostéomyélite contractée antérieurement, mais l'articulation de la hanche abîmée qui en était une séquelle. Cette articulation ne pouvait supporter de charge; maintenant, son état s'était considérablement amélioré. Peut-être que d'autres interventions chirurgicales seraient nécessaires par la suite.

La commission de recours admit le recours; elle mit à la charge de l'AI « les frais de l'opération, du séjour à l'hôpital et des contrôles post-opératoires ».

Le TFA a rejeté, pour les motifs suivants, l'appel interjeté par la caisse de compensation contre ce jugement:

1. ...

C'est sur la base de l'article 5, 2^e alinéa, LAI que l'on peut déterminer si des actes médicaux appliqués à des assurés mineurs visent de manière prépondérante la réadaptation professionnelle et sont de nature à entraîner une amélioration importante et durable de la capacité de gain. Selon l'article précité, les assurés mineurs, atteints dans leur santé physique ou mentale et qui n'exercent pas d'activité lucrative, sont réputés invalides si l'atteinte à leur santé aura vraisemblablement pour conséquence une incapacité de gain. Dans le cas des jeunes gens n'exerçant pas d'activité lucrative, il s'agit de savoir si ces assurés, au moment où ils vont entrer dans la vie professionnelle, ont droit, en raison de leur invalidité, à des mesures de réadaptation. Actuellement, la pratique administrative admet qu'en cas d'affections juvéniles typiques représentant un état pathologique labile, des interventions chirurgicales uniques, destinées à éviter un état défectueux imminent, peuvent constituer des mesures de réadaptation si elles sont effectuées au seuil de l'âge de la formation professionnelle (ATFA 1962, p. 319, et 1963, p. 113 = RCC 1962, p. 393 et 1963, p. 122).

2. Dans son appel, la caisse de compensation s'est vraisemblablement laissé guider par la pratique administrative précitée. Cependant, dans le cas présent, il s'agit avant tout d'un état défectueux (séquelle d'un processus morbide achevé depuis longtemps) et non d'une affection juvénile évolutive. La pratique administrative susmentionnée n'exclut pas l'octroi de mesures médicales aux enfants souffrant d'un état défectueux; elle tend bien plutôt à accorder, au-delà de la limite généralement admise, des mesures médicales à des jeunes gens atteignant l'âge de la formation professionnelle, même en cas d'affection évolutive particulière, avant que l'état défectueux imminent ne se soit installé.

Cependant, toutes les corrections d'un état défectueux ne sont pas à la charge de l'AI. Il faut que la correction soit principalement liée à la réadaptation prévue à l'article 12 LAI. Cela ne saurait être le cas si la correction doit être considérée, du point de vue médical, comme une mesure faisant partie du traitement de l'affection comme telle et y mettant fin. Il faut relever aussi que le genre de l'état défectueux et l'âge de l'assuré, plus ou moins éloigné de la formation professionnelle, peuvent être les éléments essentiels permettant de déterminer s'il s'agit ou non du traitement de l'affection comme telle. Si l'état défectueux est si grave que sans les mesures médicales, l'assuré serait considérablement handicapé pour terminer le cycle scolaire, pour sa formation professionnelle et son activité lucrative ultérieures, alors, conformément à l'article 5, 2^e alinéa, LAI et à la jurisprudence (ATFA 1962, p. 319 = RCC 1963, p. 122), il faut admettre la prééminence du but de réadaptation des mesures médicales déjà appliquées pendant l'enfance. La relation directe entre mesures médicales et réadaptation professionnelle exigée à l'article 12 LAI se rapporte au but des mesures médicales; c'est pourquoi des actes médicaux peuvent être nécessaires pendant l'enfance s'ils visent directement la réadaptation professionnelle (cf. Message du Conseil fédéral sur le projet de loi concernant l'AI, 4^e partie, chap. IV, art 12). Le moment souvent

fortuit auquel des mesures médicales sont appliquées n'a pas la même importance chez les adolescents que chez les assurés qui approchent de la fin de leur période d'activité au sens de l'AI. La pratique des assurances ne doit surtout pas conduire, sans nécessité légale, à ajourner des mesures de réadaptation judicieuses en dépit de l'indication médicale. Il serait peu logique de différer à un âge plus avancé une mesure déjà nécessaire, surtout quand les chances de succès — qui sont souvent plus grandes pendant l'enfance — en seront diminuées.

3. Dans les conditions présentes, l'opération effectuée constitue essentiellement une mesure de réadaptation. Elle visait à supprimer un état défectueux grave qui aurait été un handicap pour la scolarité, la formation professionnelle et l'activité lucrative de l'assurée. Puisque, selon les indications du spécialiste, l'articulation de la hanche ne supportait plus aucune charge, il est évident que l'opération a été effectuée au moment propice; en outre, l'orthopédiste avait déjà fait entrevoir, lors de son examen, la possibilité d'une intervention chirurgicale.

Il n'existe également aucun obstacle légal formel à la prise en charge de l'opération, qui avait été effectuée sans avoir été ordonnée au préalable par la commission AI. Bien que la date exacte de l'opération ne soit pas connue, on peut admettre, selon les indications du dossier, qu'elle n'a eu lieu qu'après le refus des mesures médicales par l'administration. Etant donné que le bien-fondé de cette décision doit être examiné en procédure d'appel (et les mesures médicales auraient dû être accordées, d'après ce qui précède), l'article 78, 2^o alinéa, RAI, selon lequel des mesures médicales appliquées sans avoir été ordonnées par la commission AI ne sont prises en charge qu'exceptionnellement et à certaines conditions, ne peut en tout cas être opposé à l'assurée (ATFA 1962, p. 318 = RCC 1963, p. 122). La commission AI a refusé les mesures médicales non seulement temporairement, sans préjudice d'une décision ultérieure, comme on aurait pu le penser après le premier examen de l'orthopédiste; ce refus a été bien plutôt un refus de principe, tout indiquées que fussent ces mesures du point de vue médical.

Arrêt du TFA, du 3 février 1964, en la cause B. M.

Article 13 LAI. Une cyphose régressive due à la maladie de Scheuermann ne constitue pas une infirmité congénitale. (Considérant 1.)

Article 12, 1^{er} alinéa, LAI. Le traitement conservateur en cas de maladie de Scheuermann fait partie du traitement de l'affection comme telle. (Considérant 1.)

Article 21, 1^{er} alinéa, LAI; article 14, 1^{er} alinéa, RAI. Un corset de réclinaison qui sert à la fois à la réadaptation et au traitement de l'affection comme telle représente un moyen auxiliaire au sens de l'AI. En revanche, une coquille plâtrée qui, de par sa construction, est impropre à servir à la réadaptation professionnelle, ne constitue pas un moyen auxiliaire. (Considérant 2.)

Articolo 13 LAI. Una cyfosi regressiva dovuta alla malattia di Scheuermann non è considerata infermità congenita. (Considerando 1.)

Articolo 12, capoverso 1, LAI. La cura conservativa della malattia di Scheuermann fa parte della cura vera e propria del male. (Considerando 1.)

Articolo 21, capoverso 1, LAI; articolo 14, capoverso 1, OAI. Un busto gessato in superestensione che serve contemporaneamente all'integrazione ed

alla cura dell'affezione è considerato mezzo ausiliare a'sensi dell'AI. Per contro, una bacinella gessata che a causa della sua costruzione non è adatta all'integrazione professionale, non costituisce un mezzo ausiliare (Considerando 2.)

L'assurée, née en 1948, souffre d'une « cyphose typique ». Elle suit un traitement conservateur de gymnastique médicale et a besoin, selon une ordonnance médicale, d'un corset de réclinaison et d'une coquille plâtrée. Conformément au prononcé de la commission AI, la caisse de compensation l'informa que l'AI ne pouvait prendre en charge les mesures médicales et les moyens auxiliaires, vu qu'il s'agissait du traitement de l'affection comme telle. L'autorité de recours a admis le recours formé contre cette décision et a conclu que l'AI devait assumer les frais des mesures médicales et des moyens auxiliaires nécessaires.

Le TFA a admis l'appel interjeté par l'OFAS pour les raisons suivantes:

1. La cyphose dont souffre cette assurée ne constitue pas une infirmité congénitale au sens de l'OIC, de sorte que des mesures médicales ne peuvent être accordées en vertu de l'article 13 LAI. La seule question est donc de savoir si les mesures médicales nécessitées par cette affection représentent des mesures de réadaptation au sens de l'article 12 LAI.

...

Lorsqu'il s'agit d'assurés mineurs, c'est à la lumière de l'article 5, 2^e alinéa, LAI, qu'il faut déterminer si une mesure médicale vise essentiellement la réadaptation professionnelle et est de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain. Selon cette disposition, les assurés mineurs, atteints dans leur santé physique ou mentale, sont réputés invalides lorsque l'atteinte à leur santé aura vraisemblablement pour conséquence une incapacité de gain. Dans les cas d'assurés mineurs n'exerçant pas d'activité lucrative, il faut donc se demander si, au moment où ils entreraient dans la vie professionnelle, leur invalidité leur donnerait droit à des mesures de réadaptation. On a constaté dans la pratique que, dans les cas de maladies juvéniles typiques représentant en somme un phénomène pathologique labile, des interventions chirurgicales uniques, effectuées à l'âge de la croissance et visant à éviter un état défectueux imminent, peuvent tout de même constituer des mesures de réadaptation. En revanche, il en va autrement du traitement conservateur de telles affections. En règle générale, un tel traitement n'est pas indiqué seulement lorsque, vers la fin de la période de croissance, un état défectueux imminent est à prévoir, et il sert principalement à la guérison ou à l'amélioration d'un phénomène pathologique labile; en outre, ce traitement doit se poursuivre sur une assez longue période, de sorte qu'il ne peut être considéré comme une mesure appliquée pendant une période limitée au sens de l'article 2 RAI (cf. ATFA 1963, p. 46 = RCC 1963, p. 300; ATFA 1963, p. 113 = RCC 1963, p. 410; arrêt du TFA du 14 mai 1963, en la cause J. M., RCC 1963, p. 420).

Dans le cas présent, l'assurée se trouve à l'âge de la formation professionnelle; il est à prévoir que la cyphose dont elle souffre aboutirait, sans traitement, à un état défectueux à brève échéance. Toutefois, la cyphose qui, selon l'OFAS, est due à la maladie de Scheuermann, c'est-à-dire à un phénomène pathologique labile, ne fait l'objet que d'un traitement conservateur. Celui-ci fait partie, vu ce qui précède, du traitement de l'affection comme telle, aussi le jugement de recours doit-il être annulé dans la mesure où il accorde des prestations médicales de réadaptation.

2. Conformément à l'article 21, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré a droit, dans les limites d'une liste établie par le Conseil fédéral, aux moyens auxiliaires nécessaires à sa réadaptation professionnelle. Cette condition est précisée à l'article 15, 1^{er} alinéa, RAI selon lequel l'assuré a droit aux moyens auxiliaires dont il a besoin pour l'exercice d'une activité lucrative ou pour étudier. Si ces moyens servent aussi à d'autres buts que la réadaptation, on n'en tient en principe pas compte. L'article 21, 1^{er} alinéa, LAI ne prévoit pas, comme le fait l'article 12 pour les mesures médicales, la prépondérance d'un des buts du moyen auxiliaire. Il s'ensuit qu'un moyen auxiliaire servant à la réadaptation est à la charge de l'AI même s'il a été remis pour soulager une affection dont le traitement ne peut pas être assumé par l'AI en vertu de l'article 12 LAI (ATFA 1963, p. 144 = RCC 1963, p. 466). Le corset de réclinaison, qui constitue un moyen auxiliaire et est nécessaire à la réadaptation professionnelle, doit donc être accordé par l'AI. Sur ce point, le jugement de recours doit être maintenu.

Il n'en va pas de même de la coquille plâtrée. Comme le précise l'arrêt mentionné ci-dessus (RCC 1963, p. 466), il ressort de l'article 21, 1^{er} alinéa, LAI qu'un moyen auxiliaire doit, de par sa construction, être de nature à servir à la réadaptation de l'assuré à la vie professionnelle; les objets qui ne peuvent servir à cette fin (par exemple les simples appareils extenseurs, les lits plâtrés) ne correspondent pas à la notion de moyen auxiliaire. La coquille plâtrée vise un but analogue à celui du lit plâtré et ne représente donc pas un moyen auxiliaire au sens de la LAI. Par conséquent, les frais qu'elle occasionne ne sont pas à la charge de l'AI. Le jugement de recours doit être annulé dans la mesure où il accorde à l'assurée une coquille plâtrée aux frais de l'AI.

Arrêt du TFA, du 13 janvier 1964, en la cause M. R.

Articles 13 et 85, 2^e alinéa, LAI; article 2, chiffre 98, OIC. Lorsqu'une malformation congénitale du cœur aurait déjà dû être traitée pendant la minorité de l'assuré, mais que l'état de la science ne permettait pas un tel traitement à l'époque, l'opération du cœur, devenue possible après la majorité, est à la charge de l'AI aux conditions prévues par l'article 85, 2^e alinéa, LAI.

Articoli 13 e 85, capoverso 2, LAI; articolo 2, cifra 98, OIC. Le spese per l'operazione al cuore, fatta in età maggiore, allo scopo di eliminare un vizio cardiaco congenitale che non si è potuto trattare nell'età minore dell'assicurato perchè a quell'epoca le conoscenze scientifiche non lo permettevano, sono a carico dell'AI a norma dell'articolo 85, capoverso 2, LAI.

L'assurée, née en 1921, a présenté une demande de prestations à l'AI en juillet 1962. Avant cette date déjà, son médecin de famille avait annoncé, en produisant le certificat d'un spécialiste, qu'un cathétérisme du cœur devrait être effectué pour une sténose pulmonaire et un début d'insuffisance cardiaque; le résultat de cet examen montrerait la nécessité éventuelle d'une opération du cœur. Par la suite, l'assurée informa la commission AI que l'opération était nécessaire. Le 10 septembre 1962, l'AI décida de ne pas accorder de mesures médicales de réadaptation, vu que les actes médicaux avaient pour objet le traitement de l'affection comme telle.

La commission cantonale de recours rejeta le recours formé contre cette décision. L'assurée interjeta alors appel contre le jugement cantonal; le certificat de la cli-

nique médicale universitaire, auquel elle se réfère, déclare notamment: L'examen de l'assurée, du 25 juin au 4 juillet 1962, a donné le diagnostic suivant: « Communication interauriculaire du type « secundum » avec shunt gauche-droit de 6 litres pour un débit corporel de 5,5 litres. » L'opération du 21 janvier 1963 a confirmé ce diagnostic, et la perforation a pu être fermée. La malformation du cœur ainsi confirmée est une affection congénitale. « Elle doit être opérée de nos jours dans l'enfance pour éviter des complications ultérieures. »

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

En principe, les mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales sont octroyées aux mineurs (article 13 LAI). Conformément à l'article 85, 2^e alinéa, LAI, les assurés majeurs ont droit aux prestations prévues à l'article 13 LAI pendant cinq années à compter de l'entrée en vigueur de la LAI, « si l'infirmité congénitale peut être supprimée ou durablement atténuée par des mesures médicales de courte durée ».

Il ressort du certificat déposé en cours de procédure d'appel que la malformation du cœur de l'assurée, maintenant opérée, était une infirmité congénitale au sens de l'article 2, chiffre 98, OIC. Cette affection, qui aurait déjà dû être traitée dans la jeunesse de l'assurée, a pu être supprimée à présent par une intervention chirurgicale unique. A l'époque où l'assurée était mineure, l'état de la science ne permettait pas encore de diagnostiquer cette infirmité et de l'opérer. Dès lors, il faut se demander si, du point de vue de l'AI, le développement ultérieur de la science doit profiter à l'assurée majeure. La cour plénière s'est prononcée affirmativement. Lorsqu'une infirmité congénitale aurait déjà dû être traitée pendant la minorité de l'assuré (cf. arrêt O. Sch., ATFA 1961, p. 186 = RCC 1961, p. 290), mais que la science n'était alors pas suffisamment développée pour permettre ce traitement, celui-ci, devenu possible après la majorité, doit être assumé pendant la période transitoire de cinq ans aux conditions prévues à l'article 85, 2^e alinéa, LAI. Il ne serait pas compatible avec la *ratio* de l'article 13 LAI de refuser le traitement pour la seule raison qu'on peut aider l'assurée d'une manière efficace depuis sa majorité seulement. Une autre solution aurait aussi pour conséquence peu logique qu'il faudrait examiner, dans chaque cas, dans quelle mesure les possibilités de traitement se seraient développées avant la majorité, ce qui pourrait conduire, le cas échéant, à des solutions différentes pour la même infirmité selon l'âge actuel du patient. Les conditions mises à la prise en charge des frais du traitement par l'AI sont donc remplies.

Le fait que l'assurée a été examinée et opérée sans que la commission AI l'ait ordonné ne s'oppose pas à la prise en charge des actes médicaux. L'assurée s'est annoncée peu après la fin des examens et a donc observé le délai de six mois prévu à l'article 78, 2^e alinéa, RAI. Vu la gravité de l'affection, on peut aussi dire que c'est pour des « motifs valables » au sens de la disposition précitée que les examens ont dû être effectués avant le prononcé de la commission AI. L'opération elle-même n'a été exécutée qu'après la notification du refus des prestations. Le bien-fondé de la décision devant être examiné dans la procédure, l'article 78, 2^e alinéa, RAI ne peut pas être opposé du tout à l'assurée en ce qui concerne les mesures appliquées après la notification de la décision (ATFA 1962, p. 316 = RCC 1963, p. 122).

La commission AI devra se prononcer sur l'étendue des prestations.

RENTES

Arrêt du TFA, du 10 décembre 1963, en la cause H. S.

Articles 24, 2^e alinéa, LAI et 21, 2^e alinéa, RAI. Si, en raison de l'aggravation de sa maladie, un assuré a dû abandonner le métier qu'il avait appris et accepter un emploi moins bien rétribué, l'indemnité journalière à laquelle il a droit pendant sa réadaptation professionnelle doit être calculée sur la base du revenu qu'il aurait obtenu, immédiatement avant d'entrer en réadaptation, dans la profession apprise.

Articoli 24, capoverso 2, LAI e 21, capoverso 2, OAI. Se, a causa dell'aggravamento della sua malattia, un assicurato è stato costretto ad abbandonare il mestiere che aveva imparato e ad accettare un impiego meno ben retribuito, l'indennità giornaliera a cui ha diritto durante l'integrazione professionale deve essere calcolata in base al reddito che egli avrebbe conseguito, immediatamente prima dell'integrazione, nella sua professione imparata.

L'assuré, né en 1915, est monteur d'installations sanitaires. Il a dû renoncer à son métier au début d'octobre 1959, le médecin le lui ayant vivement recommandé. Depuis lors, il a travaillé comme magasinier et emballer pour plusieurs maisons. Sa première demande de prestations de l'AI fut rejetée par décision du 18 novembre 1960, décision qui ne fut pas attaquée. En janvier 1962, l'assuré présenta une nouvelle demande et réclama des mesures de réadaptation.

Le diagnostic établi à la demande de la commission AI déclare l'assuré atteint des affections suivantes:

Ostéochondrose progressive des deux premiers disques lombaires et du disque L₄ - L₅, avec une spondylarthrose réactionnelle; spondylolisthésis L₅ - L₁. L'assuré souffre en outre de diabète et de gastro-duodénite chronique. Son état, toutefois, est susceptible d'amélioration. Un reclassement serait souhaitable.

Dans son rapport du 10 décembre 1962, l'office régional AI proposa le reclassement de l'assuré comme aide-dessinateur. Ce métier correspondrait aux aptitudes de l'assuré, lui procurerait un revenu mensuel de 750 à 800 francs et lui permettrait de travailler debout de temps en temps, vu que son état exige de fréquents changements de position.

Se fondant sur ce rapport et sur le diagnostic du médecin, la commission AI décida de prendre en charge les frais de reclassement (apprentissage du dessin technique) pendant 6 mois, à raison de 110 francs par mois, et d'accorder une contribution d'environ 180 francs pour l'achat du matériel nécessaire à cet apprentissage. Pour le calcul de l'indemnité journalière, la commission considéra que la dernière activité exercée à plein temps était celle d'emballer. Ce prononcé fut notifié à l'assuré par décision du 31 janvier 1963. L'allocation de ménage payable dès le 14 janvier 1963 (y compris une allocation pour enfant) fut fixée à 15 fr. 90 par jour, à quoi s'ajoutait encore un supplément de réadaptation de 30 pour cent; la base de

calcul, donnée par la dernière activité exercée, était le revenu mensuel de 850 francs que l'assuré avait obtenu en 1962 comme emballer et expéditeur.

L'assuré recourut contre cette décision. Son recours ayant été rejeté, il porta l'affaire devant le TFA et demanda que l'indemnité journalière soit calculée d'après le revenu qu'il aurait obtenu comme monteur, soit 1000 à 1200 francs par mois. L'OFAS proposa l'agrément de cet appel.

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

1. ...

2. L'appelant a droit incontestablement, pour la période fixée dans la décision attaquée, à une indemnité journalière sous forme d'allocation de ménage (y compris une allocation pour enfant), plus un supplément de réadaptation de 30 pour cent (art. 25, lettre c, LAI). Ce qui est litigieux, en revanche, c'est la base de calcul servant à déterminer cette indemnité journalière. La caisse de compensation et l'autorité de première instance ont pris pour base de calcul le salaire gagné en dernier lieu comme emballer. L'assuré, cependant, estime que l'on doit se fonder sur le gain qu'il aurait pu réaliser comme monteur immédiatement avant l'exécution des mesures de réadaptation. L'assuré et la commission de recours invoquent l'article 24, 2^e alinéa, LAI, aux termes duquel « l'indemnité journalière revenant à un assuré ayant exercé une activité lucrative » (c'est le cas de l'appelant) est déterminée d'après « le revenu du travail acquis dans sa dernière activité exercée en plein ». Du point de vue purement linguistique, cette expression peut signifier : a) l'activité exercée en dernier lieu à plein temps ; b) l'activité exercée en dernier lieu par l'assuré entièrement apte au travail ; c) l'activité exercée en dernier lieu, à plein temps, par l'assuré entièrement apte au travail. Or, c'est la signification donnée sous lettre c) qui est la bonne, comme le montre l'article 21, 2^e alinéa, RAI :

« Si la dernière activité exercée en plein par l'assuré remonte à plus de trois ans, le revenu pris en considération sera celui que l'assuré aurait tiré de cette même activité immédiatement avant son stage de réadaptation s'il n'était pas devenu invalide. »

Ainsi, puisque le revenu qui aurait été obtenu sans invalidité est déterminant après une période de trois ans, il s'ensuit, en vertu de cette disposition et de l'article 24, 2^e alinéa, LAI, qu'avant la fin de cette période, le revenu effectivement obtenu en dernier lieu sans invalidité doit être pris en considération ; on ajoutera en règle générale une condition, c'est que l'activité en question ait été exercée à plein temps. Sont exceptés de cette règle, conformément à l'article 21, 4^e alinéa, RAI, les bénéficiaires de rentes. Il n'y a pas lieu de mettre en doute la légalité de cette règle, posée par le Conseil fédéral en vertu de l'article 24, 3^e alinéa, LAI.

3. Ainsi, la base de calcul est, en l'espèce, le revenu d'un monteur d'installations sanitaires. L'assuré ayant dû abandonner ce métier appris, par suite d'invalidité, en octobre 1959, mais n'ayant commencé le cours de reclassement, selon la décision de caisse du 31 janvier 1963, que le 14 janvier 1963, sa dernière activité exercée en plein, au sens de l'article 21, 2^e alinéa, RAI, remonte à plus de trois ans ; il faut donc se fonder ici sur le revenu que l'assuré aurait pu obtenir comme monteur immédiatement avant sa réadaptation. Il incombe à la commission AI de déterminer le montant de ce revenu hypothétique et de fixer en conséquence l'indemnité journalière.

Arrêt du TFA, du 23 septembre 1963, en la cause R. S.

Article 28, 2^o alinéa, LAI. Il faut prendre comme revenu comparatif, pour calculer le degré d'invalidité, celui que l'assuré pourrait réaliser à son lieu de domicile s'il n'était pas invalide, et cela indépendamment des raisons pour lesquelles il a choisi ce domicile.

Articolo 28, capoverso 2, LAI. Per il calcolo del grado d'invalidità occorre considerare reddito comparativo quello che l'assicurato potrebbe conseguire al suo luogo di domicilio se non fosse invalido e ciò indipendentemente dai motivi per i quali ha scelto questo domicilio.

L'assuré, âgé de 60 ans, possède à la campagne un atelier de tailleur, dans lequel il bénéficiait récemment encore, outre l'aide de sa femme, de la collaboration de son fils, qui est un coupeur diplômé et possède une auto, ainsi que de celle de sa fille. A fin août 1960, il présenta une demande pour être mis au bénéfice de prestations de l'AI. Le médecin a établi le diagnostic suivant: « Etat après coxite non spécifique avec arthrodèse de la hanche gauche en 1956 ». De plus, il ressort du rapport médical que la jambe gauche est de 7 cm. plus courte que celle de droite. Pour corriger cette différence, l'assuré porte une chaussure orthopédique. Il ne souffre pas de la hanche, mais éprouve de faibles douleurs dans le genou droit. Son état de santé est stationnaire. Le rapport relève en outre que l'assuré travaille à plein temps et en indépendant, mais que sa capacité de gain est diminuée dans ce sens qu'il n'est plus en mesure de travailler de façon rationnelle.

Par décision du 6 septembre 1961, la caisse de compensation informa l'assuré que la commission AI lui déniait le droit à une rente, étant donné que son degré d'invalidité était inférieur à 50 ou 40 pour cent, mais que, par contre, elle était prête à prendre en charge les frais des chaussures orthopédiques.

Le recours interjeté par l'assuré fut rejeté par l'autorité de première instance; celle-ci se fonde sur le rapport de l'office régional AI, selon lequel l'assuré doit être considéré comme réadapté et jouissant d'une capacité de gain de 60 pour cent au moins. Si aujourd'hui son revenu est insuffisant pour couvrir ses frais d'entretien, cela est dû, selon l'office régional, au fait que l'atelier de tailleur dispose de trop de main d'œuvre par rapport au travail à exécuter. Dans son appel au TFA, l'assuré demande à être mis au bénéfice d'une rente à partir du 1^{er} janvier 1960. Pour justifier sa demande, il allègue notamment que sa situation familiale s'est modifiée depuis le rapport fourni par l'office régional: sa femme est malade du cœur et doit par conséquent se borner à tenir le ménage. La fille s'est mariée et a son propre ménage. Le fils travaille depuis le 1^{er} octobre 1962 à son propre compte; il va en outre se marier et quitter le ménage paternel. De plus, l'assuré relève qu'en raison de son infirmité, il a besoin de la collaboration de ses proches; c'est notamment le fils qui visitait, avec son auto, la clientèle habitant au dehors. Etant donné que lui-même ne peut plus aller à vélo et qu'il habite à une heure de marche de la gare et de la poste, il ne sait pas comment il pourra remplacer le fils.

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

1. Selon l'article 28, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré a droit à une rente lorsqu'il est invalide pour la moitié au moins. Lorsqu'il est invalide pour moins des deux tiers, seule la moitié de la rente lui est accordée. Cette demi-rente peut, dans les cas pénibles, aussi être allouée lorsque l'assuré est invalide pour les deux cinquièmes au moins. Il

n'y a cas pénible, selon la jurisprudence, que lorsque l'assuré est dans une situation économique difficile (ATFA 1962, p. 78, considérant 4 = RCC 1962, p. 291).

Pour évaluer 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^e al., LAI). Ce faisant, on se fonde sur la situation de fait telle qu'elle existe au moment où la commission rend son prononcé.

2. L'appelant allègue, dans l'essentiel, que la situation de fait s'est sensiblement modifiée ces derniers temps. Cette modification n'est, toutefois, manifestement intervenue qu'après le prononcé de la commission AI du 14 juin 1961. Ces faits nouveaux sont donc sans importance pour trancher le présent litige. La seule question qui doit être examinée en l'espèce est celle de savoir si, à l'époque où la commission a rejeté sa demande de rente, l'assuré avait droit à des mesures de réadaptation ou à une rente. A cet effet, il faut se fonder sur le rapport de l'office régional AI.

3. L'office régional AI expose que l'assuré avait terminé avec succès son apprentissage de tailleur et qu'il travaille depuis des années comme indépendant. Il dispose, dans sa propre maison, d'un vaste atelier, d'une machine à coudre électrique et d'un escabeau spécial lui facilitant son travail. Dans ces conditions et vu la collaboration de ses proches, la commission AI pouvait, de bon droit, considérer l'appelant comme réadapté.

4. En ce qui concerne le droit à la rente, l'existence d'un cas pénible doit, selon le rapport de l'office régional, être exclue en l'espèce. La seule question qui se pose est celle de savoir si, à l'époque déterminante, l'assuré présentait une incapacité permanente de gain de la moitié au moins (art. 29. 1^{er} al., LAI).

L'assuré déclare dans son appel que s'il a dû s'établir à la campagne, c'est en raison de ses complexes consécutifs à son infirmité, ce qui l'avait empêché d'accéder à un meilleur standard de vie. Cela ne constitue toutefois pas un motif suffisant pour comparer le revenu que l'assuré invalide pourrait raisonnablement tirer de son travail au revenu moyen d'un maître-tailleur établi dans une ville. Du point de vue du droit de l'AI, le choix du lieu de travail dépend uniquement de l'assuré. Il faut donc comparer le revenu déterminant que l'assuré obtient en tant qu'invalide au revenu qu'il pourrait obtenir, dans les mêmes conditions, sans invalidité. La difficulté de l'assuré à se procurer suffisamment de travail — il devrait pouvoir vendre 80 à 100 complets faits sur mesure au lieu de 47 comme en 1961 — ne peut donc être prise en compte que dans la mesure où elle résulte de son infirmité physique.

Durant la période déterminante en l'espèce — du 1^{er} janvier 1960 jusqu'au prononcé de la commission AI — l'atelier était exploité en grande partie comme entreprise familiale, dans laquelle collaboraient le fils né en 1942, lui-même tailleur et coupeur diplômé, la fille (née en 1944) et l'épouse. Le fils prenait les mesures, procédait à l'essayage et effectuait, avec son auto, les courses nécessaires. L'appelant était toutefois resté le chef de l'entreprise. Selon le rapport médical, il jouissait d'une capacité totale de travail; l'office régional AI écrit: « Son invalidité n'est pas du tout perceptible lors de l'exécution de son travail », et même le médecin atteste, dans sa lettre du 16 octobre 1961, une capacité de travail théorique d'environ 75 pour cent. Si l'assuré n'a pas réussi à tirer de sa capacité de gain — réduite de moins de la moitié — un profit économique meilleur que ne l'indique la taxation de revenu effectuée par l'office régional, la raison principale n'en est pas l'invalidité, comme l'expose avec

pertinence l'office régional. Il y a lieu de relever ici, notamment, qu'autrefois, lorsqu'il exerçait encore sa profession seul et ne pouvait compter que sur l'aide de son épouse, l'appelant réalisait, selon ses dires, un revenu appréciable, bien que son affection existât déjà. En tout cas, le fait de nier l'existence d'une incapacité de gain de la moitié au moins correspond à une appréciation correcte qui ne saurait être corrigée.

5. Dans son appel, l'assuré a fait valoir des faits nouveaux. Ainsi que l'OFAS le relève à juste titre dans son préavis, il est fort possible que ces modifications intervenues dans le genre de l'entreprise puissent influencer sensiblement le gain que l'assuré peut réaliser en tant qu'invalidé. Il y a notamment lieu d'examiner si les courses faites par le fils, avec son auto, auprès de la clientèle — au cas où elles ne pourraient plus être exécutées — pourraient être compensées d'une façon quelconque par l'appelant.

Le dossier de l'affaire doit donc être transmis à la commission AI pour qu'elle examine et apprécie la nouvelle situation.

Arrêt du TFA, du 10 juillet 1963, en la cause O. S.

Articles 4 et 28 LAI. La psychopathie ne peut être considérée comme une invalidité au sens de l'article 4 LAI si ses phénomènes, provoqués surtout par des conflits de famille, peuvent être évités en bonne partie par une séparation.

Articoli 4 e 28 LAI. La psicopatia non può essere considerata invalidità ai sensi dell'articolo 4 LAI se le sue manifestazioni, provocate principalmente da conflitti familiari, possono essere in buona parte evitate mediante separazione dalla famiglia.

Né en 1908, l'assuré, un Italien, a vécu en Suisse depuis 1918. Depuis 1938, en tout cas, il a séjourné en Suisse d'une manière ininterrompue. Il y a exercé une activité lucrative irrégulière et mal connue; tout ce que l'on sait à coup sûr, c'est qu'il a travaillé jusqu'en 1951, pendant trois ans et demi, comme estampeur et tourneur. Il eut un accident le 9 avril 1951 et se fractura la colonne vertébrale. La CNA lui servit une rente dès le 1^{er} avril 1952 pour une incapacité de gain permanente de 15 pour cent.

Depuis sa jeunesse, l'assuré s'est préoccupé de questions religieuses. Il se sentait une vocation de prédicateur et consacrait une bonne partie de son temps à cette activité. Il négligea sa famille et la traita parfois même avec brutalité. Du 8 novembre 1956 au 13 mai 1957, il séjournait dans une maison de santé pour traitement et expertise; en février 1957, il fut mis sous tutelle en vertu de l'article 369 CCS et sur la foi de cette expertise. Toutefois, comme il continuait à tourmenter les siens, la police le ramena en Italie le 6 juillet 1959 sur intervention de l'autorité tutélaire, après un nouveau séjour dans la maison de santé. Depuis lors, l'assuré séjourne en général dans ce pays, pour autant qu'on puisse en juger.

Par prononcé du 7 avril 1961, la commission AI refusa une rente, parce que la question du droit à la rente n'avait pas pu être suffisamment élucidée, l'assuré n'ayant pas voulu se soumettre à un examen médical. La décision de la caisse de compensation fut attaquée par le tuteur, qui produisit un certificat médical daté du 7 juillet 1961. L'autorité de recours admit le recours et accorda une rente AI entière depuis le 1^{er} janvier 1960. Elle déclara, à l'appui de ce jugement, que l'assuré, qui vivait en Suisse

depuis 1938 et continuait, étant sous tutelle, à y avoir son domicile, en vertu de l'article 25 CCS, avait droit, malgré son rapatriement, aux prestations de l'AI, puisqu'il avait habité en Suisse pendant 15 ans sans interruption (art 6, 2° al., LAI). Depuis de longues années, l'assuré souffrait d'une psychopathie si grave que l'on ne pouvait plus exiger de lui l'utilisation de sa capacité de gain résiduelle.

L'OFAS porta ce jugement devant le TFA et déclara que les conditions d'assurance et d'invalidité donnant droit à une rente n'étaient pas remplies.

Le TFA a admis cet appel pour les motifs suivants:

1. ...

On peut se dispenser d'étudier ici la question des conditions d'assurance. L'appel devrait en effet être admis même si l'intéressé était assuré conformément à l'article 6 LAI, car il n'est pas établi qu'il souffre d'une invalidité donnant droit à une rente.

2. La CNA a admis, dans sa décision du 13 octobre 1951, que l'incapacité de gain consécutive à l'accident était de 25 pour cent jusqu'au 31 mars 1952, et depuis cette date de 15 pour cent seulement. Lors des revisions de la rente effectuées en 1953 et 1954, l'invalidité fut estimée à 15 pour cent.

Dans son rapport du 19 décembre 1956, la maison de santé constate que le patient est physiquement sain, à part quelques légères séquelles de son accident. Selon un spécialiste, ces séquelles provoquent une diminution de 15 pour cent au maximum de la capacité de gain.

On n'a pas de rapports médicaux récents sur le degré de l'invalidité résultant de l'accident, d'autant plus que l'intéressé a refusé de se laisser examiner par un médecin. Rien n'indique, cependant, que l'incapacité de gain due à une invalidité physique ait dépassé le taux de 15 pour cent au moment du prononcé de la commission AI, moment déterminant pour l'évaluation de l'invalidité; il convient en outre de rappeler que le degré d'invalidité fixé par la CNA ne concorde pas nécessairement avec l'incapacité de gain déterminée selon l'article 28, 2° alinéa, LAI, parce que la CNA n'est pas en mesure d'obtenir, comme la commission AI, une amélioration de la capacité de gain par des mesures de réadaptation appropriées.

3. L'autorité de première instance a néanmoins admis, en se fondant sur l'expertise de la maison de santé, du 19 décembre 1956, et sur un certificat du médecin en chef, du 7 juillet 1961, que l'intéressé souffre depuis des années d'une psychopathie si grave que l'on ne peut plus exiger de lui une utilisation de ses aptitudes physiques.

Selon la jurisprudence, la psychopathie peut être considérée comme invalidité au sens de l'article 4 LAI seulement si elle présente une gravité telle qu'on ne saurait raisonnablement, et en toute objectivité, attendre du psychopathe qu'il utilise sa capacité de travail physique, notamment parce qu'une telle utilisation serait intolérable pour la société.

L'expertise psychiatrique de la maison de santé, du 19 décembre 1956, constate que l'intéressé est un psychopathe en proie à des idées malades, égocentriques, de surestimation de soi, qui peuvent aller, selon l'importance de la tension affective, jusqu'à des réactions irraisonnées. Ses échecs répétés et ses dangereuses brutalités envers sa famille apparaissent comme un aspect morbide de sa personnalité. On ne parviendra pas à le décider à renoncer à sa fainéantise et à travailler en tirant parti de ses aptitudes physiques. D'après l'expertise, on peut admettre toutefois que cette dangereuse brutalité se borne à ses relations avec sa famille. L'intéressé a longtemps exercé une activité lucrative en Suisse — d'une manière irrégulière, il est vrai —, et les mesures de précaution prises par l'autorité tutélaire étaient nécessitées non

par un comportement dangereux en général, mais principalement pour assurer la protection de sa famille contre ses emportements. Pour autant que cela puisse être vérifié en Suisse, la psychopathie ne semble pas encore avoir atteint, en l'espèce, la gravité exigée par la jurisprudence. Pour la période au cours de laquelle l'intéressé a vécu séparé de sa famille et n'a par conséquent plus souffert, apparemment, des troubles psychopathiques provoqués par les conflits de famille, on manque à cet égard de motifs suffisants. Le bref rapport médical du 7 juillet 1961 n'y change rien, car il se borne à passer en revue les aspects médicaux de ce cas.

4. Ainsi, l'invalidité consécutive à l'accident de 1951 n'atteint de loin pas le taux de 50 pour cent exigé par l'article 28, 1^{er} alinéa, LAI (ni de 40 pour cent, en admettant un cas pénible); quant à la psychopathie, elle n'est pas, pour le moment, une invalidité au sens de l'article 4 LAI, et par conséquent elle ne peut pas être prise en considération du point de vue du droit de l'AI.

Allocations familiales

Arrêt du TFA, du 27 février 1964, en la cause P. V.

Article 3, 2^e alinéa, LFA. Un salarié agricole, invalide à 57 pour cent, qui reçoit une demi-rente de l'AI, travaille avec son épouse dans l'exploitation agricole de son frère et vit en communauté domestique avec ce dernier, a droit à des allocations familiales entières, au moins aussi longtemps que lui-même et son épouse remplissent tous deux les conditions mises à l'octroi des allocations.

Articolo 3, capoverso 2, LFA. Un salariato agricolo, invalido al 57 per cento, che riceve una mezza rendita dall'AI, lavora con sua moglie nell'azienda agricola di suo fratello e vive nella comunione domestica con quest'ultimo, ha diritto agli assegni familiari interi, almeno fintanto che lui e sua moglie adempiono le condizioni richieste per ottenere gli assegni.

P. V., né en 1929, travaille en qualité de salarié agricole dans l'exploitation affermée par son frère aîné. Il s'est marié le 12 mai 1962 et il vit en communauté domestique avec son frère. Celui-ci lui verse un salaire mensuel en espèces de 500 francs, la moitié de ce montant devant être imputée à son épouse en raison du travail qu'elle fournit dans l'exploitation.

A l'âge de 12 ans, P. V. eut la main droite prise dans une machine agricole. Par la suite, il lui fut pratiquement impossible de se servir du bras droit. Il reçoit une demi-rente de l'AI depuis le 1^{er} janvier 1960.

Au début de janvier 1963, P. V. a présenté une requête visant à l'octroi des allocations familiales. Par décision du 4 février 1963, il fut mis au bénéfice d'une demi-allocation de ménage à partir du 1^{er} mai 1962. Cette décision se fondait sur la jurisprudence récente de la commission cantonale de recours, selon laquelle l'allocation entière n'est due que si le salarié s'adonne de façon permanente à une activité agricole et utilise à cet effet sa pleine capacité de travail. Son invalidité atteignant 57 pour

cent selon une estimation de la commission cantonale AI, l'intéressé ne peut donc prétendre que la demi-allocation.

P. V. a recouru contre cette décision et réclamé l'allocation complète de ménage. La réduction de l'allocation lui paraît injustifiée, ce d'autant plus qu'à son avis, son épouse a également droit à une allocation entière.

La commission cantonale de recours a rejeté le recours, en invoquant, dans l'essentiel, les motifs suivants: Elle a déjà jugé, dans des décisions antérieures, que l'octroi d'une demi-rente d'invalidité entraînait la réduction de moitié des allocations familiales. Aucune disposition légale ne règle, il est vrai, le cumul des prestations en cause; on ne saurait cependant déduire du silence de la loi que ce cumul est admissible sans aucune restriction. Celui qui bénéficie d'une rente de l'AI ne reçoit qu'une rémunération réduite pour son activité. Or, aux termes de l'article 4 LFA, les allocations ne peuvent être versées que si le salaire correspond au moins aux taux locaux usuels. Lorsque le salaire est sensiblement inférieur au taux usuel, l'allocation doit être réduite proportionnellement. En conséquence, la décision attaquée doit être maintenue. Il serait cependant souhaitable que le TFA soit appelé à se prononcer sur cette question.

P. V. a interjeté appel contre la décision cantonale, en demandant que l'allocation de ménage complète lui soit versée, ainsi qu'une allocation pour son enfant né le 10 avril 1963. Alors que la caisse n'a pas pris de conclusion, l'OFAS propose le rejet de l'appel.

1. C'est dans son mémoire d'appel que P. V. a demandé, pour la première fois, l'octroi d'une allocation pour enfant. La Cour de céans ne peut entrer en matière sur cette conclusion, la caisse de compensation n'ayant pas encore pu se déterminer sur ce point. Est donc seule litigieuse la question du droit de l'appelant à une allocation complète de ménage.

2. Aux termes de l'article premier, 1^{er} alinéa, et des articles 3 et 4, 1^{er} alinéa, LFA, ont en principe droit aux allocations familiales pour travailleurs agricoles toutes les personnes qui travaillent en qualité de salariés dans une exploitation agricole et reçoivent un salaire correspondant au moins aux taux locaux usuels pour les travailleurs agricoles; de plus, les conditions prévues à l'article 3 LFA doivent être remplies.

Les membres de la famille qui travaillent dans l'exploitation ont également droit aux allocations, à l'exception des parents de l'exploitant en ligne directe ascendante ou descendante, des épouses de ces parents, ainsi que des gendres de l'exploitant qui selon toute vraisemblance reprendront l'entreprise pour l'exploiter personnellement (art. 1^{er}, 2^e al., LFA).

Sont réputés exploitants les propriétaires, les fermiers et les usufruitiers d'une exploitation agricole (art. 8 RFA).

3. Il n'est pas contesté que l'appelant, qui travaille en qualité de salarié dans l'exploitation affermée par son frère, a droit aux allocations conformément à l'article premier LFA et qu'il remplit également les conditions posées à l'article 3, 1^{er} alinéa, lettre c, LFA. On doit se demander, en revanche, si le salaire correspond en l'occurrence aux taux locaux usuels (art. 4, 1^{er} al., LFA).

Selon la jurisprudence, le salaire d'un membre de la famille travaillant dans l'exploitation est usuel lorsque, tant dans sa quotité que quant à sa nature, il correspond à la rémunération ordinairement versée à un travailleur étranger à la famille jouissant d'une *capacité de travail à peu près équivalente* dans la région en cause et pour une

exploitation analogue (ATFA 1961, p. 97, chiffre 1, lettre b). Cette définition est en accord avec les considérations que le Conseil fédéral a émises dans son message au sujet de l'article 4 LFA: le taux du salaire usuel est « fonction de la capacité de rendement du travailleur agricole; c'est pourquoi l'on ne saurait se fonder, sans plus, sur les taux valables pour les travailleurs dont la capacité de travail est entière ».

D'après les données de l'OFAS, des salaires mensuels en espèces variant entre 287 et 402 francs sont usuels, dans le canton de Fribourg, pour des travailleurs mariés jouissant de leur pleine capacité de travail. P. V., invalide à 57 pour cent, reçoit un salaire de 250 francs par mois. Il n'y a pas lieu d'admettre qu'un travailleur étranger à la famille dont la capacité de travail serait presque équivalente toucherait un salaire en espèces sensiblement supérieur, dans une exploitation et une région présentant des caractères semblables. Il s'ensuit que l'appelant a, en principe, droit aux allocations familiales.

4. L'autorité de recours ne conteste pas que l'intéressé a droit aux allocations familiales, mais elle est d'avis que l'allocation doit être réduite proportionnellement à l'invalidité. L'obtention simultanée d'une allocation familiale entière et d'une rente d'invalidité n'est, selon elle, pas admissible.

a) En examinant si une telle réduction, qui n'est expressément prévue par aucune disposition légale, est possible juridiquement, on doit constater d'emblée qu'elle ne saurait en tout cas pas se fonder sur l'article 43 ou l'article 45 LAI, dans la pensée que ces dispositions présenteraient une lacune en ce qui concerne les allocations familiales. On ne pourrait admettre l'existence d'une lacune, pour cette raison déjà que quant à leur nature et leur but, les allocations familiales diffèrent fondamentalement des prestations mentionnées aux articles 43 et 45 LAI.

b) En conséquence, ce n'est que par voie d'interprétation d'une disposition de la LFA qu'une réduction des allocations pourrait être admise. On peut, en l'espèce, laisser indécise la question de savoir si ladite loi autorise une telle interprétation (voir, à ce sujet, les art. 4, 10 et 11, 1^{er} al., LFA, ainsi que l'art. 2 RFA). En aucun cas, l'allocation revenant à un travailleur agricole bénéficiaire ne peut être réduite lorsque son épouse a également la qualité d'ayant droit; en effet, l'article 3, 2^e alinéa, LFA, prévoyant que, lorsque « les deux conjoints ont la qualité de travailleurs agricoles, il n'est accordé qu'une seule allocation de ménage » (à cet égard, la version française est plus explicite que l'allemande), permet de déduire que cette allocation — qui en de tels cas ne peut être que complète — doit être versée au moins aussi longtemps que les conditions pour une double prétention aux allocations sont remplies.

Il est manifeste que, selon cette réglementation, les allocations pour enfants ne doivent pas non plus être réduites en pareil cas. En l'espèce, l'épouse de P. V. travaille également en qualité de salariée dans l'exploitation de son beau-frère et reçoit un salaire conforme aux taux locaux usuels, comme cela ressort du préavis adressé par la caisse de compensation à l'autorité de recours. Il s'ensuit que l'épouse de l'appelant a également la qualité d'ayant droit et qu'il y a donc lieu de verser à P. V., en tant que représentant de l'union conjugale, une allocation de ménage complète dès le 1^{er} mai 1962 (art. 3, 4^e al., LFA).

OFFICE FÉDÉRAL DES ASSURANCES SOCIALES

Circulaire
sur la procédure à suivre
dans
l'assurance-invalidité

Valable dès le 1^{er} avril 1964

Contient: La procédure à suivre lors du dépôt de la demande
— L'instruction de la demande — L'octroi des prestations et
l'application — La caisse de compensation, la commission AI
et l'office régional AI compétents — L'appel aux services
sociaux — Le contentieux.

Numéro de commande: 318.507.03 — Prix: Fr. 1.60

En vente à la Centrale fédérale des imprimés et du matériel,
Berne 3

OFFICE FÉDÉRAL DES ASSURANCES SOCIALES

AVS/AI

Tables de calcul des rentes et de l'allocation pour impotent

Valables dès le 1^{er} janvier 1964

Cette brochure est pourvue d'un index à encoches et contient les séries de tables suivantes: Cotisation annuelle moyenne — Cotisation annuelle moyenne y compris supplément AI — Table des classes d'âge et indicateur d'échelles — Rentes AVS ordinaires et rentes AI entières — Demi-rentes AI ordinaires — Rentes AVS et AI extraordinaires — Allocation pour impotent.

En vente sous numéro 318.117
à la Centrale fédérale des imprimés et du matériel, Berne 3
Prix: Fr. 3.—



No 6 Juin 1964

**AVS
AI
APG**

**Assurance-vieillesse
et survivants**

Assurance-invalidité

**Allocations aux militaires
pour perte de gain**

RCC

Revue à l'intention
des caisses de compensation de l'AVS et de leurs
agences (communales),
des commissions AI et des offices régionaux AI,
ainsi que des autres agents d'exécution
de l'assurance-vieillesse et survivants,
de l'assurance-invalidité, des allocations aux militaires
pour perte de gain, des allocations familiales et
de l'aide à la vieillesse, aux survivants et aux invalides

SOMMAIRE

Chronique mensuelle	217
L'AVS, l'AI et le régime des APG dans leurs comptes d'exploitation de 1963	217
Les origines et l'activité de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse	223
Une mission importante des offices régionaux AI	230
Un résultat réjouissant	232
A propos du refus des prestations en espèces	233
L'avis des vices lors de la livraison de moyens auxiliaires	234
L'AI et les frais de transport en cas de formation scolaire spéciale	236
Problèmes d'application de l'AI	237
Petites informations	238
Jurisprudence: Assurance-vieillesse et survivants	241
Assurance-invalidité	243
Allocations familiales	252

Rédaction: Office fédéral des assurances sociales, Subdivision AVS/AI/APG, Berne 3.

Expédition: Centrale fédérale des imprimés et du matériel, Berne 3.

Abonnement: 15 francs par an; le numéro 1 fr. 50; le numéro double 2 fr. 50.
Paraît chaque mois.

Tirage: 1050

Dernier délai de rédaction du présent numéro: 4 juin 1964.

La reproduction est autorisée lorsque la source est indiquée.

CHRONIQUE MENSUELLE

La « Fédération internationale des mutilés et invalides du travail et des invalides civils » (FIMITIC) a tenu à Lausanne, du 27 au 30 mai, son cinquième congrès sur la réadaptation. Elle a discuté de l'état actuel de la réadaptation dans la législation sociale des différents pays. La Suisse était représentée, notamment, par MM. Kuratle, chef de section à l'Office fédéral des assurances sociales, qui a parlé de la réadaptation médicale, et Stalder, gérant de l'office régional AI de Lausanne, qui fit un exposé sur la réadaptation professionnelle. Le 31 mai, une « Journée suisse des invalides », qui eut de nombreux participants, venait clore ce congrès.

Ces deux manifestations ont été organisées dans le cadre de l'Expo, sous le patronage du Conseil fédéral et de l'Exposition nationale. M. Frauenfelder, directeur de l'Office fédéral des assurances sociales, salua le congrès au nom du Conseil fédéral et lui souhaita la bienvenue; il en fit de même, le 31 mai, devant les quelque 3000 invalides suisses réunis, auxquels il parla des buts et des réalisations de l'AI fédérale.

L'AVS, l'AI et le régime des APG dans leurs comptes d'exploitation de 1963

Le compte de l'exercice 1963, présenté le 5 mai 1964 par le Conseil d'administration du Fonds de compensation de l'AVS, a été approuvé par le Conseil fédéral le 12 juin 1964. Après l'entrée en vigueur de la sixième révision de l'AVS, qui a eu des répercussions sur l'AI, après l'augmentation simultanée des allocations pour perte de gain,

il est intéressant de se pencher sur les résultats de l'exercice 1963, dont l'échéance marque le début d'une amélioration sensible des prestations. Disons d'emblée que ces résultats sont une fois de plus réjouissants.

L'assurance-vieillesse et survivants

Le compte d'exploitation de l'AVS fait ressortir une nouvelle augmentation des recettes et des dépenses. Les premières se sont élevées à près de 1,5 milliard de francs et les secondes à un peu plus de 1,0 milliard, sommes qui n'avaient encore jamais été atteintes jusqu'ici.

Le compte d'exploitation de l'AVS

Montants en millions de francs

Tableau 1

Articles du compte	Recettes		Dépenses	
	1962	1963	1962	1963
1. Cotisations des assurés et des employeurs	1004,8	1120,6	—	—
2. Prestations:				
a) rentes ordinaires	—	—	805,9	866,4
b) rentes extraordinaires	—	—	181,6	164,9
3. Contributions des pouvoirs publics	160,0	160,0	—	—
4. Produit des placements et ré-évaluations	187,9	208,5	—	—
5. Frais d'administration	—	—	10,8	12,1
6. Excédent de recettes	—	—	354,4	445,7
Total	1352,7	1489,1	1352,7	1489,1

L'accroissement des recettes est de 136,4 millions par rapport à l'exercice 1962; 115,8 millions proviennent des cotisations des assurés et des employeurs, qui ont augmenté de 11,5 pour cent. Les 20,6 millions restants sont dus à une augmentation du produit des placements.

L'augmentation des rentes ordinaires se monte à 60,5 millions de francs, soit un accroissement de 7,5 pour cent par rapport à 1962; par contre, les rentes extraordinaires ont diminué de 16,7 millions. Les rentes ont ainsi augmenté de 43,8 millions de francs dans l'ensemble.

Le montant des rentes versées a dépassé le milliard, ce qui représente environ 3,3 millions de francs de rentes AVS par jour de travail.

Le rapport entre les rentes, d'une part, et les cotisations des assurés et des employeurs, d'autre part, est tombé de 98,3 pour cent en 1962 à 92,0 pour cent

en 1963, les cotisations ayant augmenté plus fortement que les rentes. Pour la même raison, le résultat du compte d'exploitation est meilleur qu'en 1962.

Malgré un accroissement des frais d'administration de 1,3 million, la plus-value des recettes est de 91,3 millions, soit un quart de plus qu'en 1962.

Compte tenu de l'augmentation des contributions des pouvoirs publics, l'AVS est bien armée financièrement pour affronter la sixième révision.

L'assurance-invalidité

Les recettes de l'AI provenant des cotisations des assurés et des employeurs ont augmenté en 1963 dans la même proportion que celles de l'AVS.

Par ailleurs, les dépenses de l'AI étant plus élevées, les contributions des pouvoirs publics, qui en couvrent la moitié, sont de ce fait également plus importantes.

Le compte d'exploitation de l'AI

Montants en millions de francs

Tableau 2

Articles du compte	Recettes		Dépenses	
	1962	1963	1962	1963
1. Cotisations des assurés et des employeurs	100,5	112,1	—	—
2. Prestations individuelles en espèces	—	—	122,2	123,9
3. Frais pour mesures individuelles	—	—	34,6	43,2
4. Subventions aux institutions et organisations	—	—	5,0	12,3
5. Frais de gestion	—	—	5,6	7,3
6. Contributions des pouvoirs publics	84,2	93,9	—	—
7. Intérêts	0,9	0,8	—	—
8. Frais d'administration	—	—	0,9	1,2
9. Excédent des recettes	—	—	17,3	18,9
Total	185,6	206,8	185,6	206,8

Les dépenses ont passé de 168,3 millions en 1962 à 187,9 millions en 1963; elles ont donc augmenté de 19,6 millions, soit de 11,6 pour cent, et se répartissent comme suit:

- 65,9 pour cent: *prestations individuelles en espèces*
(rentes, indemnités journalières, allocations pour impotents et prestations de secours aux Suisses à l'étranger);
- 23,0 pour cent: *frais pour mesures individuelles*
(mesures médicales, mesures d'ordre professionnel, subsides pour formation scolaire spéciale et moyens auxiliaires);
- 6,6 pour cent: *subventions aux institutions et organisations*
(subventions pour constructions, subventions pour frais d'exploitation, subventions à des organisations faitières et à des centres de formation de personnel spécialisé, subventions pour l'orientation professionnelle et les services sociaux);
- 4,5 pour cent: *frais de gestion et frais d'organisation*
(commissions AI et leurs secrétariats, offices régionaux, services sociaux, frais de voyage, etc.).

Tandis que les *prestations en espèces* sont restées pratiquement au même niveau, les *dépenses pour mesures individuelles* ont augmenté d'un quart par rapport à l'année précédente. Les *subventions aux institutions et organisations* ont plus que doublé. L'accroissement est sensible surtout pour les mesures médicales (5,9 millions), les subventions de construction (4,4 millions) et les subventions pour frais d'exploitation (2,7 millions). En outre, les frais occasionnés par les mesures d'ordre professionnel, la formation scolaire spéciale et les moyens auxiliaires se sont accrus également; cette augmentation a été de l'ordre de 0,8 à 1,0 million de francs.

L'augmentation des dépenses de caractère médical doit être en partie attribuée à l'extension des prestations dans le domaine des infirmités congénitales. Des renseignements plus précis seront fournis, en temps voulu, par l'analyse statistique.

Pour la première fois, les subventions pour la construction ont été mises en évidence dans toute leur ampleur. Elles ont quadruplé par rapport à 1962.

Les subventions de l'AI permettent la rénovation d'anciens homes et instituts qui, faute de moyens, ne disposaient plus des bâtiments et installations répondant aux exigences modernes; il a déjà été maintes fois rappelé dans la RCC que de tels projets de construction peuvent traîner en longueur plusieurs années.

Les subventions permettent également d'ouvrir de nouveaux établissements et d'augmenter ainsi le nombre de places disponibles dont l'AI a encore grand besoin. Depuis l'entrée en vigueur de l'AI, 156 demandes de subventions de construction ont été déposées, dont 68 pour l'année 1963 seulement. Le prix de construction total de ces projets est de 151 millions de francs, dont 46 millions rien que pour l'année 1963. Bien que l'AI ne couvre que les frais de construction nécessaires à l'application de mesures de réadaptation, les subventions allouées depuis 1960 ont atteint le montant de 27,1 millions, dont 20 millions pour 1963. La plus haute subvention jusqu'ici accordée (avec l'autorisation du Conseil fédéral) fut de 1,19 million de francs. Le projet de construction le plus important auquel l'AI est intéressée est devisé à 24 millions. Ces quelques indications montrent à quel point l'AI encourage les institutions s'occupant de la réadaptation des invalides. Cette évolution se poursuit en 1964. Toutefois, l'arrêté fédéral sur la lutte contre le renchérissement dans le domaine de la construction lui imposera certaines limites; bien que les constructions destinées aux invalides ne soient pas soumises à l'octroi du permis, l'AI ne saurait ignorer ces nouvelles dispositions.

Les frais de gestion ont subi le contrecoup du renchérissement, mais indépendamment de cela, on note aussi une augmentation de l'effectif du personnel, en relation avec le travail sans cesse croissant dans le secteur de l'AI.

Le compte d'exploitation présente un excédent de recettes qui dépasse de 1,6 million de francs, ou de 9,2 pour cent, celui de l'année précédente. Cette progression marque un certain fléchissement, comparée à celle de 1961 à 1962. Les effets des révisions de la LAVS et de la LAPG influenceront à l'avenir le compte d'exploitation, aussi ne faudra-t-il plus guère s'attendre dorénavant à des excédents de recettes aussi importants que ceux des années écoulées. Il n'y a toutefois pas lieu de s'alarmer.

Durant la quatrième année de son existence, l'AI est de nouveau apparue comme l'une des branches les plus variées et l'une des œuvres les plus belles de la sécurité sociale.

Le régime des allocations pour perte de gain

Les cotisations APG, greffées sur les cotisations AVS, ont subi la même courbe ascendante. Les intérêts ont également augmenté; rappelons que les pouvoirs publics ne versent ici aucune contribution. Le compte d'exploitation des APG accuse, pour 1963, un supplément de recettes de 12,5 millions par rapport à 1962. L'accroissement des dépenses, par contre, n'est que de 3,5 millions.

Compte d'exploitation des APG

Montants en millions de francs

Tableau 3

Articles du compte	Recettes		Dépenses	
	1962	1963	1962	1963
1. Cotisations des employés et des employeurs	99,9	111,5	—	—
2. Prestations	—	—	84,9	88,3
3. Intérêt	3,9	4,8	—	—
4. Frais d'administration	—	—	0,1	0,2
5. Excédent de recettes	—	—	18,8	27,8
Total	103,8	116,3	103,8	116,3

On a dénombré 11,42 millions de jours soldés en 1963, ce qui signifie qu'il y a eu en moyenne 31 290 soldats journalièrement sous les armes. Les indemnités versées pour cet exercice ont dépassé de 3,4 millions celles de 1962. Le solde du compte d'exploitation, avec un surplus de recettes de 9,0 millions de francs, s'est accru de presque 50 pour cent et représente un petit tiers des dépenses. Le résultat de 1963 est ainsi plus favorable que ceux de 1960 à 1962, exercices durant lesquels des excédents de recettes de 21,7 et 28,1 pour cent furent réalisés. Toutefois, l'augmentation des APG entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1964 influencera les comptes d'exploitation futurs.

Le fonds des APG se montait à fin 1963 à 168,9 millions de francs. Ici également, on peut admettre que les conditions sont réunies pour assurer le développement de cette institution.

Les origines et l'activité de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse

I. Prélude parlementaire

1. Cela commença par un faux départ. Le 23 mars 1950, M. *Rudolf Bucher*, de Zurich, conseiller national et docteur en médecine, déposa un postulat invitant le Conseil fédéral à créer une commission qui étudierait les possibilités professionnelles et lucratives des personnes âgées de plus de 65 ans.

Ce n'est pas par hasard qu'un médecin avait, le premier, abordé dans notre Parlement le problème de la vieillesse en général. C'est la médecine, en effet, qui a été la première à étudier ce problème et à reconnaître son importance sociale. Précédemment, on s'intéressait surtout, sur le plan fédéral, à l'assurance-vieillesse et à l'aide complémentaire gratuite à la vieillesse; autrement dit, on cherchait avant tout à améliorer des conditions économiques défavorables, mais on ne s'attaquait pas à la racine du mal.

Le docteur Bucher ayant quitté le Conseil national déjà en automne 1950, sans que le postulat ait été discuté en séance, celui-ci fut classé. Toutefois, cette intervention ne resta pas sans résultat. Au cours de ce même été 1950, l'Office fédéral de l'industrie, des arts et métiers et du travail avait, au nom du Département de l'économie publique, demandé à la Société suisse d'utilité publique si elle accepterait d'examiner le problème, soulevé au Conseil national, de l'activité lucrative des personnes âgées. La société accepta cette mission et rédigea un rapport, accompagné de suggestions, qui fut publié sous le titre « Beschäftigung im Alter » dans la Revue suisse d'utilité publique, au début de 1953.

Cet article se fondait principalement sur une enquête effectuée auprès d'habitants âgés de la ville de Zurich et d'une commune rurale zuricoise. Ce sondage montra, cependant, qu'un petit nombre seulement de ces personnes souhaitaient une occupation organisée.

2. Deux ans après cet échec, M. *Jaeckle*, conseiller national, déposa un nouveau postulat demandant la création d'une commission spéciale « qui constituerait un office central chargé de délimiter les champs d'activité dans toutes les questions concernant l'aide aux gens vieillissants ou âgés, qui rassemblerait la documentation utile, élaborerait des propositions pour la formation de médecins et de personnel spécialisés, éluciderait la question des professions pour gens âgés et fournirait à ce sujet des informations sous une forme scientifique et vulgarisatrice ».

Le 8 décembre 1953, ce postulat fut accepté par le Conseil national et transmis au Conseil fédéral. Dans sa réponse, celui-ci déclara que la Communauté suisse de travail pour l'étude médicale de la vieillesse, qui était en train de se constituer et qui allait devenir la Société suisse de gérontologie, devait s'occuper des questions médicales, tandis que la Fondation « Pour la Vieillesse » se consacrerait aux problèmes économiques et sociaux. Le Comité de direction de la fondation avait déjà accepté en principe cette mission, avant même que le postulat ait été traité au Conseil national.

Ainsi, l'administration fédérale pouvait considérer cette affaire comme liquidée, en ce qui la concernait. Le Conseil national, lui, ne voulut pas classer le postulat, même lors de la session d'été 1958, alors que celui-ci avait dépassé l'« âge » de quatre ans. La Fondation « Pour la Vieillesse » n'avait, à cette date, pas encore créé de commission spéciale pour l'étude du problème. Attendait-elle une nouvelle initiative fédérale? Il semble bien plutôt que ces retards soient dus principalement au fait que l'idée n'était pas encore mûre à cette époque.

Dans l'intervalle, l'étude des problèmes de la vieillesse avait fait des progrès sensibles dans certains pays, ainsi en Grande-Bretagne et en Scandinavie; l'Etat y participait très activement aux travaux en cours. En Suisse, l'un des principaux pionniers fut le docteur A. L. Vischer, de Bâle, qui insista, dans ses publications, sur l'urgence du problème.

En été 1959, la Fondation « Pour la Vieillesse » se vit demander de nouveau par l'OFAS si elle serait prête à étudier la question posée par le postulat. Elle accepta après quelques pourparlers, et la nouvelle « Commission d'étude des problèmes de la vieillesse » inaugura son activité en été 1961.

Un an plus tard, les premiers résultats concrets étaient là; on pouvait donc classer le postulat Jaeckle, ce qui fut fait en été 1963.

II. *Le point de départ*

1. La principale raison de ces initiatives, de ces recherches consacrées à la situation des personnes âgées, en Suisse comme à l'étranger, c'était et c'est encore la modification profonde de la structure d'âge de la population, phénomène qui s'est manifesté au XIX^e siècle déjà, mais surtout au XX^e, dans les pays industriels développés.¹

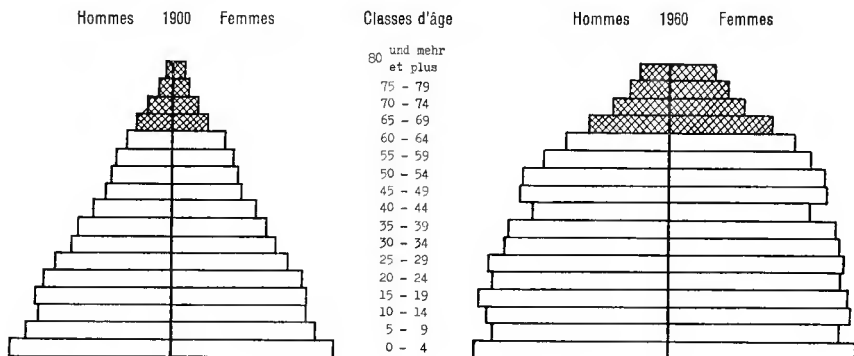
En Suisse, la population a augmenté de 3,3 à 5,4 millions, donc d'environ deux tiers, entre 1900 et 1960; mais le nombre des habitants âgés de 65 ans et plus s'est accru, en même temps, de 193 000 à 564 000, et a donc presque triplé. Le quotient de vieillesse, c'est-à-dire le rapport entre le nombre des personnes ayant dépassé 65 ans et celui des gens de 20 à 64 ans, est monté, dans le même laps de temps, de 109 à 178 pour mille. Si l'on ne tient compte que des citoyens suisses, on comptera 195 habitants âgés contre 1000 habitants de 20 à 64 ans en 1960. Le rapport est donc d'environ 1:5.

¹ En France, cette modification est apparue bien plus tôt que dans les autres Etats européens.

Si l'on veut illustrer cette évolution par une représentation graphique, on verra que la pyramide de la population des environs de 1900 est devenue un cône tronqué dont la partie supérieure (représentant les personnes de 65 ans et plus) offre une étendue considérable.

Graphique 1

Structure d'âge de la population résidente en Suisse



Il ne suffit évidemment pas de constater la situation actuelle, mais l'on doit scruter l'avenir. Il faut s'attendre à un nouvel accroissement du nombre des personnes âgées; ce nombre est évalué à 814 000 en 1975 et aura donc dépassé le quadruple de l'effectif de 1900; on pense qu'il atteindra le million au seuil du siècle prochain. Il est vrai que l'on prévoit également, d'ici la fin de notre siècle, une forte augmentation du nombre des personnes en âge d'exercer une activité lucrative. Le graphique ci-dessous montre, mieux que des mots, la croissance rapide de l'effectif des personnes âgées, comparé à la population totale.

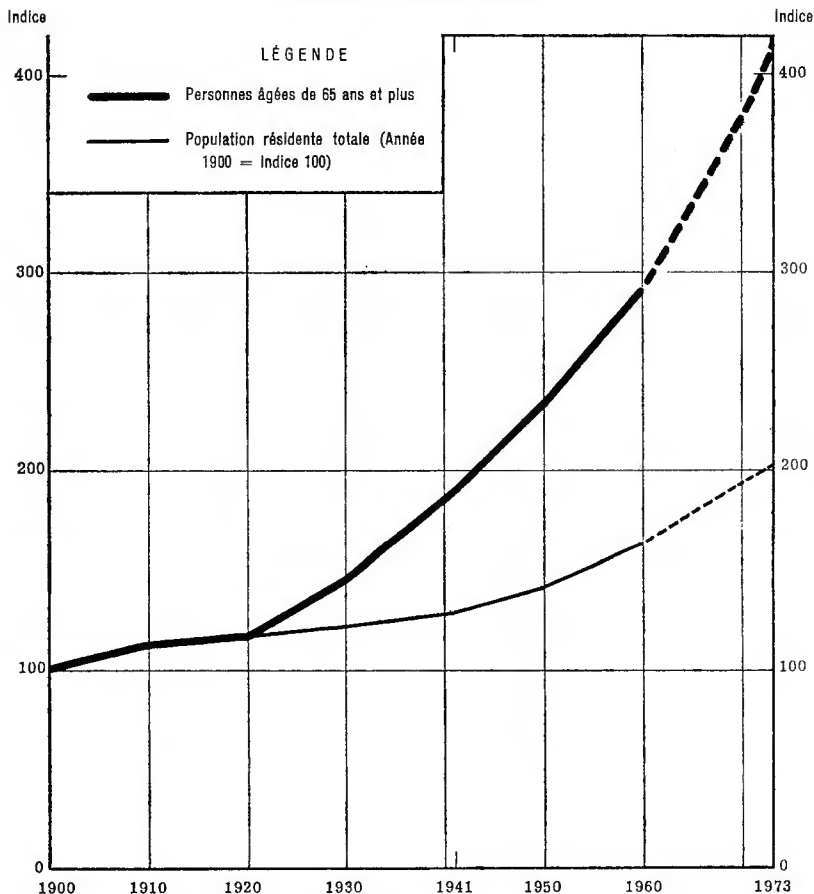
Dans le graphique 2, on voit que les deux courbes, encore identiques pendant les deux premières décennies du siècle, s'écartent de plus en plus l'une de l'autre depuis 1920.

Une telle évolution incite à la vigilance, ne serait-ce que du point de vue démographique. Elle s'explique d'une part par la prolongation de la durée moyenne de vie, mais plus encore par le recul et la stagnation des naissances par rapport au chiffre de la population. Vers 1900, le nombre annuel des naissances atteignait presque 30 pour mille; au cours de la première guerre mondiale, il est tombé au-dessous de 20 pour mille pour rester, depuis lors, assez stable. L'immigration se fait sentir surtout par un renforcement des classes d'âge exerçant une activité lucrative; sans elle, la part des personnes âgées serait encore plus grande qu'elle n'est.

Graphique 2

Evolution de la population résidente suisse de 1900 à 1973

Année 1900 = indice 100
(Depuis 1960, estimation)



2. Les modifications survenues dans les domaines économique et sociologique augmentent encore l'importance du problème. Dans une exploitation agricole, dans une entreprise artisanale de petite ou de moyenne importance, dans une entreprise familiale de travail à domicile, les parents âgés trouvaient ou conservaient tout naturellement leur place; ils pouvaient y assumer un travail correspondant à leurs aptitudes. Avant la « révolution » industrielle, il ne se posait donc pas de problème de la vieillesse au sens moderne de ce terme.

Les vieillards, relativement peu nombreux au sein de la population, pouvaient rester avec leur famille; ils avaient de quoi vivre et gardaient leurs fonctions sociales. Dès le siècle dernier, cette situation s'est entièrement modifiée dans les pays industriels. Rappelons que la population suisse a augmenté, depuis 1900, de 3,3 à 5,4 millions d'habitants; or, le nombre des personnes exerçant une activité indépendante a baissé de 425 000 à 360 000. En même temps, le nombre des ménages a plus que doublé, il est monté de 729 000 à 1,6 million, si bien que le nombre moyen d'habitants par ménage est tombé de 4,5 à 3,4.

Ces chiffres montrent la réalité telle que nous la connaissons, mais que nous n'admettons pas très volontiers. Malgré la situation économique excellente dont nous bénéficions actuellement, seul un petit nombre de personnes âgées peut coexister normalement avec les jeunes et se sentir à l'aise en leur compagnie. Les familles nombreuses de jadis leur offraient:

- des moyens d'existence
- le logement
- une occupation appropriée
- le contact avec la société
- des soins éventuels.

Aujourd'hui, et plus encore à l'avenir, il arrive très souvent que les personnes âgées ne puissent créer, par leurs propres moyens, ces conditions indispensables pour organiser dignement la dernière étape de leur vie. Leur famille ne le peut pas davantage. Ce qui constituait jadis une exception est devenu, de plus en plus, la règle générale. Qui doit et peut intervenir dans ces cas-là? Ce sont les communes, les cantons et la Confédération, qui devront assumer cette tâche dans une mesure sans cesse grandissante, chaque fois que les institutions d'utilité publique ne pourront s'en charger elles-mêmes.

Ceci est précisément le but d'une commission d'étude des problèmes de la vieillesse, dont la mission consiste:

- à déterminer exactement la situation actuelle des personnes âgées;
- à établir des pronostics sur l'évolution future du problème;
- à proposer des mesures propres à empêcher ou à atténuer les conséquences sociales défavorables de cette évolution.



III. L'activité déployée jusqu'à présent par la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse

1. A la fin de juin 1961, la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse tenait une séance constitutive, sous la présidence de M. Saxer, directeur de l'OFAS. Le noyau de cette commission était constitué par les membres de la sous-commission des problèmes de la vieillesse, créée par l'Association suisse de politique sociale. Instituée en 1959 et présidée par M. Greiner, gérant de

la caisse de compensation du canton de Zurich, la sous-commission groupait des spécialistes de la gérontologie et des personnalités dirigeantes de l'assistance et des assurances sociales. Elle élaborait, jusqu'en automne 1961, des recommandations concernant le problème de la retraite. La plupart de ses membres acceptèrent de collaborer avec la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse, lorsque celle-ci fut créée. Ce groupe initial a été complété par des représentants des associations faitières d'employeurs et de salariés, ainsi que de l'Office fédéral de l'industrie, des arts et métiers et du travail. D'ailleurs, la Commission est un organe suffisamment souple pour pouvoir s'associer d'autres collaborateurs encore, selon ses besoins; elle a déjà usé plusieurs fois de cette possibilité.

2. Dès le début de ses travaux, la Commission comprit que le domaine dont elle avait abordé l'étude était extrêmement vaste et présentait des aspects multiples. Sa tâche ne pouvait être menée à bien qu'en répartissant entre plusieurs groupes de travail l'examen de la situation actuelle et future des personnes âgées et l'étude des mesures à prendre.

C'est pourquoi dix groupes de travail ont été constitués. Cinq de ces groupes se consacrent aux questions suivantes:

- Bases de statistique démographique
- Questions biologiques et médicales
- Problème du logement
- Problème des occupations (sans but lucratif)
- Aide et soins aux personnes âgées.

Cinq autres groupes étudient la situation et la sécurité économiques des personnes âgées, réparties dans les catégories suivantes:

- salariés
- agriculteurs de condition indépendante
- personnes de condition indépendante dans l'industrie et les arts et métiers
- personnes de condition indépendante dans les professions libérales
- personnes sans activité lucrative.

Les résultats de ces enquêtes devraient, dans l'esprit du postulat Jaeckle, être consignés dans un rapport général qui serait présenté ensuite, pour préavis, aux autorités et aux associations.

3. Ces enquêtes exigent la réunion d'une abondante documentation statistique et des recherches approfondies. La Fondation « Pour la Vieillesse » ne disposait pas du personnel et des moyens nécessaires à cette tâche. C'est pourquoi le Département de l'intérieur a chargé l'OFAS, en décembre 1961, des travaux qu'entraîne l'exécution du postulat Jaeckle et des frais qui en résultent. L'Office fédéral devait s'assurer, à cet effet, la collaboration de la Fon-

dation « Pour la Vieillesse ». En même temps, le Bureau fédéral de statistique recevait la compétence d'effectuer, au besoin, des recherches statistiques sur certains problèmes.

4. La voie était libre. La section mathématique et statistique de l'OFAS établit une série de tables contenant des données statistiques sur la vieillesse comparée au reste de la population, sur le gain des personnes âgées, sur les assurances sociales au service de la vieillesse, etc. Ces données, jointes aux résultats du recensement de 1960 (qui ne sont pas encore entièrement connus), constituent la base sur laquelle on pourra continuer les recherches et dresser des pronostics. Aujourd'hui, cette section, devenue la subdivision mathématique et statistique, ne s'occupe pas seulement de la partie du rapport général consacrée à la statistique de la population; elle se charge également de l'instruction et de l'organisation techniques des enquêtes spéciales que font les groupes de travail et veille à une présentation correcte des résultats obtenus.

La subdivision AVS/AI/APG gère le groupe de travail qui étudie la situation et la sécurité économiques des salariés et des personnes sans activité lucrative. Les problèmes que pose la vieillesse aux salariés sont particulièrement importants, non seulement parce que cette catégorie de personnes est la plus nombreuse et a de plus en plus la tendance à l'emporter sur les autres, mais aussi parce que la question de la retraite est spécialement délicate dans ce cas-là. Les médecins rappellent constamment les effets psychologiques que peut avoir l'abandon de la vie active. Cependant, il s'agit avant tout d'examiner ici la situation économique des retraités et la manière dont ils couvrent leurs besoins matériels. Pour se faire une idée plus nette du rôle des salariés âgés, des problèmes de la retraite et de la prévoyance en vue de la vieillesse, l'OFAS a dû ordonner une enquête spéciale, que l'Institut de sociologie de l'Université de Berne a bien voulu effectuer.

De même, la plupart des autres groupes ne s'en tireront pas sans enquêtes spéciales.

- Agriculteurs de condition indépendante: des enquêtes ont été menées à ce sujet par l'Union suisse des paysans et par la Communauté de travail des paysans de la montagne.
- Artisans de condition indépendante: une enquête analogue est actuellement en cours à l'Institut suisse de recherches pour l'artisanat et les petites et moyennes entreprises commerciales (Université de Saint-Gall).
- Personnes de condition indépendante dans les professions libérales: ce groupe de travail a procédé à une enquête auprès des associations professionnelles.
- Personnes sans activité lucrative: les problèmes que pose la vieillesse à cette catégorie de personnes (ménagères, membres de communautés religieuses, rentiers, invalides) exigent plusieurs études particulières.
- Le problème du logement demande une enquête sur les homes et « cités » pour vieillards.

- Diverses institutions s'occupent du problème des occupations et des distractions destinées à lutter contre l'isolement. Les résultats d'une enquête étendue sur cette question sont actuellement dépouillés.
- L'aide et les soins aux personnes âgées sont examinés par la Fondation « Pour la Vieillesse ».

Jusqu'à présent, seuls les médecins de la commission s'en sont tirés sans enquête spéciale. Ils ont été les premiers à présenter leur rapport, consacré aux aspects biologiques, pathologiques et médico-sociaux de la vieillesse.

La partie du rapport consacrée à la statistique de la population pourra probablement être élaborée bientôt d'après des résultats d'enquêtes qui sont déjà connus ou le seront prochainement.

5. On a pu constater, une fois de plus, qu'une commission effectuée du bon travail comme organe consultatif et critique, mais que les recherches proprement dites doivent être confiées à de petits groupes et à des individus, si possible entièrement disponibles. C'est pourquoi l'OFAS a institué, pour accomplir les tâches spéciales qui lui incombent, une petite équipe qui veille aussi à la coordination de l'ensemble des travaux. Les problèmes touchant plus particulièrement l'aide sociale sont étudiés par une collaboratrice, engagée spécialement à cet effet, du secrétariat central de la Fondation « Pour la Vieillesse ».

IV. *Coup d'œil sur l'avenir*

Les résultats des enquêtes de la plupart des groupes seront connus, vraisemblablement, cette année encore, s'ils n'ont pas déjà été révélés. Ils seront communiqués à tous les membres de la commission, qui pourront les commenter par écrit ou lors d'une séance plénière. Le travail de coordination proprement dit sera effectué par les rédacteurs des rapports de groupe, qui prendront contact à cet effet avec l'équipe de coordination de l'OFAS. L'année prochaine verra la rédaction du rapport général et le dépouillement des rapports de groupe retardés.

Une mission importante des offices régionaux AI

Les offices régionaux AI pourvoient à l'orientation professionnelle et à la recherche d'emplois en faveur des invalides; ils leur procurent des places de formation et de reclassement et surveillent l'application de ces mesures (art. 63 LAI). Une telle activité exige, de la part du personnel, beaucoup de cœur et de compréhension pour les problèmes de l'invalidé. Il nous a paru intéressant

de publier ici un extrait d'un rapport annuel où sont abordés certains de ces problèmes.

« Si nous voulons prendre au sérieux le travail qui nous incombe dans cet office, nous ne devons jamais oublier que le succès ou l'insuccès de nos efforts dépend de certains facteurs dont il faut absolument tenir compte. En nous occupant des invalides, nous devons parvenir à redonner courage et à assurer une situation un peu meilleure au plus grand nombre possible de ceux qui, sans aide, n'auraient pas retrouvé le chemin de la vie active; alors seulement, nous pouvons affirmer avoir réussi. Le succès ou l'échec de la réadaptation dépend souvent moins de l'invalidité en soi que de l'attitude de l'assuré, de la manière dont il réagit contre son infirmité et de sa situation personnelle.

Ainsi, la principale question qui se pose dans notre activité, c'est de savoir si et comment nous réussirons, éventuellement avec l'aide de tierces personnes ou institutions, à relever le moral de l'invalidé et à lui donner confiance en son avenir. Une condition, en tout cas, doit être remplie: celui qui se charge de l'orientation professionnelle de l'invalidé doit aussi être capable de s'associer, en tant que conseiller, à sa destinée. Il doit l'encourager à prendre ou à reprendre sa place dans la vie professionnelle, à faire comme tous les autres, et ceci malgré les nombreuses adversités de l'existence. En tenant compte du caractère et des aptitudes de l'invalidé, le conseiller doit parvenir à lui trouver le métier le plus approprié. On ne saurait répéter avec trop d'insistance que l'invalidé doit ambitionner et souhaiter sincèrement d'arriver au but visé par la réadaptation et d'améliorer sa situation, sans quoi les efforts entrepris risquent bien de ne pas aboutir au résultat voulu. Prenons par exemple le cas d'un invalidé qui a intenté un procès à une institution d'assurance, parce que la rente accordée lui paraît trop basse; il se trouve dans une situation d'autant plus pénible qu'il doit invoquer un degré d'invalidité aussi élevé que possible pour avoir gain de cause. Dans un tel cas, des mesures de réadaptation sont généralement prématurées. De même, celui qui est devenu brusquement invalide par suite d'un accident qui a bouleversé toute son existence ne pourra, bien entendu, résoudre son problème professionnel sans que l'on considère sa situation dans son ensemble. Le malade chronique qui rentre chez lui après un séjour au sanatorium y trouvera peut-être des difficultés financières ou des soucis de famille; là aussi, tout ce qu'on pourrait entreprendre en sa faveur sans envisager le facteur social serait vain.

Voilà précisément la mission spéciale qui fait partie de notre travail d'orientation professionnelle. Conseiller l'invalidé sur le métier à choisir ne suffit pas; il faut encore l'aider à résoudre les autres problèmes de la vie, contrairement à ce qui se fait dans d'autres branches d'assurance où l'on ne s'intéresse qu'aux dégâts proprement dits. Un danger surgit ici, il est vrai, c'est que l'invalidé, qui s'est attaché à son conseiller, aura souvent de la peine à se détacher de lui et à reporter sur une autre personne la confiance indispensable dans les entreprises de ce genre, une fois que l'office régional aura exécuté son mandat d'assurance. C'est là que l'assurance confine à l'aide sociale. Plus nous nous occupons d'invalides, plus nous rencontrons des cas où l'invalidité n'a

pas été causée seulement par des lésions physiques. L'invalidité semble n'être parfois que l'aboutissement socialement reconnu d'une longue série d'épreuves devenues intolérables et de problèmes non résolus. Il est évident que ceux qui souffrent, parfois plusieurs années, ne peuvent se contenter à la longue d'une aide qui consiste seulement en mesures d'ordre professionnel.

Grâce à la LAI, la possibilité nous est donnée de considérer aussi ces facteurs non professionnels. Tant que la réadaptation doit avoir la priorité sur la rente, nous ne saurions agir autrement. Toutefois, comme un office régional ne peut s'occuper d'aide sociale, il importe plus que jamais de coordonner soigneusement toutes les prestations dont l'invalidé a besoin. Alors seulement, l'invalidé démoralisé reprendra confiance en lui-même et sera capable d'apporter sa contribution personnelle, indispensable au succès de sa réadaptation. »

Un résultat réjouissant

Un home scolaire pour aveugles et faibles de la vue a envoyé cette année, pour la première fois, quelques candidats à un examen de l'école de commerce. Tous les travaux avaient été transcrits en écriture Braille. Trois des candidats passèrent l'examen complet comme tous les candidats non invalides, excepté en comptabilité, où ils ne furent examinés qu'oralement. Une quatrième candidate ne passa qu'un examen partiel, conformément aux recommandations du médecin.

La note moyenne obtenue par les 672 participants fut de 2,01. Le meilleur candidat aveugle obtint, avec la note 1,2, le second rang, en compagnie de huit autres candidats. Deux candidates obtinrent également de bons résultats: note 1,4 et 4^e rang avec 34 candidats, note 1,5 et 5^e rang avec 42 candidats. La quatrième élève aveugle reçut la note 1,8 et obtint ainsi un résultat qui était encore au-dessus de la moyenne.

Ces jeunes employés de commerce ont prouvé, par leur application et leur persévérance, que des handicapés de la vue sont parfaitement capables de rivaliser avec des candidats valides. Dans son discours, le directeur de l'école commenta cette pensée: « L'épreuve n'est pas la vie, mais la vie est une épreuve ». Puissent les quatre candidats heureux réussir également dans l'épreuve de la vie!

A propos du refus des prestations en espèces

Si l'assuré a causé son invalidité par sa propre faute, il peut en résulter pour lui des conséquences défavorables aussi en matière d'assurances sociales. En effet, l'article 7, 1^{er} alinéa, LAI prévoit que les prestations en espèces peuvent être refusées, réduites ou retirées, temporairement ou définitivement, à l'assuré qui a intentionnellement ou par faute grave, ou en commettant un crime ou un délit, causé ou aggravé son invalidité. La RCC a déjà fait état à plusieurs reprises de la jurisprudence du TFA relative aux sanctions de ce genre (RCC 1962, p. 370 et 404; 1963, p. 205 et 225).

En marge de cette jurisprudence, il nous a semblé intéressant de mentionner un arrêt rendu par l'autorité de recours AVS du canton de Lucerne, le 13 janvier 1964, et qui a passé en force. Cette autorité refusa des prestations en espèces de l'AI à un assuré qui avait provoqué son invalidité par faute grave et qui, de plus, s'était rendu punissable pénalement. L'assuré et recourant était un homme âgé de 30 ans qui avait parié, le 6 juillet 1962, avec les clients d'un restaurant où il se trouvait, qu'il pourrait parcourir avec son automobile, en 90 minutes, le trajet de Malters (Lucerne) à Constance. En cours de voyage, il perdit la maîtrise de son véhicule lancé à vive allure; l'automobile dérapa, quitta la chaussée et aboutit sur une voie de chemin de fer, où elle capota. Le conducteur, grièvement blessé, dut être hospitalisé et resta jusqu'au 30 juin 1963 entièrement incapable de travailler. L'autorité de recours fonda son jugement sur les considérants suivants:

« Bien que l'article 7 LAI prévoie que les prestations de l'AI *peuvent* être refusées, on ne saurait, selon la jurisprudence du TFA, renoncer à une sanction lorsqu'une faute grave a été commise. Quant à savoir s'il y a lieu, dans le cas particulier, de refuser ou seulement de réduire les prestations de l'assurance, c'est là une question d'appréciation.

Le recourant admet qu'il convient d'appliquer ici l'article 7 LAI. Il demande cependant que les prestations soient seulement réduites et non supprimées entièrement. Le tribunal correctionnel compétent aboutit, dans son jugement pénal du 27 mai 1963, aux conclusions suivantes:

L'état de fait révèle un grave défaut de caractère et de sens des responsabilités; le recourant était conscient du grand danger qu'il courait; il a agi néanmoins à la légère et sans mesurer les risques. Il avait déjà été puni neuf fois pour des infractions aux règlements sur la circulation, et son permis de conduire lui avait été retiré à deux reprises.

Le tribunal a donc refusé le sursis. La défense ayant allégué que l'assuré était sous l'influence euphorique de l'alcool et avait été incité à agir ainsi par

des tiers, le tribunal rejeta ces arguments. Les témoignages, en effet, prouvaient que l'assuré n'avait pas été influencé par des tiers, et quant à l'effet de l'alcool, il ne pouvait être invoqué en faveur de l'assuré, celui-ci ayant été pleinement conscient du danger de son pari malgré les boissons absorbées (au maximum 1,2 pour mille d'alcool).

L'autorité de recours n'a aucune raison d'adopter, en ce qui concerne la faute du recourant, une conclusion différente de celle du tribunal correctionnel. Le recourant ayant, aveuglément, entrepris son voyage dans les conditions que l'on sait, il s'est exposé volontairement à un grand danger; il devait prévoir les conséquences de sa conduite déraisonnable. Comme la commission AI le déclare très justement dans son préavis, une concession d'ordre social serait déplacée dans un cas aussi grave. Le refus des prestations par la caisse de compensation apparaît donc justifié. »

L'avis des vices lors de la livraison de moyens auxiliaires

Un assuré invalide informa la commission AI qu'il ne pouvait pas porter les chaussures spéciales que l'AI lui avait accordées, bien qu'un orthopédiste les eût faites sur mesure. La commission se demanda alors si elle devait refuser les chaussures, exiger une réduction du prix ou demander la correction gratuite du défaut signalé.

Le médecin, spécialiste en orthopédie et traumatologie, qui avait traité l'assuré déclara que ces chaussures étaient défectueuses. Un commerce, également spécialisé dans cette branche, donna à la commission AI un avis analogue. Quant à l'assuré, il avait informé l'AI, dès la réception des chaussures, qu'elles étaient impropres à l'usage: trop étroites, elles présentaient en outre, aux deux talons, des déchirures qui s'étaient produites lors de la fabrication et avaient été cousues entre-temps. L'AI transmit cette réclamation au fournisseur, qui élargit les chaussures. L'assuré ne donna plus signe de vie pendant quatre mois, sur quoi l'AI paya le prix d'achat. Plus tard, l'assuré se présenta au secrétariat de la commission AI et se plaignit de nouveau, affirmant que ses chaussures étaient encore trop courtes et trop étroites en dépit de l'élargissement et qu'il ne pouvait absolument pas les porter.

Pour savoir quelles sont les mesures à prendre dans de tels cas, l'AI doit considérer qu'il s'agit, en l'occurrence, d'un contrat de travail au sens des articles 353 et suivants du Code des obligations (CO); l'orthopédiste s'est engagé à fournir des chaussures orthopédiques sur mesure contre paiement d'un salaire par l'AI. Le maître doit donc, après réception de l'ouvrage, en vérifier l'état aussitôt qu'il le peut d'après la marche habituelle des affaires et en signa-

ler les défauts éventuels à l'entrepreneur (art. 367, 1^{er} al., CO). L'obligation d'aviser est, comme dans le contrat de vente, une condition du droit à la garantie en cas d'exécution défectueuse ou contraire aux clauses du contrat. Lorsque l'ouvrage est si défectueux ou si peu conforme à la convention que le maître ne puisse en faire usage ou être équitablement contraint à l'accepter, le maître a le droit de le refuser, et si l'entrepreneur est en faute, de demander des dommages-intérêts (art. 368, 1^{er} al., CO). Lorsque les défauts de l'ouvrage ou les infractions au contrat sont de moindre importance, le maître peut réduire le prix en proportion de la moins-value, ou obliger l'entrepreneur à réparer l'ouvrage à ses frais si la réfection est possible sans dépenses excessives; le maître a, de plus, le droit de demander des dommages-intérêts lorsque l'entrepreneur est en faute (art. 368, 2^e al., CO). Dès l'acceptation expresse ou tacite de l'ouvrage par le maître, celui-ci perd ses droits à la garantie et l'entrepreneur est déchargé de toute responsabilité, à moins qu'il ne s'agisse de défauts qui ne pouvaient être constatés lors de la vérification régulière et de la réception de l'ouvrage ou que l'entrepreneur a intentionnellement dissimulés (art. 370, 1^{er} al., CO). L'ouvrage est tacitement accepté lorsque le maître omet la vérification et l'avis prévus par la loi (art. 370, 2^e al., CO).

En l'espèce, il y a eu acceptation tacite de l'ouvrage et par conséquent perte des droits à la garantie au sens de l'article 370 CO. Il s'est, en effet, écoulé quatre mois entre la réparation des chaussures, entreprise par l'orthopédiste à la suite de l'avis des vices, et la nouvelle réclamation. En outre, durant ce laps de temps, l'AI avait effectué le paiement qu'elle avait d'abord différé par mesure de précaution en informant le fournisseur. L'avis n'est pas intervenu à temps, car la réclamation déposée quatre mois après doit être considérée comme tardive. L'AI, en omettant de présenter l'avis des vices au moment voulu ou une nouvelle réclamation au sujet des défauts apparemment non corrigés, a tacitement accepté l'ouvrage livré par l'orthopédiste. Dans ces conditions, l'AI ne pouvait ni refuser les chaussures, ni réclamer des dommages-intérêts (art. 368, 1^{er} al., CO), ni réduire le prix, ni exiger la réparation gratuite des chaussures (art. 368, 2^e al., CO). La correction des défauts qui subsistaient ne semblant plus guère possible, il fallut charger un autre orthopédiste de confectionner de nouvelles chaussures.

Cette expérience prouve que les organes de l'AI doivent accorder toute leur attention à la correction des défauts signalés, et au droit de garantie lors de la livraison de moyens auxiliaires. Il faut, en particulier, exiger que l'assuré confirme par écrit, *dans le délai utile*, que le moyen auxiliaire s'est révélé propre à l'emploi. Si ce n'est pas le cas, les défauts éventuels doivent être *immédiatement* signalés à l'AI, qui en surveillera la correction et demandera à l'assuré de lui communiquer le résultat de ces retouches. L'AI n'effectuera le paiement qu'après avoir reçu l'attestation écrite susmentionnée. Le prix de l'ouvrage est payable au moment de la livraison (art. 372, 1^{er} al. CO), c'est-à-dire que l'échéance pour le paiement d'une facture court dès la livraison de l'ouvrage terminé, à moins que d'autres arrangements contractuels n'aient été prévus. Dans les affaires commerciales, il est d'usage de régler les factures dans

les 30 jours après leur réception. Il devrait donc être pratiquement possible, dans ce délai, de signaler les défauts éventuels à l'entrepreneur et, le cas échéant, de déduire la moins-value correspondante, d'autant plus qu'en règle générale, les factures ne sont pas remises au moment de la livraison de l'ouvrage, mais ultérieurement. Quant au refus de payer le prix *total*, il n'est admissible que si l'ouvrage livré est inutilisable ou si peu conforme à la convention que l'AI ne peut être contrainte à l'accepter.

L'AI et les frais de transport en cas de formation scolaire spéciale

Conformément aux articles 51, 1^{er} alinéa, LAI et 90 RAI, l'assuré est, en principe, défrayé des frais de voyage nécessaires à l'examen du bien-fondé de sa demande et à l'exécution de mesures de réadaptation. Vu que la *formation scolaire spéciale*, conformément à l'article 8, lettre c, LAI, constitue aussi une mesure de réadaptation, les frais de transport qui en découlent doivent également être assumés par l'AI. A ce sujet, les prescriptions de la circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales concernant le remboursement des frais de voyage dans l'AI sont déterminantes. Il y est prévu en particulier que pour les cas de formation scolaire spéciale en internat, l'AI rembourse les frais d'un voyage aller-retour par mois (chiffre 20) afin de maintenir le contact entre l'enfant et la maison paternelle. Le TFA a reconnu que cette prescription était conforme à la loi (arrêt du TFA du 5 juillet 1963, en la cause F. W., RCC 1964, p. 123). En outre, il a constamment admis que l'AI, en vertu de l'article 51, 1^{er} alinéa, LAI, ne devait assumer que les frais de voyage de l'assuré entre son domicile et l'école, et non les frais de déplacement de la personne enseignante qui se rend auprès de l'élève (arrêts du TFA du 2 juillet 1962, en la cause M. B., RCC 1962, p. 473, et du 22 janvier 1963, en la cause H. G., RCC 1963, p. 168).

Il en va autrement dans les cas prévus par l'article 11 RAI. Selon la teneur de cet article intitulé « Mesures permettant la fréquentation de l'école », l'AI assume, jusqu'à concurrence de 50 francs par mois, les frais de transport à l'école occasionnés par l'invalidité et une contribution de 3 francs par jour si l'assuré, du fait de son invalidité, doit prendre ses repas ou être logé hors de la maison. Il s'agit dans ce cas de la prise en charge des frais de transport dus à l'invalidité et destinés à *permettre la fréquentation de l'école publique*, non la fréquentation de l'école spéciale; on a donc affaire ici à des mineurs invalides moteurs qui — sans avoir besoin d'un enseignement scolaire spécial — ne sont pas en mesure, en raison de leur invalidité, de parcourir le chemin entre leur domicile et l'école. Dans ces cas, la prise en charge des frais de

transport représente la prestation proprement dite de l'assurance, alors qu'elle n'est accordée en général que parallèlement à une mesure de réadaptation et à un caractère complémentaire.

Le TFA s'est déjà prononcé à plusieurs reprises sur la portée de l'article 11 RAI. Il a ainsi arrêté que la notion de « mesures spéciales » (art. 8, 1^{er} al., lettre b, RAI) ne comprend que des contributions aux frais de transport au sens de l'article 11 RAI et de logement et pension hors de la maison (arrêts du TFA du 29 mars 1962, en la cause P. K., RCC 1962, p. 288, et du 7 décembre 1962, en la cause J. B., RCC 1963, p. 218). Une contribution de l'AI n'est accordée, en vertu de l'article 11 RAI, que si l'assuré est apte à fréquenter l'école publique. Le TFA a établi dans un autre arrêt qu'en vertu de la même disposition, les frais de transport à rembourser par l'AI sont de 11 centimes par kilomètre pour les déplacements à motocyclette et, en cas de transport en taxi, la contribution doit être fixée sur la base des frais effectifs, mais ne peut pas dépasser 50 francs par mois (arrêt du TFA du 29 juin 1963, en la cause R. G., RCC 1963, p. 466).

Contrairement à la pratique administrative constante et à la jurisprudence présente, le TFA, dans un arrêt récent, a décidé qu'en cas de formation scolaire spéciale, la prise en charge des frais de transport devait se fonder sur l'article 11 RAI et que, par conséquent, la contribution ne pouvait dépasser 50 francs par mois. Comme cet arrêt s'abstient de commenter la jurisprudence et la pratique administrative appliquées jusqu'à maintenant, il faut attendre des arrêts ultérieurs pour éclaircir cette question. Jusqu'à nouvel avis, les frais de transport dus à la fréquentation d'une école spéciale continueront à être remboursés conformément à l'article 51, 1^{er} alinéa, LAI.

Problèmes d'application de l'AI

Les caisses-maladie sont-elles tenues à prestations en cas d'infirmité congénitale ?

L'AI ne prend en charge que les frais de traitement des infirmités congénitales figurant dans la liste de l'POIC. D'autre part, les caisses-maladie reconnues ne sont, en principe, pas tenues d'accorder des prestations en cas d'infirmités congénitales, ceci même lorsque lesdites infirmités ne sont pas expressément exclues par les statuts. Ainsi, lorsqu'il se présente une infirmité congénitale qui ne figure pas dans la liste, il peut arriver que ni l'AI, ni la caisse-maladie ne soient tenues à prestations.

Par conséquent, le refus de prise en charge des frais, motivé par l'absence d'une infirmité congénitale au sens de l'AI, ne doit pas faire conclure nécessai-

rement qu'une caisse-maladie soit tenue d'accorder les prestations demandées. Les commissions AI et leurs secrétariats doivent en tenir compte et renoncer à faire aux assurés des déclarations sur la prétendue obligation que les caisses-maladie auraient à cet égard.

PETITES INFORMATIONS

Augmentation des allocations familiales dans le canton de Fribourg

a. Salariés non agricoles

Par la loi du 28 février 1964, le Grand Conseil a porté le taux minimum de l'allocation pour enfant de 25 à 30 francs. Cette augmentation doit s'effectuer en deux étapes, la première faisant bénéficier de l'allocation supérieure les familles de trois enfants et plus, la seconde, toutes les autres familles.

Le 3 avril 1964, le Conseil d'Etat a pris, en exécution de ces dispositions, un arrêté fixant le montant de l'allocation, par enfant et par mois, à 25 francs pour les familles d'un et deux enfants et à 30 francs pour les familles de trois enfants et plus, dès le 1^{er} avril 1964.

b. Travailleurs agricoles

Aux termes du même arrêté, les travailleurs agricoles ont été mis au bénéfice d'une allocation de 20 francs, par enfant et par mois, pour les familles d'un et deux enfants et de 25 francs pour les familles de trois enfants et plus. Ces allocations cantonales étant versées en sus des allocations fédérales, l'allocation globale s'élève, par enfant et par mois, à:

région de plaine

35 francs pour les familles d'un et deux enfants;
40 francs pour les familles de trois enfants et plus;

région de montagne

40 francs pour les familles d'un et deux enfants;
45 francs pour les familles de trois enfants et plus.

Répertoire
d'adresses
AVS/AI/APG

L'OFAS donnera au début de l'année prochaine une réédition du répertoire d'adresses, en tenant compte des numéros postaux d'acheminement et des nouveaux numéros des offices de chèques postaux. Nous renonçons donc à publier ces innovations dans la RCC lorsqu'il n'y a pas d'autre changement.

Changements
survenus

Page	Caisse de compensation	Nouveau numéro de téléphone
6	2 Berne	(031) 22 79 44
9	30 Tapissiers-décorateurs	(031) 25 23 85
10	33 Automobile	(031) 22 47 77
10	38 Boulangers	(031) 25 14 44
11	45 Liquoristes	(031) 23 21 26
13	56 Tabac	(031) 22 38 42
14	63 Employeurs bernois	(031) 22 70 74
15	69 Transport	(031) 22 72 73
15	74 Albicolac	(031) 22 25 81
16	78 Economie laitière	(031) 22 69 48
19	97 Vinico	(031) 25 61 82
21	105 Arts et métiers	(031) 25 77 85
21	107 Commerçants bernois	(031) 22 47 29

Autres changements:

Page 11, caisse 41, Forgerons et charrons
Nouveau numéro de tél.: (051) 47 73 00

Page 11, caisse 43, Quincailliers
Nouvelle adresse: Walchestrass 25, 8006 Zurich
Nouveau numéro de tél.: (051) 26 40 09

Page 23, commission AI du canton de Berne
Nouveau numéro de tél.: (031) 22 79 44

Page 25, office régional AI de Berne
Nouveau numéro de tél.: (031) 25 38 55

Page 25, office régional AI de Saint-Gall
Nouvelle adresse: Schwalbenstrasse 6
Les autres données ne changent pas.

Supplément
au catalogue
des imprimés
AVS/AI/APG
(édition de 1964)

Nouvelles publications:

Prix Observ.

318.117 df	Tabellen zur Ermittlung der Renten und der Hilflosenentschädigung (gültig ab 1. Januar 1964) Tables de calcul des rentes et de l'allocation pour impotent (valables dès le 1 ^{er} janvier 1964)	3.— *	
318.120.02 d	Verzeichnis der kantonalen Erlasse auf dem Gebiete der AHV und IV	—,55 *	
318.120.02 f	Liste des arrêtés cantonaux concernant l'AVS et l'AI	—,55 *	
318.121.62 d	Jahresbericht AHV/IV/EO 1962	3.50 *	
318.121.62 f	Rapport annuel AVS/AI/APG 1962	3.50 *	
318.273 d	Ergänzungsanmeldung für Zusatzrenten und Waisenrenten	4.—	2
318.273 f	Demande accessoire de rentes complémentaires et de rentes d'orphelins	4.—	2
318.273 i	Domanda accessoria per rendite complessive e rendite per orfani	4.—	2
318.275 d	Ergänzungsblatt 2 zur Anmeldung	4.—	2 B
318.275 f	Feuille annexe 2 à la demande de prestations	4.—	2 B
318.275 i	Foglio completo 2 della domanda di prestazioni	4.—	2 B
318.300.1 d	Klebetektüren 1964 zum AHVG	1.— *	
318.300.1 f	Feuillets collants 1964 pour la LAVS	1.— *	
318.500.2 d	Klebetektüren 1964 zum IVG	—,15 *	
318.500.2 f	Feuillets collants 1964 pour la LAI	—,15 *	
318.507.03 d	Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung	1.60 *	
318.507.03 f	Circulaire sur la procédure à suivre dans l'assurance-invalidité	1.60 *	
318.700.2 d	Klebetektüren 1964 zum EOG	—,25 *	
318.700.2 f	Feuillets collants 1964 pour la LAPG	—,25 *	

JURISPRUDENCE

Assurance-vieillesse et survivants

RENTES

Arrêt du TFA, du 11 octobre 1963, en la cause S. C.

Article 22, 3^e alinéa, LAVS. Lorsque la rente extraordinaire de vieillesse ou d'invalidité pour couple est allouée à titre de minimum garanti selon l'article 42, 1^{er} alinéa, LAVS, l'épouse ne saurait prétendre, pour elle-même, une rente ordinaire de vieillesse simple.

Articolo 22, capoverso 3, LAVS. Quando una rendita straordinaria di vecchiaia o d'invalidità per coniugi è assegnata come minimo garantito, giusta l'articolo 42, capoverso 1, LAVS, la moglie non può pretendere per sè stessa una rendita ordinaria semplice di vecchiaia.

L'assurée est née le 20 août 1899. Son mari, né le 20 juin 1902, reconnu invalide pour plus des deux tiers depuis le 1^{er} janvier 1960, a été mis au bénéfice dès cette date d'une rente entière d'invalidité pour couple de 113 fr. 40 puis, dès le 1^{er} juillet 1961, de 144 francs par mois (rente extraordinaire servie en lieu et place d'une rente ordinaire d'un montant inférieur).

Ayant accompli sa 63^e année le 20 août 1962, l'assurée sollicita pour elle-même l'octroi d'une rente ordinaire de vieillesse simple. Sur refus de la caisse de compensation, elle recourut auprès de la commission de recours. Cette dernière rejeta le recours en considérant, quant au principe, qu'il serait inéquitable qu'un assuré mis au bénéfice d'une rente extraordinaire en raison d'un paiement partiel de cotisations puisse toucher avec son conjoint, par le cumul de deux rentes simples, des prestations plus élevées qu'un assuré dont la durée de cotisations est complète.

Le TFA a rejeté l'appel interjeté par l'assurée contre le jugement cantonal, pour les motifs suivants:

...

1. Selon les articles 22, 3^e alinéa, in fine, et 21, 3^e alinéa, LAVS, le droit à une rente de vieillesse ou d'invalidité pour couple s'éteint, lorsqu'il s'agit d'une rente extraordinaire, si l'épouse peut prétendre une rente ordinaire de vieillesse simple. Aux termes de l'article 21, 1^{er} alinéa, LAVS, peuvent bénéficier d'une rente de vieillesse simple, pour autant que n'existe pas de droit à une rente de vieillesse pour couple, notamment les femmes qui ont accompli leur 63^e année. L'article 21, 2^e ali-

néa, LAVS dispose enfin que le droit à une rente de vieillesse simple naît le premier jour du mois suivant celui où a été atteint l'âge prescrit ou s'est éteint le droit à la rente de vieillesse pour couple. Ainsi, littéralement, la loi subordonne la naissance du droit de l'épouse à une rente ordinaire de vieillesse simple à l'extinction du droit du mari à une rente de vieillesse ou d'invalidité pour couple, cette extinction ne survenant précisément que si l'épouse peut prétendre une rente ordinaire de vieillesse simple. L'on ne saurait en conséquence tirer argument du seul texte de la loi pour critiquer la solution des premiers juges, qui ont refusé de mettre l'appelante au bénéfice d'une rente ordinaire de vieillesse simple. Il y a plutôt lieu de rechercher si le jugement déferé au Tribunal de céans est en accord avec le système général de la loi.

2. Dans le régime de l'AVS, c'est avant tout par le moyen de la rente pour couple que la femme mariée est assurée contre le risque de la vieillesse, le droit du mari à une telle rente l'emportant en principe sur celui de l'épouse à une rente de vieillesse simple. Cela résulte de l'article 21, 1^{er} alinéa, LAVS, qui dispose que le droit à une rente de vieillesse simple n'est acquis qu'« autant que n'existe pas de droit à une rente de vieillesse pour couple », ainsi que de l'article 22, 1^{er} alinéa, LAVS, qui désigne « les hommes mariés » comme bénéficiaires de ces rentes. L'article 21, 3^e alinéa, LAVS, assimile d'autre part expressément les rentes d'invalidité pour couples aux rentes de vieillesse du même genre. En général, aussi longtemps que les conditions auxquelles la loi subordonne l'allocation d'une rente de vieillesse ou d'invalidité pour couple ne sont pas réalisées ou dès qu'elles cessent de l'être, l'épouse peut prétendre une rente de vieillesse simple, supposé que les conditions requises à l'article 21, 1^{er} alinéa, LAVS soient réunies. Vu la teneur de l'article 21, 3^e alinéa, LAVS, l'alinéa second de cette même disposition, qui précise que le droit à une rente de vieillesse simple s'éteint par l'ouverture du droit à une rente de vieillesse ou d'invalidité pour couple, exclut en principe le versement à des époux de deux rentes de vieillesse simples, ou d'une rente de vieillesse simple et d'une rente simple d'invalidité.

L'article 22, 3^e alinéa, in fine, LAVS introduit il est vrai une exception — qu'il y a lieu d'interpréter restrictivement — à la règle selon laquelle le droit du mari à une rente de vieillesse ou d'invalidité pour couple l'emporte sur celui de l'épouse à une rente de vieillesse simple. En effet, selon cette disposition et celle de l'article 21, 3^e alinéa, LAVS, le droit à une rente de vieillesse ou d'invalidité pour couple s'éteint, lorsqu'il s'agit d'une rente extraordinaire, si l'épouse peut prétendre une rente ordinaire de vieillesse simple. Il en résulte manifestement que seules peuvent être cumulées, dans le cas de conjoints, une rente ordinaire de vieillesse simple de l'épouse, d'une part, et une rente extraordinaire simple de vieillesse ou d'invalidité de l'époux, d'autre part, à l'exclusion de deux rentes ordinaires de vieillesse simples ou d'une rente ordinaire de vieillesse simple et d'une rente ordinaire simple d'invalidité (voir à ce sujet le Message du Conseil fédéral du 25 juin 1956, FF 1956, vol. I, p. 1518, relativement au projet de modification de l'article 22, 3^e alinéa, LAVS, qui précise que la disposition nouvelle proposée prévoit expressément « qu'à la rente transitoire (extraordinaire) de vieillesse pour couple du mari se substitue une rente transitoire (extraordinaire) de vieillesse simple lorsque l'épouse, plus jeune que son mari, peut prétendre une rente ordinaire de vieillesse simple sur la base de ses cotisations personnelles »). Selon l'article 42 LAVS, les rentes extraordinaires sont versées d'une part aux assurés qui ne peuvent prétendre une rente ordinaire, et d'autre part à ceux qui ont en principe droit à une telle rente, lorsque le montant de celle-ci serait infé-

rieur à celui de la rente extraordinaire. Dans ce dernier cas, l'octroi d'une rente extraordinaire à titre de minimum garanti est toutefois subordonné à la condition que les revenus et fortune de l'intéressé ne dépassent pas certaines limites, le versement de cette rente n'intervenant qu'aussi longtemps que cette condition se trouve réalisée (art. 42, 4^e al., LAVS).

Dès lors, si le législateur a, dans le cas des époux, absolument exclu le versement de deux rentes ordinaires de vieillesse simples ou d'une rente ordinaire de vieillesse simple et d'une rente ordinaire simple d'invalidité, ainsi que cela résulte des articles 21 et 22, 3^e alinéa, LAVS, cela ne signifie nullement qu'il veuille permettre le cumul d'une rente ordinaire de vieillesse simple de l'épouse avec une rente extraordinaire de vieillesse ou d'invalidité simple de l'époux servie en lieu et place de la rente ordinaire d'un montant inférieur. Au contraire, il y a lieu d'admettre qu'il a entendu exclure pareil cumul également, car un tel cas ne diffère en rien, quant au principe, de celui d'un assuré qui, dans les mêmes circonstances, ne saurait prétendre une rente extraordinaire parce que ne remplissant pas ou plus les conditions de revenu posées à l'article 42 LAVS, et ne pourrait de ce fait bénéficier que d'une rente ordinaire de vieillesse ou d'invalidité pour couple. Or, dans une telle éventualité, l'exception de l'article 22, 3^e alinéa, in fine, LAVS, qui présuppose une rente extraordinaire de vieillesse ou d'invalidité pour couple, ne serait pas applicable.

Il résulte de ce qui précède que la règle exceptionnelle de l'article 22, 3^e alinéa, in fine, LAVS ne concerne que les rentes extraordinaires de vieillesse ou d'invalidité pour couple servies à des assurés ne pouvant prétendre une rente ordinaire, à l'exclusion de celles versées en application de l'article 42 LAVS à titre de minimum garanti.

Assurance-invalidité

RÉADAPTATION

Arrêt du TFA, du 2 mars 1964, en la cause F. S.

Articles 12, 1^{er} alinéa, LAI et 2 RAI. Les actes médicaux appliqués à une affection dont le caractère principal est celui d'un état stabilisé ne sont réputés mesures de réadaptation que si, compte tenu de toutes les circonstances du cas, le but de réadaptation défini par la loi y est visé d'une manière si prépondérante qu'il relègue à l'arrière-plan le traitement de l'affection comme telle. (Considérant 1.)

Dans un cas de coxarthrose, la réadaptation peut être considérée comme le but principal de l'ostéotomie, étant donné la gravité de cette opération et la longue convalescence qui s'ensuit, tout au plus lorsque le patient a encore devant lui une période d'activité assez longue. (Considérant 2.)

Articoli 12, capoverso 1, LAI e 2 OAI. Le cure mediche eseguite nel caso di un'affezione il cui carattere principale è quello di uno stato stabilizzato sono considerate provvedimenti d'integrazione soltanto se, tenuto conto di

tutte le circostanze del caso, lo scopo d'integrazione definito dalla legge vi prevale in modo preponderante, relegando in secondo piano la cura vera e propria del male. (Considerando 1.)

In caso di coxartrosi, l'integrazione può essere considerata lo scopo principale dell'osteotomia, data la gravità di questa operazione e la lunga convalescenza che ne segue, tutt'al più quando il paziente ha ancora davanti a sé un periodo di attività assai lungo. (Considerando 2.)

L'assuré dirige depuis longtemps la filiale d'une charcuterie. Le 3 avril 1962, il demanda à l'AI des mesures médicales de réadaptation, car il souffrait de la hanche. Le 18 avril, un spécialiste de l'orthopédie confirma que l'assuré souffrait, depuis cinq ans, d'une coxarthrose douloureuse à gauche, qui provoquait une invalidité d'environ 25 pour cent et nécessitait une ostéotomie intertrochantérienne. Cette opération du fémur eut lieu le 20 juin 1962. Par décision du 22 août 1962, la caisse de compensation informa l'assuré que ce traitement n'était pas à la charge de l'AI, parce qu'une amélioration sensible de la capacité de gain n'était pas à prévoir chez un patient de 62 ans atteint de coxarthrose (art. 12 LAI). L'assuré recourut, demandant que l'AI prenne en charge ses frais d'hôpital et de traitement postopératoire, et lui verse en outre des indemnités journalières. Ce recours fut admis par l'autorité de recours.

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

1. L'assuré invalide a droit aux mesures médicales définies par la loi et comprenant des actes médicaux uniques ou répétés dans une période limitée (art. 12 LAI et 2 RAI). Font partie du traitement médical tous les actes médicaux qui visent, selon l'état de la science au moment donné, la guérison ou la conservation d'un état pathologique, ou qui cherchent à supprimer ou à atténuer des douleurs. Il faut déterminer au moyen des critères de délimitation des articles 12 LAI et 2 RAI si un acte médical, dans un cas donné, sort du cadre général et peut être considéré comme mesure de réadaptation. « Traitement médical » est le terme général, tandis que « mesure médicale de réadaptation » est une notion beaucoup plus restreinte.

Pour obtenir un mode de délimitation utilisable, il faut d'abord, conformément à la pratique adoptée par le TFA, écarter les affections en développement, car leur traitement représente, en règle générale, le traitement de l'affection comme telle. En revanche, dans les cas où l'affection traitée présente principalement le caractère d'un état stabilisé, un traitement ne pouvant alors plus viser qu'une stabilisation définitive ou la correction d'une séquelle, les actes médicaux offrent souvent à la fois les caractéristiques du traitement de l'affection comme telle et des mesures de réadaptation. Dans une telle situation, on peut considérer les actes médicaux comme mesures de réadaptation seulement lorsqu'ils visent d'une manière si prépondérante le but de réadaptation défini par la loi — compte tenu de toutes les circonstances du cas — que le traitement de l'affection comme telle devient un but secondaire.

2. La coxarthrose se développe peu à peu au cours des ans et risque de provoquer de fortes douleurs dès qu'elle a atteint un stade avancé. On ne recourt généralement à l'ostéotomie que lorsque l'apaisement des douleurs suffit à justifier une telle intervention. Celle-ci ne peut, toutefois, arrêter le processus morbide, mais ne parvient qu'à le ralentir (Handbuch der Orthopädie, vol. IV/1, p. 334, 348 et 353, Stuttgart 1961).

Les organes administratifs de l'AI considèrent une coxarthrose avancée comme un état en bonne partie stabilisé, comportant des séquelles, et le TFA n'est pas intervenu jusqu'à présent dans cette pratique qui avantage les assurés. Cependant, si l'on s'en tient à cette pratique, une autre question se pose, à laquelle on ne peut répondre à la légère par l'affirmative: une opération promet-elle de contribuer d'une manière importante à la réadaptation professionnelle d'un assuré atteint de coxarthrose? Une ostéotomie, qui est une grave intervention et qui nécessite une assez longue convalescence, ne vise principalement la réadaptation que si le patient a encore devant lui une période d'activité d'une certaine durée. Si tel n'est pas le cas, il faut en conclure que le but principal de l'opération est de supprimer les douleurs. (Cf. ATFA 1962, p. 208, considérant 3, et p. 314, considérant 2; voir aussi l'arrêt A. K., RCC 1964, p. 156).

3. Du point de vue de l'AI, la période d'activité de l'homme dure tout au plus jusqu'à la fin du mois au cours duquel il atteint l'âge de 65 ans révolus. Ceci appert, quoi qu'en dise l'assuré, des articles 10, 1^{er} alinéa, LAI, 21, 2^e alinéa, et 22, 3^e alinéa, LAVS.

L'assuré est apparemment redevenu entièrement apte au travail depuis janvier 1963; en avril 1965, il atteindra l'âge de 65 ans. Ainsi, sa période d'activité prendra fin déjà deux ans et quart après la reprise de son travail. Or, si l'opération de l'été 1962 n'a profité qu'à cette brève durée d'activité, elle n'a pas servi principalement à la réadaptation professionnelle, mais à d'autres buts.

Il en résulte que l'appel de l'OFAS est justifié. Toutefois, l'avis de l'OFAS, comme quoi un assuré ayant dépassé de peu l'âge de 60 ans n'a plus droit à aucune mesure médicale de réadaptation, faute de résultats durables, est contraire à l'article 10 LAI. Dans un tel cas, l'AI devrait tout de même financer une intervention chirurgicale, si celle-ci vise uniquement ou de manière prédominante la réadaptation professionnelle, comme par exemple l'amputation d'un doigt en griffe (ATFA 1962, p. 208, considérant 3; RCC 1963, p. 117).

Arrêt du TFA, du 23 mars 1964, en la cause L. W.

Articles 19, 3^e alinéa, LAI et 12 RAI. Seul un traitement qualifié, notamment de pédagogie curative, est considéré comme une préparation à l'enseignement scolaire spécial; il n'en va pas de même de tous les soins donnés dans un home d'enfants pendant la période préscolaire. Un traitement pédagogique aussi précoce que possible peut se révéler nécessaire, en particulier pour les enfants débiles mentaux. (Considérant 1.)

Article 26, 4^e alinéa, LAI; article 24, 1^{er} alinéa, RAI. La reconnaissance des établissements donnant un enseignement scolaire spécial est de la compétence de l'OFAS. (Considérant 3.)

Articolo 19, capoverso 3, LAI; articolo 12 OAI. Solo un trattamento qualificato, particolarmente di pedagogia curativa, è considerato come preparazione all'istruzione scolastica speciale ma non, invece, tutte le cure date in una casa per bambini durante il periodo prescolastico. Un trattamento pedagogico il più possibile anticipato può risultare necessario, in particolare per i bambini deboli di mente. (Considerando 1.)

Articolo 26, capoverso 4, LAI; articolo 24, capoverso 1, OAI. Il riconoscimento degli stabilimenti che impartiscono un'istruzione scolastica speciale spetta all'UFAS. (Considerando 3.)

Le père de l'assurée annonça à la commission AI, en date du 11 septembre 1961, que sa fille, née le 3 février 1958, souffrait d'une infirmité congénitale, comme le certifiât le Dr N. Deux mois plus tard, ce médecin demanda à la commission AI de soumettre cette fillette, débile mentale, à une expertise à la clinique infantile de Z. La commission donna suite à cette demande et, le 21 février 1962, reçut le rapport suivant de la clinique infantile:

« L'enfant souffre d'une malformation congénitale du cœur et d'un léger hydrocephalus (chiffres 98 et 132 de l'OIC). Elle doit être sous surveillance médicale et périodiquement contrôlée au centre cardiologique de la clinique infantile. Son Q. I. est de 62 et peut être encore amélioré par une éducation adéquate. La fillette devrait, avant de commencer une formation scolaire spéciale, passer quelques années au home d'enfants S. à K. »

Depuis la fin de mars 1962, l'assurée séjourne au home d'enfants S. La caisse de compensation rendit une décision, en date du 16 mai 1962, mettant à la charge de l'AI les frais de la surveillance médicale, des contrôles à la clinique infantile et des transports, mais, en revanche, refusant la contribution à la formation scolaire spéciale, parce que l'enfant n'étant âgée que de quatre ans, on ne pouvait pas encore parler de formation scolaire spéciale. Le père de l'assurée recourut et invoqua l'article 12 RAI; puisque l'enfant reçoit dans ce home une préparation à la formation scolaire spéciale, l'AI doit lui accorder la contribution de 5 francs par jour.

En date du 13 mars 1963, la clinique infantile de Z. répondit ce qui suit à l'autorité cantonale de recours désireuse de savoir si le séjour au home d'enfants était nécessaire par des considérations médicales:

« Le 1^{er} mars 1963, nous avons de nouveau contrôlé ambulatoirement L. W. dans notre policlinique... Le Q. I. est de 66 maintenant... Depuis son séjour au home d'enfants S., l'enfant a fait des progrès intellectuels évidents. Mais, vu que le Q. I. n'a que faiblement augmenté, l'enfant aura très vraisemblablement besoin d'une formation scolaire spéciale. A cet effet, le centre d'éducation à H. nous semble le plus approprié. Notre service social a entrepris des démarches pour la placer dans cet établissement dès l'automne 1964 au plus tôt. D'ici là, l'enfant ne pouvant pas être placée dans un home d'enfants appliquant des méthodes de pédagogie curative à proximité de son domicile, elle devrait encore rester au home S. qui la développe très bien. ... Bien que le séjour à S. ne soit pas indispensable du point de vue médical, il est nécessaire du point de vue éducatif et scolaire. »

Par décision du 8 avril 1963 (transmise le 9 octobre), l'autorité cantonale de recours a admis le recours.

Le TFA a admis, pour les motifs suivants, l'appel interjeté par l'OFAS contre ce jugement:

1. Conformément à l'article 19, 3^e alinéa, LAI, confirmé par l'article 12 RAI, l'AI alloue une contribution aux frais d'école et de pension si la préparation d'un enfant en âge préscolaire en vue de sa formation scolaire spéciale requiert des mesures pédagogiques spéciales (besondere pädagogische Massnahmen; provvedimenti pedagogici particolari). Les textes allemand et italien sont déterminants dans ces cas, d'autant

plus que le message du Conseil fédéral du 24 octobre 1958 relatif au projet de loi sur l'AI prévoit déjà des mesures pédagogiques *spéciales* désignées comme « préalables à la formation scolaire spéciale » (FF 1958 II, p. 1288).

Cependant, tous les soins donnés avant la formation scolaire spéciale à un enfant invalide séjournant dans un home d'enfants ne sont pas considérés comme une préparation à cette formation (arrêt du TFA, du 19 janvier 1963, en la cause R. J., non publié). On ne peut parler de mesures pédagogiques spéciales, au sens de l'article 12 RAI, que si un tel enfant reçoit un enseignement qualifié, notamment de *pédagogie curative*. Toutefois, il serait erroné de croire, comme la commission AI, que ce genre de mesures n'est pas encore indiqué chez un enfant de quatre ans.

L'OFAS précise d'ailleurs qu'un traitement de pédagogie curative doit parfois commencer le plus tôt possible chez les enfants débiles mentaux afin de prévenir le dépérissement d'aptitudes éventuelles.

2. L'assurée a un Q. I. de 66 et ne peut donc recevoir qu'une formation pratique. Ce sera par conséquent l'école spéciale et non l'école publique qui entrera en ligne de compte pour elle, et l'AI devra allouer une contribution aux frais d'école et de pension pendant la durée de cette formation scolaire spéciale (art. 8, 1^{er} al., lettre a; 9, 1^{er} al., lettre a et 10, 1^{er} al., RAI). Il reste à savoir si l'assurée avait, dès le printemps 1962, besoin d'une préparation pédagogique spéciale au sens de l'article 12 RAI et si le home d'enfants S. est en mesure de donner un tel enseignement.

En l'état actuel du dossier, il n'est pas possible de savoir si l'assurée reçoit à S. un enseignement approprié. Le rapport de la clinique infantile du 13 mars 1963 indique seulement que l'enfant a fait des progrès intellectuels évidents à S.; le rapport complémentaire du 6 décembre précise que le séjour de la fillette au home S. apparaît comme une solution provisoire, parce qu'il n'a pas été possible de lui trouver, dans un délai utile, une place dans un home appliquant des méthodes de pédagogie curative. C'est pourquoi le cas devra être élucidé de préférence par une expertise pédagogique. L'expert devra établir si, déjà au printemps 1962, des mesures pédagogiques spéciales (art. 12 RAI) étaient nécessaires et si l'assurée en recevait à S.

3. Conformément aux directives fédérales concernant la reconnaissance des écoles spéciales dans l'AI, l'enseignement préalable à la formation scolaire spéciale doit être donné par un personnel qui a été formé en vue de la pédagogie curative ou qui possède, au moins, une expérience professionnelle suffisante. L'OFAS décide de la reconnaissance de ces établissements sur demande écrite (art. 1, 3, 7 et 8 de l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur, du 29 septembre 1961). Si un home d'enfants, qui pourrait être à même de donner un tel enseignement, n'est pas encore annoncé à l'OFAS, la commission AI, compétente selon l'article 58 ou 59 LAI, doit requérir l'avis de l'OFAS avant d'accorder pour la première fois des contributions en vertu de l'article 12 RAI (art. 74, 1^{er} al., RAI).

La cause est donc renvoyée à la commission AI, qui devra demander l'expertise pédagogique nécessaire. Si l'expert devait considérer que l'assurée reçoit au home d'enfants S. un enseignement préalable nécessaire au sens de l'article 12 RAI, la commission devrait soumettre le dossier à l'OFAS afin que ce dernier autorise l'octroi d'une contribution aux frais d'école et de pension.

Arrêt du TFA, du 4 mars 1964, en la cause L. K.

Articles 21, 1^{er} alinéa, et 85, 1^{er} alinéa, LAI. Un assuré devenu invalide avant l'entrée en vigueur de la LAI a droit à l'octroi ou au renouvellement de lunettes nécessaires à la réadaptation à la vie professionnelle, pour autant que ce moyen auxiliaire constitue un complément important de mesures médicales qui auraient été prises en charge par l'AI si celle-ci avait déjà existé à ce moment-là. (Considérant 2.)

Dans le cas d'une assistante sociale qui est souvent en plein air, des lunettes de soleil rectifiées constituent un moyen auxiliaire adéquat pour protéger des yeux privés de cristallin et allergiques à la lumière. (Considérant 3.)

Articoli 21, capoverso 1, e 85, capoverso 1, LAI. Un assicurato diventato invalido prima dell'entrata in vigore dell'AI ha diritto all'assegnazione, rispettivamente alla sostituzione degli occhiali necessari all'integrazione nell'attività professionale, per quanto questo mezzo ausiliare costituisca un complemento essenziale ai provvedimenti sanitari d'integrazione che sarebbero stati assunti dall'AI se essa fosse allora già esistita. (Considerando 2.) Nel caso di un'assistente sociale che è sovente all'aperto, gli occhiali da sole con lenti correttive costituiscono un mezzo ausiliare adeguato per proteggere gli occhi privi del cristallino e sensibili alla luce. (Considerando 3.)

L'assurée, née en 1917, souffre de cataracte d'origine congénitale. Pendant l'enfance déjà, elle a subi différentes opérations des yeux, au cours desquelles les cristallins ont été enlevés. Depuis lors, elle doit porter des verres à cataracte. En dépit d'une acuité visuelle de 0,2 seulement, l'assurée a pu recevoir une formation scolaire et professionnelle normale. Elle travaille maintenant en qualité d'assistante sociale. En juillet 1962, l'assurée s'est annoncée à l'AI et a demandé l'octroi de deux nouvelles paires de verres à cataracte (pour remplacer les anciens, abîmés, et qui n'étaient plus adaptés), de même que des lunettes de soleil (à la place des verres amovibles utilisés jusqu'alors). Par décision du 2 août 1962, la caisse de compensation informa l'assurée que la commission AI avait rendu un prononcé négatif, parce que ces moyens auxiliaires ne constituaient pas le complément important de mesures médicales ordonnées par l'AI.

Le recours formé contre cette décision par l'assurée a été partiellement admis par la commission de recours, en ce sens que les verres à cataracte étaient accordés, mais non les lunettes de soleil.

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

1. Conformément à l'article 21, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré a droit aux moyens auxiliaires qui sont nécessaires à sa réadaptation à la vie professionnelle et qui figurent dans une liste que dressera le Conseil fédéral. Les frais de prothèses dentaires, de lunettes et de supports plantaires ne sont pris en charge par l'assurance que si ces moyens sont le complément important de mesures médicales de réadaptation.

2. Les troubles congénitaux du cristallin dont souffre l'assurée constituent une infirmité congénitale au sens de l'OIC (art. 2, chiffre 149, OIC). Par conséquent, les opérations subies par l'assurée durant sa jeunesse, au cours desquelles les cristallins

atteints ont été enlevés, auraient été prises en charge par l'AI si celle-ci avait déjà existé à ce moment-là, en vertu de l'article 13 LAI. Les verres à cataracte constituent en outre le complément important d'opérations de la cataracte; comme le relève la commission de recours, seule l'opération complétée par des lunettes peut sauvegarder la vue. Aussi les verres à cataracte sont-ils indispensables à la réadaptation de l'assurée à la vie professionnelle.

Cependant, la commission AI estime que des lunettes ne peuvent être accordées que si elles sont le complément important de *mesures médicales ordonnées par l'AI*. Une telle interprétation de l'article 21, 1^{er} alinéa, LAI, est trop restrictive; elle va à l'encontre de l'article 85, 1^{er} alinéa, LAI, selon lequel les assurés déjà invalides lors de l'entrée en vigueur de l'AI ont droit, eux aussi, aux prestations. (Les conditions particulières énoncées à l'article 85, 2^e alinéa, LAI, ne s'appliquent qu'aux prestations prévues à l'article 13 LAI pour adultes, mais non aux moyens auxiliaires.) Un assuré déjà invalide avant l'entrée en vigueur de la LAI a donc droit à l'octroi, ou au renouvellement, de lunettes nécessaires à sa réadaptation à la vie professionnelle, pour autant que ce moyen auxiliaire constitue le complément important de mesures médicales qui auraient été prises en charge par l'AI sous le régime de cette assurance; il est indifférent que ces mesures aient été appliquées avant l'entrée en vigueur de la LAI.

Comme il est incontestable que les deux lunettes à cataracte utilisées jusqu'à maintenant ne suffisent plus, la commission de recours a mis, à juste titre, les frais des deux nouvelles lunettes à la charge de l'AI.

3. Il reste à examiner si l'assurée a droit aux lunettes de soleil qui lui ont été refusées par la commission cantonale de recours. Comme le relève l'OFAS, les yeux de l'assurée privés de cristallin sont très allergiques à la lumière et doivent être protégés par des lunettes noires. En sa qualité d'assistante sociale, l'assurée sort souvent pour les visites à domicile; si des verres normaux lui suffisent quand elle se trouve à l'intérieur, elle a besoin de verres sombres lorsqu'elle est dehors. On peut dès lors se demander seulement si l'assurée a besoin de lunettes de soleil pour l'exercice de sa profession ou si, comme l'admet l'OFAS, des verres amovibles suffisent.

Conformément à l'article 21, 2^e alinéa, LAI, seuls des moyens auxiliaires d'un modèle simple et adéquat sont accordés. Bien que les verres amovibles constituent un moyen auxiliaire d'un modèle simple, ils ne sont cependant, dans les conditions particulières du cas présent, pas adéquats. En utilisant des verres amovibles, l'assurée, handicapée de la vue, pourrait rayer les verres à double foyer coûteux, d'autant plus que lors de ses visites, elle doit mettre et enlever ses lunettes de soleil chaque fois qu'elle entre et sort d'une maison. Vu ses troubles de la vue, il est aussi à craindre qu'elle ne laisse tomber ses verres amovibles ou ne les fixe pas bien. En outre, il est probable que les reflets lumineux des verres amovibles la gênent davantage, en raison de sa faible acuité visuelle, que les autres porteurs de lunettes. Enfin, il faut tenir compte du fait que le poids des lunettes, assez lourdes en soi, serait augmenté par les verres amovibles. Pour toutes ces raisons, seules des lunettes de soleil constituent un moyen auxiliaire adéquat dans le cas présent, afin de protéger des yeux privés de cristallin et allergiques à la lumière.

RENTES

Arrêt du TFA, du 10 juin 1963, en la cause E. Z.

Article 28, 2^e alinéa, LAI. Dans le cas d'un agriculteur qui se trouve à la tête d'une exploitation assez considérable et fortement mécanisée, l'aptitude à diriger les travaux joue un rôle important dans l'évaluation de l'invalidité.

Articolo 28, capoverso 2, LAI. Nel caso di un agricoltore che è alla testa di un'azienda assai grande e considerevolmente meccanizzata, l'attitudine a dirigere i lavori costituisce un fattore molto importante per la determinazione del grado d'invalidità.

L'assuré, né en 1908, est agriculteur et possède une exploitation agricole fortement mécanisée, comprenant 39 poses de champs et 9 poses de forêts. Le médecin a établi, le 25 février 1962, le diagnostic suivant: « Coxarthrose déformante à droite, spondylose déformante de la colonne lombaire ». Il a déclaré, en outre, que l'état de l'assuré s'aggravait et que l'incapacité de gain, existant depuis des années, devait être estimée à 40 ou 60 pour cent. Par décision du 6 septembre 1962, la caisse de compensation refusa une rente, jugeant que l'assuré ne présentait pas un degré d'invalidité de 50 ou de 40 pour cent. Le recours de l'assuré fut partiellement admis par l'autorité cantonale de recours, en ce sens que la commission AI fut invitée à examiner la question d'une réadaptation médicale; pour le reste, il fut rejeté. L'autorité de recours motiva son jugement en alléguant qu'une rente AI ne pouvait être accordée que lorsque toutes les possibilités de réadaptation avaient été examinées. Indépendamment de cela, les conditions posées par l'article 28 LAI à l'octroi d'une rente AI n'étaient apparemment pas remplies.

L'assuré porta ce jugement devant le TFA et demanda une rente dès le 1^{er} janvier 1962, alléguant que le médecin avait été trop optimiste dans l'appréciation de sa capacité de travail. Il ne pouvait, en fait, accomplir que de petits travaux, à condition d'être assis et de n'avoir à se servir que de ses mains. Si son invalidité n'influence pas son revenu imposable, c'est uniquement grâce à la collaboration des membres de sa famille, qui travaillent pour ainsi dire gratuitement.

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

1. La loi entend, par « invalidité », la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale (art. 4 LAI).

Selon l'article 28, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré a droit à une rente lorsqu'il est invalide pour la moitié au moins. Lorsqu'il est invalide pour moins des deux tiers, le montant de la rente est réduit de moitié. Dans les cas pénibles, cette demi-rente peut être allouée lorsque l'assuré est invalide pour les deux cinquièmes au moins. Cela suppose que l'assuré doit être en proie à des difficultés financières (ATFA 1962, p. 78, considérant 4 = RCC 1962, p. 291). Pour l'évaluation de l'invalidité, on se fonde sur le 2^e alinéa du même article.

2. Selon la lettre envoyée le 22 mai 1963 par le représentant de l'appelant, le seul point litigieux est de savoir si l'appelant a droit à une rente d'invalidité depuis le 1^{er} janvier 1962. Sont déterminantes, pour le jugement de cette question, les conditions existant au moment où la commission AI a rendu son prononcé.

3. L'autorité de première instance a constaté, avec raison, qu'un motif en tout cas s'opposait à l'octroi d'une rente: l'éventualité d'une meilleure réadaptation de l'assuré à la vie professionnelle. Dans ce cas, les mesures de réadaptation ont en principe la priorité sur l'octroi d'une rente (art. 28, 2^e al., LAI; RCC 1962, p. 256). Le docteur S. déclare dans son certificat du 17 mai 1963 que les opérations prévues de la hanche amélioreront certainement l'état de l'assuré. On doit se demander, néanmoins, si cette prédiction n'est pas trop optimiste, puisque l'expérience apprend que le traitement chirurgical d'une coxarthrose n'est pas indiqué dans tous les cas, notamment lorsque le patient souffre en outre, comme ici, d'une affection de la colonne lombaire (soit d'une spondylose). Toutefois, il ne semble pas exclu que l'intervention projetée puisse être reconnue comme mesure médicale au sens de l'article 12, 1^{er} alinéa, LAI; l'autorité de recours a donc décidé, à bon droit, que la commission AI devait examiner la question de la réadaptation médicale.

4. En outre, comme le fait remarquer très justement aussi l'autorité de recours, les conditions de revenu fixées par l'article 28, 1^{er} et 2^e alinéas, LAI pour l'octroi d'une rente n'étaient également pas remplies au moment du prononcé.

a. Dans son rapport du 25 février 1962, le docteur F. évaluait l'incapacité de gain à 40 - 60 pour cent. Ce faisant, il a tenu compte avant tout des aptitudes physiques; or, pour la question rente, il est tout aussi important de constater que l'assuré a conservé pour ainsi dire toute sa capacité de diriger son exploitation de plaine, qui est fortement mécanisée (cf. ATFA 1962, p. 147, consid. 3 = RCC 1962, p. 481). L'appelant prétend, il est vrai, que ce rapport médical est beaucoup trop optimiste; il ne peut toutefois l'infirmier. Le docteur F. a constaté, dans son deuxième rapport (22 septembre 1962), une aggravation sensible de son état; il n'a cependant pas eu à revenir sur son diagnostic précédent, puisqu'il avait prédit alors une telle aggravation. De même, le certificat du docteur S. n'est pas de nature à infirmer le rapport qui est déterminant pour la commission AI; en effet, ce médecin-là a examiné le patient pour la première fois le 2 novembre 1962, donc près de 4 mois après le prononcé de la commission.

b. Ainsi, en se fondant sur le premier rapport du docteur F., et en considérant que l'aptitude de l'assuré à diriger son exploitation n'était pas sensiblement réduite, on arrive à la conclusion que l'assuré ne présentait pas, au moment du prononcé, une invalidité donnant droit à une rente. Cette conclusion se trouve corroborée par l'examen des conditions de revenu. L'appelant admet que son revenu imposable n'a pas diminué sensiblement; il ajoute cependant que c'est seulement grâce à la collaboration quasi gratuite de sa famille. Son épouse, sa fille et son fils ont permis, par leur travail, d'économiser pour 8500 francs de salaires par année. De plus, il y a lieu de déduire du revenu imposable les intérêts du capital propre placé dans l'entreprise.

Ces arguments, en soi, sont justifiés (ATFA 1962, p. 146, consid. 1 = RCC 1962, p. 481). Il ne faut pas oublier, cependant, que dans sa déclaration d'impôts pour 1961/62, l'assuré a déjà déduit des salaires, notamment pour son fils et sa fille, tous deux majeurs, qui travaillent avec leur mère dans l'exploitation. A ce sujet, l'article 25, 2^e alinéa, RAI, prescrit que le revenu attribué à un travailleur indépendant qui exploite une entreprise en commun avec des membres de sa famille est évalué d'après l'importance de sa collaboration. Or, l'office régional AI déclare dans son rapport du 27 juin 1962: « L'assuré, qui est un gros paysan, n'effectuerait plus les travaux pénibles, même en étant en bonne santé, mais il consacrerait au moins la moitié de son temps à la direction de son entreprise ».

En outre, l'appelant avait encore une capacité de gain d'au moins 40 pour cent d'après le premier rapport du docteur F. Ainsi, même en déduisant du revenu d'invalidité les intérêts du capital propre, plus un certain montant pour la collaboration des membres de la famille, il n'y aurait pas eu, au moment du prononcé, une invalidité donnant droit à une rente au sens de l'article 28, 1^{er} et 2^e alinéas, de la loi, d'autant moins que les intérêts du capital propre auraient dû être déduits aussi du revenu imposable de l'assuré bien portant, pris comme terme de comparaison.

L'appel doit donc être rejeté, non seulement parce que la question de la réadaptation n'est pas encore élucidée, mais aussi parce qu'au moment où la commission AI a rendu son prononcé, l'assuré ne présentait pas une invalidité donnant droit à une rente.

5. ...

Allocations familiales

Arrêt du TFA, du 27 février 1964, en la cause H. K.

Article 7, 1^{er} alinéa, RFA. L'activité du pépiniériste n'entre pas dans la notion d'arboriculture fruitière au sens de cette disposition.

Article 7, 2^e alinéa, RFA. Notion de l'exploitation mixte. Pépinière en relation avec une exploitation arboricole dont l'objet est la production de fruits.

Articolo 7, capoverso 1, OFA. L'attività di colui che coltiva un semenzaio non entra nella nozione di frutticoltura a sensi di questa disposizione.

Articolo 7, capoverso 2, OFA. Nozione dell'azienda mista. Semenzaio in relazione con un'azienda d'arboricoltura che ha per scopo la produzione di frutti.

H. K., marié, père de six enfants dont le plus âgé est né en 1948, est propriétaire d'un domaine de sept poses et demie. Il afferme quatre poses et demie, ce dont il retire annuellement 600 francs, et exploite lui-même le reste du domaine. Il a requis le 22 août 1962 le versement d'allocations familiales aux petits paysans. Sa principale source de revenu est constituée par une pépinière de 70 ares, qui lui a permis de réaliser un gain de 5000 francs environ en 1962. Selon son dire, il consacre neuf mois de l'année à cette partie de son activité. Il exploite en outre une plantation d'arbres fruitiers (pour la production fruitière) de quelque 15 ares, qui requiert un mois de soins par année. Il travaille enfin deux mois par an pour le compte de tiers, soit comme arboriculteur, soit comme ouvrier au séchoir à herbe. Il déclare avoir retiré de cette dernière activité 313 francs 25 en 1962. Il estime à 800 francs le revenu de ses travaux arboricoles au service de tierces personnes.

Par décision du 29 avril 1963, la caisse de compensation refusa de mettre H. K. au bénéfice des allocations familiales aux petits paysans, pour la période du 1^{er} juillet 1962 au 31 décembre 1963, alléguant qu'il n'exerçait pas une activité agricole au sens de la LFA.

La commission de recours admit le recours interjeté contre cette décision, essentiellement pour le motif que la production de la pépinière exploitée, exclusivement arboricole, était principalement sinon entièrement destinée à des agriculteurs.

L'OFAS a déféré ce jugement au TFA. Il se réfère à la genèse de l'article 7 RFA et rappelle que, dans d'autres domaines du droit, les pépiniéristes ne sont pas non plus considérés comme des agriculteurs. Le TFA a admis l'appel pour les motifs suivants:

1. Aux termes de l'article 5, 1^{er} alinéa, LFA, ont droit à des allocations familiales les petits paysans, de condition indépendante, qui vouent leur activité principale à l'agriculture et dont le revenu n'excède pas 5500 francs par an, cette limite s'élevant de 700 francs par enfant au sens de l'article 9 LFA. Sont réputées exercer leur activité principale comme petits paysans les personnes qui consacrent la plupart de leur temps au cours de l'année à l'exploitation de leur bien rural et auxquelles cette activité permet d'assurer en majeure partie l'entretien de leur famille (art. 5, 2^e al., LFA).

L'article 7, 1^{er} alinéa, RFA dispose que la loi fédérale est applicable à toutes les exploitations où l'on pratique la culture des céréales et des plantes sarclées, l'arboriculture fruitière, la viticulture et la culture maraîchère, la garde et l'élevage du bétail, l'aviculture et l'apiculture.

Selon l'article 7, 2^e alinéa, RFA, ne sont en revanche pas assujetties à la loi les exploitations agricoles en rapport étroit avec une exploitation des arts et métiers, du commerce, ou de l'industrie, si l'exploitation non agricole constitue l'exploitation principale (lettre a). Ne le sont pas non plus les forêts qui ne font pas partie intégrante d'une exploitation agricole (lettre b).

2. Il est constant dans l'espèce que l'activité principale de l'intimé est déployée dans la partie du domaine qu'il exploite sous forme de pépinière. Or, une telle activité n'a pas le caractère agricole auquel la LFA subordonne le versement des allocations familiales. Certes, le TFA a déclaré (ATFA 1957, p. 265, considérant II = RCC 1958, p. 170) que la notion d'exploitation agricole doit être comprise dans un sens très large sous le régime de la LFA puisque, d'après cette loi, sont également considérées comme telles celles où l'on pratique la culture maraîchère et l'arboriculture fruitière, alors même que dans le langage courant on admet qu'il s'agit là d'exploitations artisanales ou commerciales. Mais si, par « arboriculture », l'on entend en français « la culture ou l'exploitation de l'arbre considéré individuellement » (Larousse), les textes allemand et italien de l'article 7, 1^{er} alinéa, RFA mettent l'accent sur l'exploitation de l'arbre fruitier (« Obstbau », « frutticoltura »). Il y a dès lors lieu de préciser la jurisprudence rappelée plus haut en ce sens que, par les termes « arboriculture fruitière » figurant à l'article 7, 1^{er} alinéa, RFA, il ne faut entendre que l'exploitation de l'arbre fruitier, à l'exclusion de l'activité du pépiniériste, dont l'objectif essentiel est la vente du jeune arbre et non pas la production de fruits. Si les pépinières, du reste, se rattachent bien à l'agriculture en tant qu'entreprises de production originaire, elles s'en distinguent néanmoins sur des points essentiels: les produits de telles exploitations ne servent pas à l'alimentation, mais sont destinés dès l'origine à être des marchandises commerciales; l'organisation de l'entreprise, de la vente notamment, correspond à celle d'entreprises commerciales ou industrielles (cf. décision du Département fédéral de justice et police du 4 février 1926 concernant l'inscription d'une entreprise au Registre du commerce, Salis-Burckhardt, le Droit fédéral suisse, III, N° 1 505, III; ATF 78 I 68 = Journal des Tribunaux 1952 I 604; His, Kommentar zum OR, Art. 934, N. 25, 34).

La loi faisant dépendre le versement des allocations familiales aux petits paysans de l'exercice à titre principal d'une activité dans l'agriculture, il est conforme au but qu'elle poursuit de distinguer entre les exploitations arboricoles, dont l'objectif est la production de fruits — qui peuvent être assujetties à la LFA — et les pépinières qui, comme celle de l'intimé, ne doivent pas être réputées exploitations agricoles.

H. K. cultive certes, à côté de sa pépinière, une plantation dont l'objet est la production de fruits et dont le caractère agricole ne saurait être mis en doute, vu ce qui précède. L'exploitation de l'intimé constitue dès lors une exploitation mixte au sens de l'article 7, 2^e alinéa, lettre a, RFA. Elle ne saurait toutefois être soumise à la LFA en application de cette disposition, étant donné le caractère principal de la pépinière — qui requiert les trois quarts du temps de l'intéressé et qui assure à ce dernier la majeure partie de ses revenus (cf. ATFA 1957, p. 265, considérant II = RCC 1958, p. 170; cf. également l'arrêt en la cause Z., du 24 janvier 1961, RCC 1961, p. 350).

AVS / AI / APG

Rapport annuel 1962

sur l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité fédérale
et sur le régime des allocations aux militaires pour perte de gain

Approuvé par le Conseil fédéral le 7 avril 1964

Contient notamment: Les organes — Les cotisations — Les prestations de l'AVS, de l'AI et du régime des APG — L'application technique — Les Suisses à l'étranger — Les conventions internationales — Les subventions versées aux institutions d'aide complémentaire et d'entraide — Les comptes et la situation financière — Liste des nouveaux textes législatifs et des nouvelles conventions internationales — Interventions parlementaires — Tableaux — Liste des autorités.

Prix: Fr. 3.50

En vente sous N° 318.121.62 f
à la Centrale fédérale des imprimés et du matériel, Berne 3

COMMISSION DE COORDINATION
POUR L'INFORMATION EN MATIÈRE D'AVS/AI/APG

Mémentos

Le certificat d'assurance dans l'AVS
en trois langues, allemand/français/italien

Le paiement des cotisations
au moyen de timbres AVS/AI/APG
en une langue, allemand, français ou italien

Les allocations pour perte de gain aux militaires
et aux personnes astreintes à la protection civile
en une langue, allemand, français ou italien

Les prescriptions de l'AVS, de l'AI et du régime des APG
dans le domaine des cotisations
valables dès le 1^{er} janvier 1964; en une langue, français,
allemand ou italien

La réédition de 1964 de la brochure

Petit guide AVS / AI

vient de paraître (38 pages, format A 6). Le texte a été adapté aux innovations introduites par la 6^e révision de l'AVS. En une langue, allemand, français ou italien.

On peut commander en outre un tirage à part de cette brochure intitulé

Quelles sont les prestations de l'AI?

10 pages, mêmes langues

Ces imprimés peuvent être demandés aux caisses
de compensation